

Lindauer Texte

Texte zur psychotherapeutischen Fort-
und Weiterbildung

Herausgeber:
P. Buchheim M. Cierpka Th. Seifert



P. Buchheim M. Cierpka Th. Seifert (Hrsg.)

Liebe und Psychotherapie

Der Körper in der Psychotherapie

Abhängigkeit

Unter Mitwirkung von

M. S. Bergmann P. Buchheim W. E. Bütting
I. Haisch H. Heintl R. Johnen P. Joraschky
L. v. Keyserlingk U. Kost H. Kriszan
M. Mitscherlich-Nielsen I. Orth Ch. Rohde-Dachser,
P. Schwob H. Singer-Kaplan W. Steffens
H. Stolze G. Szönyi H. Thomä

Springer-Verlag

Berlin Heidelberg New York
London Paris Tokyo
Hong Kong Barcelona
Budapest

Vorwort

In dem vorliegenden zweiten Band der *Lindauer Texte* zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung werden 19 Referate der beiden Leitthemen der 41. Lindauer Psychotherapiewochen und ein erster Bericht über ein Projekt zur empirischen Weiterbildungsforschung in Lindau einem größeren Leserkreis vorgestellt.

Mit den Texten zum Leitthema „Liebe und Psychotherapie“ soll zu einer möglichst offenen Auseinandersetzung mit den vielfältigen Aspekten der Liebe, wie sie sich uns in der psychotherapeutischen Situation darstellen, angeregt werden. Die Formen zwischenmenschlicher Beziehungen und die Spielarten der Liebesbeziehungen gehören zu zentralen Bereichen der psychotherapeutischen Erkundungen und Erfahrungen. Die allgemeinen Problemkreise von Liebe in Partnerschaft und Familie, Liebe und Sex, Liebe und Haß wurden in den Vorträgen durch spezifische psychoanalytische Themen wie Selbstliebe, Objektliebe, Übertragungsliebe, erotisierende Übertragung, Scham und Perversion und die entsprechenden theoretischen Konzepte vertieft und durch das Betrachten von geschlechtstypischen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen und der Semantik der Geschlechter erweitert. Nicht zuletzt geht es in den Texten auch um behandlungstechnische Fragen zur Abstinenz in der Psychotherapie oder um die Möglichkeiten einer liebevollen Begegnung in Abstand und Nähe und schließlich um die Liebe zur eigenen Profession.

Mit den Texten zum Leitthema „Der Körper in der Psychotherapie“ wird eine Entwicklung angesprochen, die in Lindau schon seit Beginn der 50er Jahre kontinuierlich verfolgt wurde und die auf den vielfältigen positiven Erfahrungen körperorientierter psychotherapeutischer Behandlungsansätze basiert. In den Abhandlungen wird neben einer Bestandsaufnahme zugleich ein kritischer Rückblick auf die Erfahrungen der verschiedenen körperorientierten Therapien angestrebt. Es werden dabei auch die Chancen aufgezeigt, in der Psychotherapie und Psychosomatik den Körper als Zugang für das diagnostische Wahrnehmen und therapeutische Handeln neu zu erschließen. Die Themen reichten von den Körpersymptomen, Körperphantasien, der Angst vor Sexualisierung und der Frage nach dem Körper in der Psychoanalyse über die verschiedenen Formen der

Körpertherapie und der Entfaltung der Beziehung in der Körpertherapie bis zu den klinischen Bereichen der Körpertherapie in der Praxis und den neuen Konzepten der Sexualmedizin.

Im dritten Teil des Bandes wird über ein laufendes Projekt zur empirischen Weiterbildungsforschung in Lindau berichtet, das im Rahmen der „International Study of the Development of Psychotherapists“ im Verbund mit dem Collaborative Research Network (CRN) und in Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart durchgeführt wird.

Wir danken den Autorinnen und Autoren für ihr großes Interesse und ihre hilfreiche Mitwirkung bei der Zusammenstellung dieses Bandes.

Dem Springer-Verlag und ganz persönlich Herrn Dr. Thomas Thiekötter und Frau Heike Berger danken wir für die gute Zusammenarbeit und ihre freundliche Unterstützung bei unseren Bemühungen, die Basis für eine fundierte psychotherapeutische Weiterbildung mit dieser Buchreihe zu erweitern.

Unser besonderer Dank gilt wiederum Frau Regine Karcher-Reiners für ihr Engagement bei der umfangreichen redaktionellen Arbeit an den Manuskripten. Wir danken Frau Dr. Marianne Buchheim für die sorgfältige, fachliche Durchsicht und Korrektur der Beiträge und Frau Anna Buchheim für die gewissenhafte Aufbereitung und intensive Bearbeitung der Texte bis zur druckreifen Herstellung des Bandes.

Wir hoffen, daß wir mit diesem Band unseren Leserinnen und Lesern nicht nur eine interessante Fachlektüre bieten, sondern den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der 41. Lindauer Psychotherapiewochen ermöglichen, sich nicht nur mit der Fülle der Informationen, den kreativen Gedanken und kritischen Stellungnahmen zu den beiden Leitthemen, sondern auch mit den neuen Aspekten zur Erforschung der psychotherapeutischen Weiterbildung zu beschäftigen.

München / Göttingen / Stuttgart im März 1992

*Peter Buchheim
Manfred Cierpka
Theodor Seifert*

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Liebe und Psychotherapie

Liebe und Psychotherapie - <i>Ch. Rohde-Dachser</i>	1
Liebe zur Profession - <i>G. Szönyi</i>	4
Liebe, Sex und Psychotherapie - <i>M. Mitscherlich</i>	18
Liebe und Haß im Leben des Paares - <i>M. S. Bergmann</i>	32
Liebe in der Partnerschaft - <i>P. Joraschky</i>	45
Großeltern, Eltern, Kinder: Liebe - und was noch? - <i>P. Schwob</i>	62
Vater und Tochter - <i>W. Steffens</i>	77
Brüderchen und Schwesterchen - <i>L. v. Keyserlingk</i>	90

Teil 2 Körper in der Psychotherapie

Der Körper in der Psychotherapie - <i>H. Stolze</i>	106
Psychotherapeuten und ihr Körper - <i>U. Kost</i>	109
Der Körper in der Psychoanalyse - <i>H. Thomä</i>	123
Körpertherapie in der Praxis - <i>H. Heint</i>	146
Leibliche Begegnung - <i>I. Orth</i>	160
Die Entfaltung der Beziehung in der Körperpsychotherapie - <i>W. E. Büntig</i>	174
Der hungernde Körper - <i>I. Haisch</i>	189
Atemtherapie - <i>H. Krizan</i>	203
Die Funktionelle Entspannung - <i>R. Johnen</i>	217
Neue Konzepte der Sexualtherapie - <i>H. Singer-Kaplan</i>	239

Teil 3 Weiterbildungsforschung in Lindau

Entwicklung, Weiterbildung und praktische Tätigkeit von Psychotherapeuten - Erfahrungen einer ersten Befragung von Psychotherapeuten mit der deutschen Version des "Common Core Questionnaire" im Rahmen der 41. Lindauer Psychotherapiewochen - <i>P. Buchheim, M. Cierpka, I. Gitzinger, H. Kächele, D. Orlinsky in Zusammenarbeit mit H. Ambühl, Th. Seifert, U. Willutzky, The Collaborative Research Network</i>	251
--	-----

Anhang

A. Einladung zum Weiterbildungsforschungsprojekt	284
B. Forschungsvertrag und Zustimmungserklärung; ISDP-Adressen ..	286

Mitarbeiterverzeichnis

Bergmann, Martin S., Prof. Dr.
Psychoanalytiker
1136 5th. Avenue, New York, N.Y. 10128 (USA)

Buchheim, Peter, Dr. med.
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Nußbaumstraße 7, W-8000 München 2

Büntig, Wolf Eberhard, Dr. med.
Zentrum für Individual- und Sozialtherapie
Zist 3, W-8122 Penzberg

Haisch, Ilka, Dipl.-Psych.
Abteilung Psychiatrie der Universität
Am Hochsträß 8, W-7900 Ulm

Heinl, Hildegund, Dr. med.
Ausbildungsleiterin am Fritz-Perls-Institut Düsseldorf
Ärztin für Orthopädie – Psychotherapie
Mühlstraße 28 a, W-6501 Wackernheim

Johnen, Rolf, Dr. med.
Psychosomatische Klinik Schömberg, Bereich Innere Medizin
Dr.-Schröder-Weg 12, W-7542 Schömberg

Joraschky, Peter, Priv.-Doz., Dr. med.
Bereich Psychosomatik der Psychiatrischen Universitätsklinik
Schwabachanlage 8/10, W-8526 Erlangen

Kaplan, Helen Singer, M.D., Ph.D.
Human Sexuality Program, Department of Psychiatry
Payne Whitney Psychiatric Clinic
525 East 76th Street; New York, N. Y. 10021 (USA)

von Keyserling, Linde, Soz.-Päd.
Familientherapeutin am Psychotherapeutischen Zentrum
Turmalinweg 7, W-7000 Stuttgart 75

Kost, Ursula, Dr. med.

Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie
Psychotherapie – Psychoanalyse in eigener Praxis
Bismarckstraße 41, W-7410 Reutlingen

Krizan, Hubert

Atem- und Leibtherapeut
Psychotherapeutische Klinik Stuttgart-Sonnenberg
Christian-Betlser-Straße 75, W-7000 Stuttgart

Mitscherlich-Nielsen, Margarethe, Dr. med.

Psychoanalytikerin
Freiherr-vom-Stein-Straße 25, D-6000 Frankfurt 1

Orth, Ilse

Lehrtherapeutin für Integrative Bewegungs- und Leibtherapie
Psychotherapeutin in freier Praxis
Haaner Straße 100, W-4006 Erkrath 2

Rohde-Dachser, Christa, Prof. Dr. rer. biol. hum.

Institut für Psychoanalyse der Universität
Senckenberganlage 15, W-6000 Frankfurt

Steffens, Wolfgang,, Dr. med.

Klinik der offenen Tür in Stuttgart
Landhausstraße 20, W-7000 Stuttgart 1

Schwob, Peter, Dipl.-Psych., lic. phil.

Kinder-, Erwachsenen- und Familientherapeut
Claragraben 137, CH-4057 Basel

Stolze, Helmuth, Prof. Dr. med.

Psychotherapie - Psychoanalyse in freier Praxis
Adalbert-Stifter-Straße 31, W-8000 München 81

Szönyi, Gabor, Dr. med.

Psychotherapeutische Klinik Tünderhegy
Psychoanalytiker in freier Praxis
Levay u. 5, H-1022 Budapest

Thomä, Helmut, Prof. Dr. med.

Emer. Ordinarius für Psychotherapie der Universität Ulm
Wilhelm-Leuschner-Straße 11, W-7900 Ulm

Mitarbeiterportraits

Einführung in das Leitthema der ersten Woche

Liebe und Psychotherapie

Diese Woche steht unter dem allgemeinen Thema *Liebe und Psychotherapie*, und ich bin gebeten worden, dieses Thema mit einigen Worten einzuleiten.

Ich habe mir lange überlegt, wie dies geschehen könnte, denn meine Erfahrung ist, daß sich hinter den Worten „Liebe und Psychotherapie“ sehr viele verschiedene Vorstellungen verbergen. Hinzu kommt, daß die Vorträge dieser Woche sich der Liebe auch jenseits von Psychotherapie in sehr verschiedenen Bereichen zuwenden: Wir werden von Liebe in der Partnerschaft hören, vom Verhältnis zwischen Vater und Sohn und zwischen Mutter und Tochter ebenso wie vom Körpererleben in der Sexualität, um nur einiges davon zu nennen. Was könnte es sein, was diese zunächst eher heterogruendig anmutenden Themen miteinander verbindet? Und was haben sie mit „Liebe“ zu tun?

Ich glaube, daß die sehr verschiedenen Erfahrungen von „Liebe“ in unserer persönlichen Entwicklung und die daraus abgeleiteten Vorstellungen von Liebe und Reife, die wir später an eine Psychotherapie herantragen, auch unser eigenes Leben bestimmen. Mit ihr gehen verschiedene Formen der Abwehr einher, mit denen die in die Liebe eingebetteten Verschmelzungsphantasien akzeptiert oder aber in den Bereich des Infantilen und damit leicht auch Pathologischen verwiesen werden. Zwei dieser Vorstellungen möchte ich hier wenigstens kurz skizzieren. Die erste geht vom symbiotischen Erleben des Kindes aus, mit dem es mit seiner Mutter bis zum 5. und 6. Lebensmonat verwoben ist, um sich dann in einem längeren Loslösungs- und Individuationsprozeß allmählich zu einer getrennten Existenz zu entwickeln. Margaret Mahler z. B. hat eine solche „symbiotische Phase“ während des ersten Lebensjahres ausführlich beschrieben. Dem steht heute eine vor allem von Daniel Stern entwickelte Theorie des menschlichen Selbst gegenüber, nach der das Kind von Anfang an auf irgendeine Weise immer schon ein „Selbst“ ist und sich (bei aller Verbundenheit) als unabhängig von der Mutter erfährt. Die intensivste Übereinstimmung von Mutter und Kind findet hier in einer späteren Phase, nämlich im letzten Viertel des ersten Lebensjahres, statt, wo Mutter und Kind von der emotionalen Existenz des andern wissen und sich - jeder in den anderen - ein

Stück weit einfühlen können. Stern beschreibt anschaulich, wie Mutter und Kind immer dann, wenn dies gelingt, mit wechselseitiger Begeisterung reagieren: zwei getrennte Individuen, zwischen denen Übereinstimmung möglich ist (was nicht heißt, daß sie immer stattfindet), die sich aber auch wieder auf sich zurückziehen können, um sich so weit zu regenerieren, daß sie anschließend dem anderen gegenüber wieder offen sind.

Wenn Stern, was ich annehme, mit seiner Beschreibung der menschlichen Entwicklung näher am Erleben des Kindes ist als Margaret Mahler mit ihrer Theorie, dann müssen Aussagen, die am Anfang jedes menschlichen Lebens lediglich eine symbiotische Erlebensform des Kindes vermuten (und damit auch das jederzeit mögliche „Wiedereingesogenwerden“ in diese Art der Existenz) entsprechend hinterfragt werden. Gleichzeitig finden wir im erwachsenen Leben in uns und anderen aber solche Verschmelzungsphantasien vor - Verschmelzungsphantasien, von denen wir unter diesen Umständen annehmen müssen, daß sie einer späteren Phase der Entwicklung entstammen, in der das sich als „vereinzelt“ erlebende Kind in seiner zu diesem Zeitpunkt allmächtigen Phantasie die Mutter (so wie später einen Partner) an sich zu binden sucht.

Jessica Benjamin hat Sterns Sicht aufgegriffen und die Idee einer zwischen Mutter und Kind von Anfang an bestehenden „Autonomie“ in das Zentrum ihrer Beschreibung der Entwicklung des kleinen Mädchens gestellt. Denn was für Mutter und Kind im allgemeinen gilt, gilt natürlich auch für Mutter und Tochter. Für die liebende Beziehung der erwachsenen Frau würde dies bedeuten, daß sie mit einem (manchmal auch in einem) andern existiert, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung (oder jederzeit möglicher) Wiedergewinnung ihrer Autonomie. Dies steht im Gegensatz zu den zwischen Mann und Frau anzutreffenden Herr-Knecht-Beziehungen, wo einer den anderen auf sadomasochistische Weise zu halten versucht.

In kasuistischen Schilderungen von Psychotherapien treffen wir viel eher diese sadomasochistische Beziehung an und kaum oder gar nicht eine Form der Beziehung, in der Mann *und* Frau von ihrer je eigenen Liebe und ihrer je eigenen Sexualität ausgehen und diese - so sie dies wollen - einander anbieten. Sollte es wirklich so sein, daß dies der gängigen Beziehung zwischen Mann und Frau entspricht? Oder sind es Beziehungen, die lediglich im Falle der Ohnmacht (meist der Frau) zum Tragen kommen? Oder auch eine Form der gegenseitigen Abhängigkeit, in der der eine (Mann) sadistisch, der andere (Frau) masochistisch die ihnen vorenthaltene Autonomie verteidigen, die es gleichzeitig heimlich zu bewahren gilt? Ist das, was die Frau in diesen Beziehungen zur Darstellung bringt, wirklich *ihre* Liebe und - dies vor allem - *ihre* Sexualität? Gibt es für *ihre* Erlebensformen in dieser Gesellschaft überhaupt eine angemessene Sprache, und wenn ja, wo ist der Ort, sie zu erlernen?

Wir werden über diese und ähnliche Probleme im Laufe dieser Woche noch häufiger nachzudenken haben. Ich selbst möchte diese Einführung mit einem Gedicht von Rilke schließen - ein Gedicht, in dem eine Art von Ineinanderverwobensein eines erwachsenen Paares geschildert wird, ohne daß wir gezwungen wären, hierfür Diagnosen wie „Regression“ oder „Körperentgrenzung“ heranzuziehen. Denn der, der diesen Zustand für sich selbst beschreibt, beschreibt ihn als ein einzelner, „Autonomer“. Das Gedicht lautet:

„Wie soll ich meine Seele halten,
daß sie nicht an deine rührt?
Wie soll ich sie hinheben
über dich zu anderen Dingen?
Ach, gerne möcht' ich sie
bei irgendetwas Verlorenem
im Dunkeln unterbringen,
an einer fremden, stillen Stelle,
die nicht weiterschwingt,
wenn deine Tiefen schwingen.

Doch alles, was uns anrührt, dich und mich,
nimmt uns zusammen wie ein Bogenstrich,
der aus zwei Saiten eine Stimme zieht.

Auf welches Instrument sind wir gespannt?
Und welcher Spieler hat uns in der Hand?
Oh süßes Lied.”

Christa Rohde-Dachser, Frankfurt a. M.

Die Liebe zur Profession

Gábor Szönyi

Ein Kollege erzählte folgendes Erlebnis:

„Es geschah an meinem ersten Tag in der psychiatrischen Abteilung. Ein akuter Katatoniker wurde gerade eingeliefert. Er lag regungslos im Bett, ein junger, sympathischer Mann, es war herzerschütternd. Ich setzte mich auf sein Bett und begann, ihm liebevoll zuzureden. Nach einer Stunde nahm er einen kurzen Augenkontakt mit mir auf. Nach zwei Stunden sagte er ab und zu Ja oder Nein. Nach drei Stunden ließ er sich aus dem Bett locken und ging mit mir, schlurfend wie ein Greis, auf dem Korridor spazieren. Die Eltern traten gerade ein, und so verließ ich ihn. Auf dem Heimweg geriet ich in ein extremes emotionales Durcheinander, das ich bis dahin nicht kannte, und welches zwei bis drei Tage andauerte. Ich beharrte trotzdem auf dem gewählten Beruf.“

Und ein Zitat von Helene Deutsch:

„Für mich bestand die Welt der Psychoanalyse zuerst aus Freud und mir, dann aus Freud und der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung; und schließlich aus Freud und der Psychoanalytischen Bewegung“ (Deutsch 1975, S. 116.)

Als ich den Titel meines Beitrags wählte, hörte sich das Thema ganz verlockend an. Als ich dann die unzähligen Aspekte der gefühlsmäßigen Beziehung unserer Profession gegenüber zu ordnen versuchte, geriet ich in einen aussichtslosen emotionalen und intellektuellen Wirrwarr. Den Ausweg hoffte ich in den psychoanalytisch-psychologischen Begriffen gefunden zu haben, mit deren Hilfe wichtige Fragen angegangen werden können. Falls es richtig ist, daß wir im allgemeinen unserer Profession gegenüber positive Gefühle hegen, sie lieben, dann ist es berechtigt zu fragen: Wie kam es zu dieser Objektwahl? Was waren die Beweggründe, gerade dieses Objekt für unsere Liebe zu wählen? Was ist eigentlich das Objekt unserer Liebe? Wen lieben wir in unserer Profession? Was ist das für eine Liebe? Wie lieben wir unsere Profession? Was für andere Gefühle gehören dazu? Was ist das Schicksal dieser Zuneigung, was ist ihre Entwicklung, und wie sind ihre

Entartungen? Wird die Liebe zur Profession erwidert? - Diese und andere sind Fragen, mit denen man sich früher oder später auseinandersetzen muß, da die alltägliche Praxis von ihrer Beantwortung durchwoben wird.

Die Berufswahl

Unsere Berufswahl ist immer eine positive Wahl. Man wird nicht aus Versehen zum Psychotherapeuten, oder weil sich nichts besseres fand; nicht einmal, um irgendetwas zu studieren und kaum, um großes Geld zu verdienen. Es ist bemerkenswert, daß trotz großer Anforderungen nur sehr wenige das Berufsziel aufgeben (Pollmann 1985). Es ist bekannt, daß die Entscheidung für einen helfenden Beruf früh in der Kindheit getroffen wird, wobei Psychotherapeut oder Psychoanalytiker zu werden oft im Laufe des Berufswegs eine zweite oder dritte Wahl bedeutet. Die Entscheidungen werden in unterschiedlichem Alter getroffen, und wir können unsere Berufswahl gewissermaßen als einen lebenslangen Prozeß betrachten.

Persönliche Neigungen spielen meist eine wichtige Rolle bei der Berufswahl. Fachspezifisch für uns ist aber *die treibende Kraft persönlicher Schwierigkeiten* (Schumacher-Finell 1985). Dies zeigt, daß unsere Profession viel verspricht - und auch etwas gibt, da die meisten Kollegen angeben, daß sie den Beruf lieben, mit der Profession zufrieden sind (Klauber 1975; Marmor 1954), trotz Unzufriedenheit mit der Ausbildung, mit den Kollegen, mit der Bewegung usw.

Die Amerikanerinnen E. H. Baruch und L. J. Serrano (1988) stellten in ihren Interviews u. a. die Frage: „Was veranlaßte Sie dazu, Analytikerin zu werden?“ Und das persönliche Leiden fehlte selten unter den Hauptmotiven. Einige Beispiele: „Die Heilung, die unbewußte Sehnsucht nach Reparation“, „Ich fühlte mich in einer Sackgasse“, oder ganz einfach: „Meine Neurose“.

Die Berufsausübung

Neben den Heilungserwartungen werden in der Ausübung der Profession psychologische Kompensationen gesucht, man kann mit narzißtischen Gratifikationen rechnen. In der Berufswahl spielt nicht nur das neurotische Leiden, sondern auch die intrapsychisch befestigte Lösung der Konflikte, *der Charakter*, der, wie Balint sagt, das Verhalten des Menschen zu seinen Liebes- und Haßobjekten regelt, eine wichtige Rolle (Balint 1966). Gewisse Charaktereigenschaften, unbewußte

Motivationsaspekte können leicht gegenüber den Psychotherapeuten/ Psychoanalytikern im allgemeinen und gegenüber dem einzelnen von uns im besonderen *Verdacht erwecken*, und es wird davon auch unter den Kollegen reichlich Gebrauch gemacht - legen wir die Hand aufs Herz.

Wenn wir versuchen, ein Bündel aus diesen unbewußten Motivationen zu machen, kommen wir - laut Armin Pollmann - auf folgendes: Der Psychotherapeut darf sich, wie der Arzt, all den lustvollen Tätigkeiten hingeben, die dem Kind verboten sind, mit der Einschränkung, daß ihm das aktive Handeln versagt bleibt. So ist es *noch verdächtiger*, da hinter der Passivität abgewehrte sadistische und voyeuristische Motive verborgen sein können. Er kann wegen sadistischer Impulse seine Schwächen auf den Patienten projizieren, ihn so *krank halten*, oder, aus Reaktionsbildung, auf jeden Fall eine Änderung herbeiführen wollen. Die Bescheidenheit, die Geheimhaltung der eigenen Person kann als Reaktionsbildung gegen exhibitionistische Impulse bewertet werden. Das Interesse an Psychologie ist ohnehin eine sublimierte Form der Schaulust und die Freude an der Rolle der grauen Eminenz. Ödipal fixiert sucht er unbewußt, die Patienten in sich verliebt zu machen. Die orale Motivation läßt ...

„in ihrer subtileren Form an den passiv-oralen Psychoanalytiker denken, der scheinbar nicht viel tun muß, und der sich von seinen Patienten mit Informationen und Gefühlen füttern läßt“ (Pollmann 1985, S. 45ff.),

nicht zu sprechen von den analen Fixierungen, die sich in der anankastischen Handhabung des therapeutischen Rahmens austoben können.

Schon Jones (1913, zit. n. Pollmann 1985) machte darauf aufmerksam, daß in der Berufswahl der Wunsch zur Wiederherstellung des ursprünglichen Zustands kindlicher Allmacht stecken kann. Die Umwelt bringt uns eine Mischung von Mißtrauen und Bewunderung entgegen, die eine Art Außenseiterposition stärkt, „welche die Ausprägung eines elitären, narzißtischen Bewußtseins fördert“ (Rudolf, zit. n. Pollmann 1985). Der „Gotteskomplex“ (Jones) des Analytikers birgt die Angst vor Ablehnung, vor narzißtischer Kränkung in sich. Er kann in der Profession die Balance zwischen Nähe und Distanz suchen, um seine Intimitätsproblematik überwinden zu können. In der Helferrolle kann er seine narzißtische Selbstwertproblematik lösen wollen, den Patienten zu seinem Glück zwingen.

Nach all diesen Mißbrauchsmöglichkeiten unserer Profession klingt es beinahe tröstlich, daß wir es in unserem Beruf tatsächlich mit erkranktem Potential zu tun haben und dadurch gerechtfertigt sind, daß wir uns im Laufe der Ausbildung therapieren lassen, was auch die Möglichkeit der Überprüfung der Berufswahl beinhaltet.

Ein Motiv möchte ich gerne noch erwähnen, das bei gewissen Generationen der Psychotherapeuten die Berufswahl beeinflusst: Berufswahl als kompromißhafte Auflehnung gegen die bestehende Macht. Auch in meinem persönlichen Schicksal spielte es eine bedeutende Rolle. Es war klar, daß die Psychotherapie/Psychoanalyse im damaligen Ungarn eine ideologisch stark bekämpfte Abweichung war, mit spürbaren Nachteilen, aber ohne klare Konfrontation, ohne offene Verfolgung. Die Stimmung im Halbuntergrund, das ständige Versteckspiel der Tätigkeit, das Gefühl der Überlegenheit gegenüber den Karrieristen, der Glaube, auf der richtigen Seite zu sein, brachten viel Befriedigung und halfen, die kritische Auseinandersetzung mit meiner praktischen Tätigkeit zu vermeiden.

Die unvermeidbare Sonderstellung der Psychotherapie unter den Heilberufen ist für viele von uns wichtig, und sie aufrechtzuerhalten spielt m. E. mit hinein, neben den etablierten institutionalisierten Psychotherapien immer „neue“, abweichende Methoden ins Leben zu rufen, wofür man in eine Randgruppe des psychotherapeutischen Feldes geraten kann.

Heilen und Forschen

Unsere Profession ins Auge fassend stoßen wir unausweichbar an die Forderung und Herausforderung des Freudschen Junktims vom *gleichzeitigen Heilen und Forschen* (Thomä u. Kächele 1985). Eine Idealforderung, die kaum zu erfüllen ist, wo das Scheitern und die dazugehörige Enttäuschung für das Fußvolk der Profession von vornherein feststehen. Dabei kann der Forschungsaspekt aus der Psychoanalyse nicht ausgeklammert werden. Nicht vielleicht die Forschung, wie sie allgemein verstanden wird, sondern die Einstellung des Forschers, des Entdeckers, des Eroberers neuer Wahrheiten. Es ist eher das Forschungsverhalten des Künstlers, aber die Forschungsleidenschaft kann die Oberhand gewinnen (Low 1935). Freud war bekanntlich ein leidenschaftlicher Forscher, und die grandiosen Entdeckungen erwecken grandiose Erwartungen gegenüber der Psychoanalyse als Wissenschaft bei den Studenten, als Teilhaber an dieser Wissenschaft (Joseph 1978), was wieder zu Enttäuschungen führen kann. Freuds Leidenschaft gehörte mehr seinen Entdeckungen, seinen Theorien als dem Heilen, nur seine Wahrheitsliebe war vielleicht größer.

Grandiose Entdeckungen bleiben nur wenigen vorbehalten. Der Psychotherapeut soll sein schöpferisches Talent, seine Forschungsleidenschaft dem Patienten widmen. Die Verknüpfung von Beobachtbarem und Nicht-Beobachtbarem ist immer ein Forschungsunternehmen und ein schöpferischer Akt, eine Suche nach der (relativen) Wahrheit.

Chasseguet-Smirgel hebt den manischen Mechanismus hervor:

„Die menschlichen Bemühungen scheinen im Bereich der ästhetischen Schöpfung und wissenschaftlicher Entdeckungen von dem Wunsch getragen zu sein, das Peinliche, Schwierige, Häßliche, Schlechte, Unharmonische, Schadhafte zu überwinden, die Mängel aufzufüllen, die Wunden zu vernarben, die Öffnungen zu schließen, die Risse zu schweißen,“

was zu einer doppelten Befriedigung führt - die Freude über die Überwindung des Schlechten, die Freude am Erfolg und die Freude über den Schritt zum Fehlerlosen, zum Vollkommenen (Chasseguet-Smirgel 1988).

Der Wissenschaftler kann den Heiler vergessen. Laut Rosenfeld erzählte Melanie Klein über Abraham folgendes:

Wenn er „an etwas arbeitete und es noch nicht publiziert hatte, war er nicht bereit, es an seine Patienten (als eine Deutung) weiterzugeben, weil er fürchtete, sie würden es ihm wegschnappen und selbst veröffentlichen“ (zit. n. Grosskurth 1989).

Die Profession als sublimierte Form der Liebe

Im Ungarischen haben wir zwei verschiedene Ausdrücke für das Wort Liebe. Die leidenschaftliche Partnerliebe nennen wir „szerelem“, alle andere Arten der positiven Zuneigungen heißen „szeretet“. Es ist klar, daß das Forschen eine libidinöse Aktivität ist, aber im allgemeinen handelt es sich um eine sanfte, sublimierte Form der Liebe, und das gleiche gilt für die Beziehung zu unserer Profession. Ohne den Beruf zu lieben geht es einfach nicht. Ihre Intensität kann unterschiedlich sein und ändert sich durch die Jahre.

Bleiben wir für einen Moment bei dem Begriff der Sublimation. Er wird unter den Abwehrmechanismen aufgezählt, aber er vertritt eine besondere Form von Abwehr und kann im üblichen Sinne nicht mehr als Abwehr aufgefaßt werden. Sublimation ist eine transformierte Leidenschaft, die ein reifes Ich voraussetzt. Die Impulse werden nicht - wie bei der Verdrängung - unterdrückt, sondern das Ziel wird gehemmt, und die Regung wird zu einem neuen Ziel geführt. Dies geschieht mit Hilfe von Internalisation, d. h. aus der interpersonalen Objektbeziehung wird eine intrapsychische Objektbeziehung, eine Änderung des Ichs, und aus der Objektlibido wird narzißtische Libido. So streben die sanften, sublimierten Regungen - gegenüber den sexuellen Impulsen - nicht mehr nach Klimax. Wichtig ist, daß der leidenschaftliche Moment erhalten bleibt. Wir können mit Loewald sagen:

„Sublimation ist nicht eine Form der Abwehr - nicht einmal der geglückten Abwehr - gegen das Instinktleben, das Es, den Wunsch, die Leidenschaft, das Unbewußte; sie gehört zum Gebiet der Ich-Entwicklung und der Internalisation, welche sich von der Abwehr unterscheiden. Ihre dynamische Qualität soll als Gleichstimmung im breiten Sinne aufgefaßt werden“ (Loewald 1988, S. 33).

Diese Entwicklung, diese spezielle Internalisierung ist an die Ausformung des Über-Ichs und des Ich-Ideals gebunden. Sublimation ist nicht das Privileg der wenigen Auserwählten, die die sozial hochgeschätzten Werte internalisieren können, sie ist aber eine Stufe der Entwicklung, die erreicht werden kann/soll. Wir können also über die Entwicklung der Liebesfähigkeit im allgemeinen und über die *Fähigkeit zur Sublimierung* im besonderen sprechen. Demzufolge kommt auch eine Überforderung dieser Kapazität, der Kapazität zum Sublimieren in Frage, und wenn wir wieder diese Fähigkeit in unserer täglichen Arbeit betrachten, sehen wir, daß wir oft an ihre Grenzen stoßen.

Wenn über Leidenschaft, Liebe zur Profession, gesprochen wird, dann kann man ahnen, daß es auch Angst, Zurückschrecken vor dieser Liebe geben kann. Angst kann selbst vor der Erregung gegen Hingabe an ein Gefühl entstehen. Wie oft schämen wir uns wegen unserer Begeisterung, die dem Bild des ausgeglichenen Therapeuten so fern liegt!

Es ist ein übliches Mißverständnis, daß die Liebe einfach eine Gegebenheit wäre. Balint unterscheidet zwischen primären, urtümlichen und reiferen Formen der Liebe und betont, daß die Liebesfähigkeit einen Reifungsprozeß durchmacht. Diese Unterscheidung ist für uns insoweit von Bedeutung, daß es nicht nur in der Pathologie des Patienten, sondern auch in unserer Beziehung zur Profession von Bedeutung ist, in welchem Maße urtümliche oder reifere Aspekte der Objektliebe in diesen Beziehungen teilnehmen. Die primäre Liebe ist

„eine urtümliche Objektbeziehung ..., in welcher nur *ein* Partner Forderungen stellen darf, der andere wird als Objekt behandelt, wenn auch als Trieb- oder Liebesobjekt ... Diesen urtümlichen Objektbeziehungen liegt eine falsche Realitätsprüfung zugrunde ... Deshalb ist diese 'allmächtige' oder 'gierige' Liebe unbeständig, dazu verdammt, Versagungen zu erleiden und sich in Haß zu kehren. ... Wir haben einzusehen, daß unsere Bedürfnisse viel zu wechselnd, zu vielfältig und zu spezialisiert wurden, als daß wir noch länger ihre automatische Befriedigung erwarten dürften ... Wir müssen unserem Objekt etwas bieten. ... Um diese Gegenseitigkeit zu begründen, ... muß man fähig sein, sowohl beträchtliche Spannungen zu ertragen als auch eine gleichmäßige und zuverlässige Realitätsprüfung dauernd aufrechtzuerhalten. Die nannte ich die *Eroberungs-Arbeit*“ (Balint 1966, S. 157f.).

Reife Liebe baut also auf aktive Arbeit und steht in enger Beziehung zur Realitätsprüfung. Versuchen wir unsere professionellen Enttäuschungen nachzuvollziehen, sehen wir gleich, daß an ihrer Entstehung auch primäre Formen der Liebeserwartungen Anteil hatten.

Die Versuchung ist groß. Die psychoanalytische Situation ist dergestalt, daß sie dem Patienten auch die Möglichkeit zur Entfaltung der primären Aspekte der Liebe anbietet und die Folgen erträgt.

Durch Versagung kehrt sich die Liebe in Haß, und dazu braucht das Objekt nichts zu tun, es geht subjektiv-intrapsychisch vor sich. Die Umkehr ist viel schwieriger, dazu muß das Objekt sich ändern, zu einem liebenden Partner werden (Balint 1966).

Auch der Therapeut sucht selbstverständlich eine bedingungslose primäre Liebesbeziehung und kann von der versprochenen Intimität der Einzeltherapiesituation irregeführt werden. Wir beobachteten in unserer psychotherapeutischen Klinik, daß die neuen Kollegen mit ihren Patienten sowohl zeitlich als auch gefühlsmäßig in die Einzeltherapie hinuntertauchten, sich darin praktisch verloren, sie wie ein geheimes Liebesobjekt behandelten und in das therapeutische Regime nicht integrieren konnten.

Zu den von der therapeutischen Situation hervorgerufenen möglichen Gratifikationen gehört die Askese, als Ingredient therapeutischen Seins. Es geht ein täglicher Kampf vor sich um Abstinenz, um Zulassen, Ertragen - aber *Nicht-Befriedigen* der Gefühle der Grandiosität, der Allmacht, des Begehrtwerdens, des Allwissens, der Schaulust, der Überlegenheit, des Gefüttertwerdens, der feinen Aggressivität usw. Dabei soll man jedoch kein Asket werden - und auf keinen Fall aus dem Patienten einen Asketen machen.

Narzißtische Aspekte der Profession

Schon bei der Berufswahl habe ich die Rolle des narzißtischen Anteils angedeutet, und es wäre schwer von der Hand zu weisen, daß narzißtische Aspekte in der komplexen Beziehung zur Profession eine bedeutende, beinahe zentrale Rolle spielen. Auch bei der theoretisch äußerst neutralen Haltung kann der Analytiker, der Psychotherapeut der Übernahme der Pflegerolle nicht ausweichen, er kann diese Arbeit ohne spezifische therapeutische Verpflichtung nicht ausüben. Für den Patienten geschieht alles seinetwegen, d. h. die therapeutische Arbeit korreliert mit seinem kindlichen Narzißmus, er bedarf der Pflege (Loch 1974). Die Pflegerolle ist aber eine Rolle, die eng mit dem unbewußten Kindheitswunsch, neues Leben zu schaffen, zusammenhängt (Nunberg, zit. n. Loch 1974). Der Wunsch, neues

Leben zu schaffen, und die Enttäuschung, was die Unvollkommenheit der Therapie angeht, die Weigerung des Patienten, ein neuer Mensch zu werden, spielen dann in die Unendlichkeit vieler Therapien mit hinein.

Vom anderen Bestandteil des Freudschen Junktims, vom Aspekt des Forschens gesehen, stoßen wir auf Ähnliches. Freud wollte nicht weniger, als eine neue Welt zu schaffen. Wie Helene Deutsch schreibt:

„Hinter der bescheidenen Genugtuung des 'Ich habe eine Therapie' stand die innere Erkenntnis, daß er im Begriff war, 'die Welt aus ihrer ausgefahrenen Bahn zu werfen' ... und im Falle Freuds erwies sich die Ahnung als wahr“ (Deutsch 1975, S. 115).

Wir alle haben teil - und wollen auch in dieser Hinsicht am Erbe unserer professionellen Vorfahren teilhaben - wir leben davon und teilen das Gefühl, Forscher einer neuen Welt zu sein.

Das Bedürfnis nach Ganzheit gehört zu unseren tiefsten Wünschen. Und der therapeutische Prozeß, die Begegnung mit dem Unbewußten kann dieses Bedürfnis befriedigen. Der furor sanandi, die Sucht, zu therapieren, wurzelt auch im Bedürfnis des Therapeuten, an dem Erlebnis der Vollständigkeit so lange wie möglich teilnehmen zu können - ungeachtet des Bedürfnisses des Patienten, ihn daran so lange teilnehmen zu lassen. Es kann auch zu gegenseitiger Befriedigung kommen, da sich beide in der Situation grundsätzlich wohlfühlen, und in dieser Hinsicht soll das Ziel der Therapie folgendermaßen gefaßt werden: „Das Kind muß mit dem Mutterproblem fertigwerden“ (Grosskurth 1989).

Auf der einen Seite korreliert die analytische Situation mit dem kindlichen Narzißmus, auf der anderen Seite aber gehen sie auseinander: Der Analytiker bemüht sich, die psychischen Prozesse zu erforschen, aber der Patient, wie die Kinder, will nicht beobachtet, sondern geliebt werden. Der Therapeut muß mit dieser Situation fertigwerden. Die Schwierigkeit besteht darin, daß sich zunehmend eine vertraute und vertrauensvolle Beziehung entwickelt, wo keine wirklich befriedigende Objektbeziehung erlaubt ist. Der Therapeut muß diese Spannung aushalten und nicht unterdrücken. Es gibt keine andere Möglichkeit, sagt Klauber, als

„seine Objektbeziehung zum Patienten durch eine Identifikation zu ersetzen, d. h., durch eine Regression zum Narzißmus bei einer gewissen Flexibilität der Ich-Grenzen“ (Klauber 1975, S. 837).

Dieser Vorgang bereitet die Möglichkeit weiterer Belastungen. Die narzißtische Identifikation mit dem Patienten macht den Weg für narzißtische Kränkungen frei, und wir sind kränkbar. *Die Fähigkeit, narzißtische Kränkungen zu ertragen, ist beschränkt.* Die Internalisation, die narzißtische Identifikation mit Aspekten des Patienten kann zu peinlichen Konfrontationen mit unseren idealisierten

Selbstbildern führen, was Scham, Erniedrigung des Selbstrespekts, des Selbstwertgefühls zur Folge hat. Es ist kein Privileg des Anfängers, ein verletzliches Ich-Ideal zu besitzen. Neben den Kränkungen idealisierter Identifizierungen ist das professionelle Ich-Ideal des Therapeuten immer Angriffen, Kränkungen ausgesetzt, da es für den Patienten immer ein Rivale und dadurch unannehmbar sein wird. Wie erwähnt, er will, daß er um seiner selbst willen geliebt wird, und nicht für die therapeutischen Ziele, für die Schönheiten des therapeutischen Prozesses, für die Erfolge der angewandten Methode oder für die Professionalität des Therapeuten.

Das Überlegenheitsgefühl

Eine andere narzißtische Falle bedeutet das Überlegenheitsgefühl. Die Verführung zur Superiorität ist inhärent im psychotherapeutischen Setting. Die Patienten, nach einer Autoritätsfigur suchend, nähren dieses Gefühl. Die Verführung wird um so größer, je deutlicher wir eine autoritative, direkte Technik ausüben.

Jeder von uns ist schon einmal in einer Gesellschaft wegen seines Berufs mit einer gemischten Reaktion von Bewunderung und Verdacht angestarrt worden und hat sich dabei gekitzelt gefühlt - und überlegen. Andererseits wissen wir am besten, wie unendlich komplex, undurchschaubar die menschliche Seele ist, und wieviel Unsicherheit wir konfrontieren müssen.

Das Überlegenheitsgefühl spielt nicht nur zwischen dem Patienten und dem Therapeuten eine Rolle. In der Lehranalyse kommt diese Problematik durch die inhärente professionelle Identifikation stärker und komplexer, verdoppelt vor. Oder denken wir an das Supervisionssetting, wo von dem erfahrenen Therapeuten oft beide Seite erwarten, daß er anhand des bruchstückhaft erzählten Materials alles besser versteht als sein Kollege. Judd Marmor macht uns auf noch ein Risiko aufmerksam:

„Wenn die Technik des Therapeuten effektiv genug ist, kann ihn die professionelle Isolation und die Unmöglichkeit, die Technik von anderen unmittelbar zu beobachten, nach einer Zeit dazu führen, daß er die Tugenden seiner speziellen Methode und seine Begabungen den Kollegen gegenüber überschätzt“ (Marmor 1954, S. 371).

Zur Liebe gehört Haß, zur Liebe gehören Eifersucht, Rivalität, Enttäuschung. Die unmögliche Profession stellt schwer ertragbare Anforderungen. Es gibt immer Momente, in denen wir sehr gerne einen anderen Beruf gewählt hätten, wo wir der Profession gerne den Rücken zeigten.

John Klauber faßt die Schwierigkeiten des Psychoanalytikers folgendermaßen zusammen:

„Das verstehende, introjizierende, passive Erleben des psychoanalytischen Lebens ist jedoch noch einer weiteren Beanspruchung ausgesetzt. Sie besteht darin, daß die implizierte Moralität der Psychoanalyse in gewisser Weise gegensätzliche Tugenden lehrt. Das Ideal des Psychoanalytikers ist psychische Realität. Das bedeutet, Triebregungen anzuerkennen, und sie anerkennen bedeutet ... sie befriedigen. Diese Strebungen nach Selbstverwirklichung und Selbstaussdruck implizieren ein gewisses Freisetzen der Aggressionen aus der Hemmung, während das psychoanalytische Leben ... von einer beträchtlichen Einengung oder sogar Hemmung der Aggression abhängt. ... Es gibt ... Anzeichen dafür, daß selbst der erfahrene und scheinbar entspannte Psychoanalytiker unter chronischer Befangenheit gegenüber seinen Patienten steht ... Was befürchtet er? Ich meine, zweifellos eine menschliche Reaktion, die für die Analyse der Übertragung gefährlich ist. Menschliche Wesen aber sind nicht dafür eingerichtet, Menschen immer zu verstehen, und Psychoanalytiker haben, wie alle anderen Menschen, das Bedürfnis lieber zu lieben und zu hassen, als zu internalisieren, was eine ständige Bedrohung für sie darstellt. Eine Kombination der Angst vor Liebe mit dem Bedürfnis zu lieben, der Angst vor Haß mit dem Bedürfnis zu hassen kann einen toten Punkt erreichen, so daß der Analytiker sich nicht mehr von seinem Patienten lösen kann. Dies ist schließlich eine der typischen menschlichen Situationen, die Menschen in ihrem persönlichen Leben oft dadurch zu meistern versuchen, daß sie heiraten. Vielleicht fühlen sich viele Analytiker auf eine ähnliche Weise mit ihrem Beruf verheiratet oder auch mit seinen Theorien ...“ (Klauber 1975, S. 838).

Es kann unbemerkt vor sich gehen, und man darf sich nicht wundern, wenn einem die Frage gestellt wird: „Sag mir, mein Lieber, hast Du eigentlich mich oder eher deine Profession geheiratet“ - immerhin bin ich in meinem persönlichen Leben damit tief und schmerzvoll konfrontiert worden. Es gibt auch Daten dafür, daß Ehepartner oft mit Erkrankung auf die Ausbildung reagieren (Pollmann 1985).

Liebe zur Profession oder professionelle Liebe?

Wen lieben wir eigentlich in der Liebe zur Profession? Die Patienten? Die Arbeit? Die Kollegen? Die Bewegung? Uns selbst? Alle, die aufgeführt worden sind? Die Arbeit mit dem Patienten? Uns selbst in der Arbeit?

Ohne Liebe, ohne Zuwendung kommt keine Therapie aus, wie Ferenczi in seinem Tagebuch schreibt: Ohne Sympathie gibt es keine Heilung. Und er wirft

gleich die Frage auf: „Kann man jeden Menschen lieben?“ (zit. n. Dupont 1988, S. 265). Welche Patienten lieben die Therapeuten? Die „YAVIS“ (young, attractive, verbal, intelligent, suffering), wo die Arbeit die höchste Genugtuung verspricht? Oder die sehr kranken, hilflosen, die uns wirklich brauchen und sich darum unterwerfen? Ich zitiere wieder Ferenczi:

„*Krankenhaß* ist hinter der hypokritischen *Krankenfreundlichkeit* des Arztes. Er muß aufgeweckt, auf (interne) Ursachen zurückgeführt werden; dann erst kann man *helfen* - *eigenes Leid* teilen und mitteilen, und fremdes *teilen* ... Ist man selber gesättigt und nicht gierig, so ist Wohlwollen, Wohlfühlen und Wohltat selbstverständlich“ (zit. n. Dupont 1988, S. 265).

Noch zwei weitere Fragen, die offen gelassen werden, und die immer wieder neu beantwortet werden müssen: Bis zu welchem Grade braucht es der Patient, geliebt zu werden, und bis zu welchem Grade kann ich es leisten? Ein jeder Patient möchte besonders geliebt werden. Wie teile ich meine Liebe auf? Welche Kapazität besitze ich, wie vielen Patienten kann ich gleichzeitig Zuwendung entgegenbringen? Und mit wie vielen arbeite ich in der Praxis? Wie vielen bringe ich pure routinemäßige Zuwendung, Pseudoliebe, gefühllose Gefühle entgegen? Wie weit besteht die Gefahr, daß aus der Liebe zur Profession eine professionelle Liebe wird?

Die Profession innerhalb psychoanalytischer Gesellschaften

Zugehörigkeit zu einer Profession bedeutet Lehrmeister, Vorfahren, Gründerväter und -Mütter, Kompagnons, Lehrlinge, und die Profession bedeutet nicht nur die Theorie, die Methodologie, die Praxis mit den Patienten und/oder die Forschung, sondern auch die anderen, die die gleiche Profession ausüben, die Mitgefährten der Bewegung, die Kontrahenten, die Konkurrenz.

Ich kenne die psychoanalytischen Gesellschaften genauer, aber ich glaube, daß sie in dieser Beziehung auch für andere Richtungen modellhaft sind. Die Identifikation-Gegenidentifikation mit den Meistern kann von hervorragender Bedeutung sein, für lange Zeit können sie - vor allem die charismatischen Figuren unter ihnen - die Profession als solche bedeuten. Sie werden eine Art von Superimagines, und die Auseinandersetzung mit ihren Introjekten kann zu einem lebenslangen Prozeß werden. Die Lehranalyse ist keine Ausnahme davon, daß der Analytiker idealisiert, ins Ich-Ideal eingebaut wird. Vor allem Lehranalytiker mit narzißtischen Zügen neigen dazu, in eine Koalition mit dem Kandidaten verwickelt zu werden und tragen damit dazu bei, daß die gegenseitige Idealisierung - bewun-

derswerter Meister, bewunderswerter Schüler - auch lange nach der Beendigung der Lehranalyse aufrechterhalten wird, und sie werden es nie wagen, einander *nicht zu lieben*, nach dem Motto: „Ich werde dich immer lieben und beschützen, falls du mein Anhänger bleibst!“

In den psychoanalytischen Gesellschaften kommt es oft zu Schismen, Untergruppierungen, gegenseitigen Ausklammerungen. Diese Gruppierungen zeigen ein sippenhaftes Gepräge. Es handelt sich nicht einfach um Gruppenrivalität. Neben den idealisierten, geliebten Analytiker-Repräsentanzen werden die Analytiker der rivalisierenden Gruppe zu verfolgenden internen Objekten. Es gehört zu den bequemsten Verteidigungen gegen narzißtische Kränkungen, Unsicherheiten, Ängste, solche Zielscheiben zu stellen und anzugreifen. Die narzißtische Überschätzung der eigenen Richtung, Gruppe, Theorie und die dazugehörenden Gratifikationen gehen Hand in Hand mit der Geringschätzung der Kollegen, die eine andere theoretische Position einnehmen (und zu einem anderen Nest gehören) (Schumacher-Finell 1985).

Oft kommt es auch zu einer anderen Spaltung: Die Spaltung zwischen der ganzen analytischen Gemeinschaft und der therapeutischen Arbeit - und Institutspolitik gibt nicht selten genügend Anlaß dazu. Die erstere wird zum gehaßten Objekt, die letztere zum idealisierten Objekt. Eine Fragebogenuntersuchung im Jahre 1988 zeugte von einem solchen Prozeß innerhalb der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung. Auf die diesbezügliche Frage lauteten die typischen Antworten: „In der Praxis fühle ich mich wohl, geborgen, in der Vereinigung will ich diese Leute nicht mehr sehen“; „In der Vereinigung gibt es nur Spannung, Gruppendynamik (sic!), es hindert nur die analytische Arbeit.“ Diese destruktive Spaltung kann nicht lange aufrechterhalten werden, man kann nur in einer Isolation die Profession lieben, wenn man die Gemeinschaft mit den Kollegen nicht auf Dauer von sich abweist; und wir sind auf die narzißtische Zufuhr kollegialer Anerkennung angewiesen.

Die Psychotherapie als Liebesobjekt

Das Liebesobjekt Psychotherapie ist kaum zum Flirten geeignet. Die es versuchen, sammeln im allgemeinen Enttäuschungen - in einem Flirt läßt sich unsere Profession nicht erobern. Es gibt schnelle Aufflammungen, eine Verlobung beim ersten Treffen, aber meistens handelt es sich um eine fortschreitende Eroberung, mit den üblichen Differenzen des langen Zusammenlebens, aber die Zuneigung erlischt nicht, sie wird eher stärker.

Und es gibt auch hoffnungslose Liebe, die Liebe der Kollegen, die die Profession nie erobern und nie unsere Kollegen werden können - und es durch Jahrzehnte nicht aufgeben. Es ist sehr schwer, ihr den Rücken zu kehren, mit der Profession aufzuhören. Dabei bleibt es immer offen, ob unsere Zuneigung erwidert wird, ob wir von der Profession angenommen werden, dafür geeignet sind. Die Komplexität der menschlichen Seele, die Unsicherheiten, Unzulänglichkeiten dem menschlichen Leiden gegenüber, die Herausforderung jeder Therapiestunde, jedes neuen Patienten halten die narzißtische Verwundbarkeit immer offen. Neben den vielen Gratifikationsmöglichkeiten sind wir allerlei Enttäuschungen ausgesetzt. Der alltäglichen Enttäuschung, die die unvermeidbare Diskrepanz zwischen unserem Ich-Ideal und den Ereignissen der Therapiesitzung verursacht; die Enttäuschung der grandiosen Phantasien; die Deprivation in der Profession, die eine beachtliche Kapazität der Fähigkeit, allein zu sein erfordert (Winnicott 1958); und der Verlust, der bei jedem Therapieende ertragen werden muß. Viele von uns sind „workaholics“ - und zeigen Entzugssymptome, wenn es mit der professionellen Arbeit aus ist. Zum Schluß möchte ich Robert F. Hobson aus seinem Buch *Forms of Feeling* zitieren:

„Es zu erlernen, wie man zu einem Psychotherapeuten wird, ist die nie abschließbare Aufgabe eines Lebens. Es bedeutet immer zu hoffen, daß man in den Beziehungen mehr zu einer Person wird. Es heißt die schmerzhafteste Erkenntnis, wie wir die Patienten für unsere Ziele verwenden; wie wir in unserer 'professionellen' Arbeit die Befriedigung unserer beschränkten Bedürfnisse suchen, und wie wir die tief begrabenen Gefühle von Fehler, Schuld, Destruktion, Sinnlosigkeit, Einsamkeit und Tod vermeiden“ (Hobson 1987, S. 262).

Nach dem verdeckten Selbstmord einer Patientin, woran Hobson (1987) sich schuldig fühlte, schrieb er folgendes Versbruchstück:

„Ich dachte oft
Ich wünsch´ sie tot

Kalt auf dem Brett
Ihr Mund zerquetscht

Ein drehender Stoß
Mein Inneres sagt
daß auch ich starb
an diesem Tag

Irgendwie“

Literatur

- Balint M (1966) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Baruch EH, Serrano LJ (1988) Women analyze women. Marvester, Wheatsheaf New York
- Chasseguet-Smirgel J (1988) Kunst und schöpferische Persönlichkeit. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien
- Deutsch H (1975) Selbstkonfrontation. Kindler, München
- Dupont J (Hrsg) (1988) Sándor Ferenczi: Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Fischer, Frankfurt aM
- Fromm E (1980) Die Kunst des Liebens. Gesamtausgabe Bd 9. Stuttgart
- Grosskurth Ph (1989) Ein Interview mit Herbert Rosenfeld. Psyche 43 : 142-149
- Hobson RF (1987) Forms of feeling. Tavistock, London
- Joseph ED (1978) The ego ideal of the psychoanalyst. Int J Psychoanal 59 : 377-393
- Klauber J (1975) Über einige Schwierigkeiten, Psychoanalytiker zu sein. Psyche 29 : 835-839
- Loch W (1974) Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer. Psyche 28 : 431-460
- Loewald HW (1988) Sublimation. Yale Univ Press, New Haven London
- Low B (1935) The psychological compensations of the analyst. Int J Psychoanal 16 : 1-8
- Marmor J (1954) The feeling of superiority: an occupational hazard in the practice of psychotherapy. Am J Psychiatry 110 : 370-375
- Pollmann A (1985) Die Zulassung zur psychoanalytischen Ausbildung. Verlag Med Psychol im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schumacher-Finell J (1985) Narcissistic problems in analysts. Int J Psychoanal 66 : 433-445
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Winnicott DW (1958) The capacity to be alone. Int J Psychoanal 39 : 416-420

Liebe, Sex und Psychotherapie

Margarete Mitscherlich-Nielsen

Als ich mich bereit erklärte, über Sex und Liebe in der Psychotherapie zu sprechen, hatte ich mir zwar manche Gedanken zu dem Thema gemacht, war mir aber nicht genügend darüber im klaren, welche Bedeutung dieses Thema für zahlreiche Frauen hat, die Sexualität vor allem als Ausbeutung und als Gewalt erlebt haben. Für mich ist es selbstverständlich, daß Sexualität in der Psychotherapie zur Kategorie der Ausbeutung von Abhängigen gehört und als ein - milde ausgedrückt - grober Kunstfehler angesehen werden muß.

Mir scheint es klar, daß die Aufforderung von Psychoanalytiker/innen an ihre Patienten, frei zu assoziieren, was auch heißt, ihre Phantasien möglichst offen zu äußern und ein Stück weit zu regredieren, mit einer aktiven Befriedigung dieser Phantasien unvereinbar ist. Eine Deutung des analytischen Prozesses mit dem Ziel, die den Symptomen zugrundeliegenden Konflikte zu erhellen, wird dadurch unmöglich. Triebbefriedigung in der Psychotherapie schafft eine neue Realität, d. h. auch neue aktuelle Verinnerlichungen einer intensiven Beziehung, wodurch verhindert wird, daß Deutungen gegenwärtiger Wünsche, Gefühle und Verhaltensweisen als Ausdruck ungelöster, mit der Vergangenheit verbundener Probleme die Patienten erreichen oder von ihnen akzeptiert werden können. Mit der unmittelbaren Befriedigung von Trieben und Wünschen geht der Therapeut also eine Beziehung zu seinen Patienten ein, die Übertragungsdeutungen sinnlos machen. Die reale sexuelle Beziehung in einer Psychotherapie hat last not least meist traumatische Folgen, unter anderem deswegen, weil durch körperliche Befriedigung sexueller Wünsche am gemeinsamen Verstehen dieser Wünsche und Phantasien vorbeigegangen wird. Was als der größte Gewinn einer Psychoanalyse angesehen werden darf, geht dadurch verloren: die Lust und Befreiung am Erkennen der Wahrheit auch und gerade in bezug auf die eigene Person. Wenn Vergangenheit nicht abgeschlossen wird, ist Gegenwart bekanntlich nicht herzustellen. Was auch heißt, der Patient findet, ohne die eigene Biographie verstanden zu haben, nicht zu einem Stück eigenen Lebens.

Daß es dennoch sexuelle Beziehungen zwischen Therapeuten und ihren Patienten gibt und immer gegeben hat, ist mir natürlich bewußt. Was mir an

Literatur zum Thema Sexualität in der Psychotherapie bekannt ist, beschäftigt sich vorwiegend mit einer sexuellen Beziehung zwischen einem männlichen Therapeuten und seiner Patientin. Dabei wissen doch die meisten von uns, daß es auch sexuelle Beziehungen zwischen einer Therapeutin und ihrem männlichen Patienten gibt, wenn auch wesentlich seltener. Auch homosexuelle oder lesbische Beziehungen in der psychotherapeutischen Behandlung sind nichts Ungewöhnliches. Zur Diskussion steht aber fast nur die Frau als Opfer eines männlichen Therapeuten.

Die Problematik der Opferrolle

Die Rolle der Frau als Unterdrückte in einem jahrtausendealten Patriarchat ist unumstritten, sollte uns aber nicht dazu verführen, dem Einzelschicksal in der Gegenwart unkritisch gegenüberzustehen. Wenn wir als Frauen uns quasi automatisch in die Opfer- und Anklagerolle begeben, schaden wir uns selbst und unserer Fähigkeit, mit Hilfe einer kampfbereiten, aber auch lustvollen Wahrheitssuche gesellschaftlich bestimmte Rollenfixierungen und Vorurteile zu durchschauen und wenn möglich zu durchbrechen.

Daß es zahlreiche Opfer von Gewalt gibt, die durch Unterdrückung, Folter und erzwungene Sexualität derart traumatisiert wurden und werden, daß Lebensunfähigkeit oder Selbsterstörung die Folge ist, blieb niemandem verborgen. Sich mit den Opfern verstehend zu identifizieren ist die Vorbedingung, um ihnen helfen zu können. Nur nutzt es den Opfern wenig, wenn man mit ihrer Hilfe eigene Bedürfnisse befriedigt oder undifferenziert nach Schuldigen sucht.

In der Psychoanalyse und Psychotherapie wird - bei unserer Art der regressiven Betrachtung - alles auf die frühe Kindheit zurückgeführt. „Die Mutter ist an allem schuld“, eine Problemvereinfachung, der viele Therapeuten anhängen. Bei dem Thema „Sex in der Psychotherapie“ scheint nun „der Vater“ an allem schuld zu sein. Damit werden die Probleme des sexuellen Ausagierens in der Psychotherapie auf die inzestuöse ödipale Beziehung zurückgeführt. Der Therapeut wiederholt direkt oder indirekt die gleichen Fehler, unter denen die Patientin seinerzeit in ihrer Begegnung mit dem Vater gelitten hat oder versucht, „besser“ als dieser zu sein, indem er ihre vordergründigen Wünsche erfüllt. Dennoch das manichäische Denken: Die Patientin braucht Liebe, der Therapeut nutzt das aus, die Tochter ist gut, der Vater ist böse, ist so lähmend wie die Vorstellung einer ewig schuldigen Mutter. Sie geht an einer differenzierten Betrachtung solcher Beziehungen vorbei. Der Ruf nach der oder dem „Schuldigen“ fixiert die Betroffenen an eine Opferrolle, die unweigerlich infantilisiert.

Damit streite ich keineswegs ab, daß der Mißbrauch von Frauen und Kindern vor allem durch männliche Familienangehörige oder auch in manchen Therapien sehr verbreitet ist, und daß es immer und überall gilt, diesen Mißbrauch aufzuklären und Hilflose vor traumatisierenden und kriminellen Übergriffen durch Gewalttäter oder sexuelle Ausbeuter zu schützen. Ich weiß auch, daß schon aufgrund ihrer jahrhundertalten patriarchalischen Erziehung die Männer mehr zu Gewalt neigen als Frauen. Man denke nur an die jüngste Vergangenheit, den Golfkrieg. Wie schnell kehren wir zu den primitivsten psychischen Mechanismen zum Denken in Gut und Böse zurück. Männer idealisieren sich als Helden, indem sie Mord und Totschlag an oft mehr oder weniger Wehrlosen ausüben, und der so lange unterstützte grausame Diktator wird zum ahistorisch quasi angeborenen Menschheitsfeind hochstilisiert, gegen den kein Kraut gewachsen ist, schon deswegen nicht, weil ihm von Deutschen ein bombensicherer „Führerbunker“ gebaut wurde. Und fast alle, auch Frauen machten mit. Und das Ende: Ungezählte Tote und schreckliche Zerstörungen, Siegesrausch. Nachdem der Exzeß aus Selbstidealisation und Verteufelung vorbei ist, bleibt der Tyrann und Gewalttäter letztlich ungeschoren und kann weiter morden. Keiner der anstehenden Konflikte wurde durch den Krieg gelöst, im Gegenteil, täglich sind wir Zeugen neuen unendlichen Elends. Man kann sich nur immer wieder die Frage stellen: Wie rational ist der Mensch? Stabilisiert er seine Männlichkeit und seine Wirtschaft, indem er sein tödliches Spielzeug, seine Kriegsmaschinerie gelegentlich ausprobieren muß?

Trotzdem sollte nicht aus dem Slogan: Die Mutter ist an allem schuld, der genauso einseitige Slogan werden: Der Vater, oder der Mann ist an allem schuld. Auch ein Mann wird nicht als Mann geboren, auch er wird erst zum Mann gemacht. Frauen, die ihre Opferrolle zelebrieren, nehmen sich selbst die Kraft zu Autonomie und die Bereitschaft zum Kampf. Denn in der Tiefe unserer Seele pflegen wir Opfer zu verachten. Viele Frauen, die zu Opfern wurden, erleben dies im Grunde als Schwäche und Beschämung oder halten sich für mitschuldig an dieser Situation. Mitleid und Solidarität erleben - auch von ihresgleichen - nur wenige Frauen, die zu Sexualität gezwungen werden - sei es durch fremde Gewalt, sei es in der Ehe. Man(n) oder Frau identifiziert sich ungern mit dem Opfer, es sei denn, man benutzt diese Identifikation, um sich letztlich selber als das größte Opfer darzustellen und durch Aufrechnung von Schuld eigene Schuldgefühle aus der Welt zu schaffen.

Opfer sind nun einmal peinlich, sie erinnern an eigene Destruktivität und Schuld, oder an eigene Schwächen und Niederlagen. Insofern ist es psychologisch verständlich, daß oft rationalisierend mit Opfern umgegangen wird. Vergewaltigungen seien immer die Folge einer Provokation, die von der Frau ausgehe, sagen uns die Männer. Schon aufgrund ihres Masochismus, würden Frauen Leiden und Unterdrückung genießen. Immer noch schenken viele Frauen diesen Aussagen insgeheim Glauben, obwohl sie längst wissen müßten, wie unsinnig sie sind.

Phantasie versus Realität

Die Tatsache, daß sich bei Frauen sexuell stimulierende Vergewaltigungs- und Erniedrigungsphantasien häufiger beobachten lassen als bei Männern, hat ganz andere Gründe. Sie führte bei manchen Psychologen und Psychoanalytikern zu dem Fehlschluß, daß Frauen nach einer Realisierung dieser Phantasien trachten. Genauere Beobachtungen und Analysen solcher Phantasien lassen jedoch erkennen, daß es sich dabei um qualitativ unterschiedliche Vorgänge handelt. Phantasierte und real erlebte Vergewaltigungen unterscheiden sich grundsätzlich voneinander. Die real erlebten Vergewaltigungen werden so gut wie nie als lustvoll empfunden und hinterlassen dauerhafte psychische Schäden. Phantasien über sexuelle Vergewaltigungen sind weder so brutal noch so einfühlungslos wie wirkliche Vergewaltigungen. Im Gegensatz zur tatsächlichen Gewalt machen Phantasien nicht hilflos, im Gegenteil, wer phantasiert, ist kein Opfer, er ist Schöpfer und Beherrscher der Situation, die er phantasiert. Phantasien dienen deshalb nicht selten dem Ziel, passiv erlittene Unterdrückung und Gewalt in vom eigenen Ich kontrollierbare Situationen zu verwandeln und damit aus Unlust Lust zu machen.

Aber wie steht es mit den sexuellen Wünschen und Phantasien, die in einer Therapie verwirklicht werden? Läßt sich ein solches Ausagieren mit Vergewaltigung gleichsetzen? Das ist so gut wie nie der Fall. Vielmehr identifizieren sich die Frauen in ihrer regressiven Rolle als Patientinnen oft mit einer schwachen und abhängigen Frau, die im Therapeuten den mächtigen Mann sieht, der Lebenshilfe bietet und Lebensziel ist, um dann durch Einfluß auf diesen Mann, durch seine Verführung, an dessen Macht teilzuhaben und ihn zu kontrollieren. Solche Verführungswünsche gehören nach unserer Theorie zu den normalen ödipalen Wünschen eines jeden männlichen wie weiblichen Patienten. Ein Therapeut wiederum, wenn er seine Aufgabe *lege artis* zu erfüllen versucht, wird solche Wünsche und Phantasien bekanntlich nur analysieren, sie weder nutzen noch sonst aktiv auf sie eingehen. Darüber sind sich alle Analytiker und Therapeuten sicherlich einig.

Die Frage bleibt: Kann man Sex in der Psychotherapie mit Inzest gleichsetzen? Geschieht das, wird in der Patientin nur das kleine Mädchen gesehen, das der sexuellen Gewalt oder Verführung durch eine Vaterfigur ausgesetzt ist. Solche theoretischen Voraussetzungen führen oft zu fehlerhaften Schlüssen. Auch der *lege artis* durchgeführte psychoanalytische Prozeß, wird er ausschließlich als Regression aufgefaßt, als Wiederholung des Verhältnisses eines Kindes zu den ersten Beziehungspersonen und dessen seelische Verarbeitung, läßt alle weiteren Möglichkeiten der Entwicklung in der Pubertät und im Erwachsenenalter unserer Patienten außer acht. Dann besteht die Gefahr, daß wir in jeder progressiven Tendenz der Patienten nur die regressiven Tendenzen wahrnehmen, die an den in-

fantilen Befriedigungs- und Beziehungsmodi festhalten oder sie wiederherstellen wollen. In dem regressiven Modell der Psychoanalyse ging es über viele Jahre vor allem um die Mutter; bei Sex in der Psychotherapie, wie bei der Annahme, daß Inzest weit verbreitet ist, steht die Zerstörung durch den Vater wieder im Vordergrund. Mit dieser Betonung der Rolle des Vaters als Zerstörer wurde auch der Streit um Freud und dessen Aufgabe seiner ursprünglichen „Verführungstheorie“ aktuell.

Daß Freud seine ursprüngliche Verführungstheorie aufgab, indem er die Hinweise auf eine Verführung seiner Patient/innen von Vätern oder Vaterfiguren als Ausdruck ödipaler Phantasien ansah, wurde ihm vielfach als Feigheit und Vertuschung einer ihm im Grunde bewußten Wahrheit ausgelegt. Mit besonderer Heftigkeit vertreten J. Masson (1984) und A. Miller (1981) diesen Standpunkt. Dieser Interpretation haben viele Analytiker widersprochen. Nitzschke (1991) schreibt dazu:

„Noch ziemlich zu Beginn dieser (Freuds) Selbstanalyse - am 21.9.1897 - schrieb Freud an Wilhelm Fließ einen Brief, den sogenannten 'Widerrufbrief'. Mit diesem Brief *entschuldigt Freud* seinen Vater, *den* Vater überhaupt, am Elend seiner Kinder, am neurotischen Unglück des Sohnes (oder seiner Tochter) schuld zu sein. Zumindest wird mit diesem Brief die *alleinige* Schuld des Vaters bestritten, da nunmehr auch die *Phantasien* der Kinder mitberücksichtigt werden ... Der Inhalt dieses ... Briefes stellt erstmals die allumfassende Gültigkeit der bis dahin von Freud vertretenen Verführungstheorie in Frage.“

Freuds Selbstanalyse wird von Nitzschke als Versuch der Bewältigung seiner Trauerreaktion auf den Tod des Vaters angesehen. Nach einer Zeit, in der er versuchte, sich zu assimilieren, wehrt Freud nun die Identität nicht mehr ab, die ihn in eine Reihe mit dem Vater stellt.

„Die Aufgabe der Verführungstheorie wird nicht als Niederlage empfunden. Freud ist selbst verwundert über seine Gefühlslage, über das Gefühl eines 'Sieges'. Interpretieren wir: Er hat einen Sieg über den Wunsch errungen, den Vater zu verachten ...“ (Nitzschke 1991).

Nach Nitzschke ist also die Abkehr von der Verführungstheorie nicht als Folge einer ängstlichen Assimilation an bürgerlich-christliche Lebenslügen anzusehen, sondern im Gegenteil, als Freuds Abkehr von dem Versuch, sich seiner Umwelt anzupassen und deutsch-nationalen Werten anzuhängen. Dieser Schritt zeigt Freuds

endgültige Bereitschaft, das jüdisch-väterliche Erbe anzunehmen, ein Schritt, durch den die Psychoanalyse überhaupt erst möglich wurde“ (Nitzschke 1991).

Die Angst vor dem „Weib in sich“

Für Nitzschke ist damit die Psychoanalyse eine jüdisch-patriarchalische Wissenschaft. Sollten Feministinnen demnach recht behalten, wenn sie in Freuds Abkehr von der Verführungstheorie seine Rückkehr zur Welt der patriarchalischen Werte und deren Verteidigungsmechanismen sehen? War Freud wirklich ein Frauenverächter, wie es manche seiner Aussprüche vermuten lassen, oder gestand er sich nur seine Angst vor Frauen nicht ein und fürchtete sich vor allem vor dem „Weib in sich“, vor den eigenen weiblichen Anteilen? Auf dem Gebiet der Theorie der Weiblichkeit ist das Freudsche System ein veraltetes System der Enträtselung männlicher Phantasien und Erinnerungen. Die weiblichen Identifikationen des Mannes Freud wurden von ihm, - zumindest auf diesem Gebiet - verdrängt. Das Einfühlungsvermögen, die mütterliche Fürsorglichkeit und ihr Interesse für Hilfsbedürftige sind die anerkannten und erstrebenswerten Eigenschaften der Frau, auch für Freud. Wenn aber die Frau aktiv am Weltgeschehen und an der Kultur teilnehmen will, wird sie von ihm auf ihre Mängel hingewiesen. Gegen diese psychoanalytische Auffassung sollte sich der Kampf bewußt denkender Frauen richten. Nur wenn Mann und Frau als gleichberechtigte Menschen anerkannt sind - vor allem auch durch sich selber - und entsprechend handeln, wird es den Kindern möglich sein, Mutter- und Vaterbilder gleichermaßen zu verinnerlichen und dadurch ein reicheres, flexibleres, quasi „doppeltes“ Über-Ich, d. h. Gewissen, aufzubauen. Was bisher auf die verschiedenen Geschlechter verteilte Eigenschaften waren, würde in einem Menschen, gleich welchen Geschlechts, zusammenfließen, je nach Begabung und Neigung. Gegenseitige Sensibilität bedeutet mehr Verständnis füreinander. Das patriarchalische Gefälle würde abgebaut. Die Rolle der Frau als Mutter der Kinder *und* des Mannes, was in unserer Gesellschaft gang und gäbe ist und als „Liebe“ mißverstanden wird, könnte durch *gegenseitige* Fürsorge ersetzt werden. Beiden Geschlechtern kann es dann auch gelingen, ihre Aggressionen angemessener und lustvoller zu äußern, d. h., sie weder durch Feindsuche destruktiv auszuleben noch sie selbstdestruktiv nach innen zu wenden.

Gibt es Alternativen zur Vision einer weiblichen Zukunft? Könnte die Frau beispielsweise bisher als „männlich“ verstandene Eigenschaften übernehmen, um zu einem gesellschaftlich durchsetzungsfähigeren Wesen zu werden, und könnte der Mann das „Weib in sich“ akzeptieren, um weniger zerstörend und gefühlseingengt, weniger von Projektionen eigener Aggressionen und Abwehr eigener Ängste beherrscht zu werden?

Ist nicht gerade die künstliche, gesellschaftlich gemachte Verteilung von Weiblichkeit und Männlichkeit Ursache dafür, daß bis heute die Frau als gleichbegabtes *und* gleichberechtigtes Wesen immer noch unterdrückt wird? Wie dem auch sei, dieses Vortasten und Abtasten der verschiedenen Möglichkeiten

gehört m. E. zu jeder Art Wahrheitssuche, die ja nie durch eine endgültige allumfassende Wahrheitsfindung beendet werden kann.

Von Torok u. Rand (1989) wurde Freuds Schwanken in seiner Theorie: „Verführung versus Phantasie“ darauf zurückgeführt, daß Freud in seiner Kindheit existenz- und rufgefährdende Ereignisse in der väterlichen Familie erlebte, die er verdrängte. Diese angsterregende Realität wurde abgewehrt, ihrer Gefährlichkeit beraubt, indem er sie zur Phantasie erklärte. Geringfügige Verfehlungen seiner von ihm als verführerisch erlebten Kinderfrau hingegen, die dafür auf Veranlassung seines Bruders mit Gefängnis bestraft wurde, blieben ihm als Realität im Gedächtnis. Dem läßt sich entnehmen: Freud entschied sich unbewußt für seinen Vater und gegen seine Kinderfrau. Auch das - so könnte man sagen - drückt sich in seinen Weiblichkeitstheorien aus. Die Frauen sind letztlich die Schuldigen, die Verführerischen, die die Verführung durch den Vater nur phantasieren. Noch im Fall Dora übernimmt Freud - zu Unrecht - die Partei von Doras Vater gegen seine Patientin und deren wahrheitsgetreue Aussagen über die Verlogenheit des verführerischen Vaters und seines Komplizen, des Ehemanns seiner Geliebten.

Frauen müssen bekanntlich bis heute darum kämpfen, selbst zu Worte zu kommen. Wir können deswegen gar nicht mißtrauisch genug sein, wenn Männer behaupten, daß unsere Wirklichkeit nur Phantasie sei. Dennoch bleibt es wahr, daß gerade die Erkenntnis von der Bedeutung der Phantasien im menschlichen Seelenleben die Psychoanalyse zu dem gemacht hat, was sie ist, zu einer Wissenschaft, die die Entstehung von Projektionen und Vorurteilen erforscht und uns dadurch von ihnen befreien kann, was auch Befreiung von Sexismus und Rassismus heißt. Ein phantasierter Inzest braucht aber nicht nur Produkt eigener Phantasien zu sein, sondern kann auch eine unbewußte Wahrnehmung väterlicher oder mütterlicher Wünsche sein. Die Rolle, die unbewußte Phantasien im psychischen Haushalt spielen, ihre Beziehung zu irrationalen Verhaltensweisen und irrationalen Schuldgefühlen, kann gar nicht überschätzt werden.

Wie ich verschiedentlich darzustellen versuchte (Mitscherlich 1985, 1990), halte ich die Psychoanalyse für eine in vielem weibliche Art des Wissenserwerbes. Im Gegensatz zur üblichen positivistischen Wissenschaft, die zu Ergebnissen führen soll, die von der Subjektivität des Forschers unabhängig sind, bezieht Freud erstmalig seine eigenen Gefühle und Phantasien wie die seiner Patient/innen in seine Wissenschaft mit ein. Die Methode der „freien Assoziation“ als Grundlage seiner Erkenntnisse verdankte Freud bekanntlich seinen und Breuers ersten Erfahrungen mit Patientinnen.

Psychoanalyse: eine weibliche Wissenschaft?

Angebliche „Objektivität“, die sich Männer immer zu-, und Frauen immer abgesprochen haben, war bis Freud die Grundlage wissenschaftlicher Forschung. Freud, in seinen Forschungen, begab sich auf die Ebene eines bisher eher als „weiblich“ eingestuften Denkens, wenn er mit Hilfe von subjektiven Gefühlen, Phantasien, assoziativen Erinnerungsspuren einer Wahrheit näher zu kommen versuchte, in der das Unbewußte einbezogen wurde. Freud griff die Methode der freien Assoziation - von Anna O. initiiert - begierig auf. Eine Methode, die das Zuhören mit dem „dritten Ohr“, Passivität, feinste Wahrnehmung der eigenen seelischen Regungen wie der der Patienten bedeutet, alles Fähigkeiten also, die bis heute den guten Analytiker ausmachen, die aber seit jeher bei den meisten Menschen eher als weiblich gelten. Mit Hilfe seiner Methode erkannte Freud, daß nicht nur äußere Ereignisse und Erlebnisse sich in der Psyche des Menschen niederschlagen, sondern daß auch bewußte und unbewußte Phantasien für den Menschen eine neue äußere Realität schaffen können, die wiederum verinnerlicht wird, und die die Handlungen und Urteile eines Menschen bestimmen. Mit der Entdeckung dieses Kreislaufs trat erstmals die Bedeutung des Unbewußten und der damit verbundenen Phantasien in den Mittelpunkt einer wissenschaftlichen Forschung.

Ist alles nur Wiederholung kindlicher Erfahrung?

Um dieser komplizierten Beziehung zwischen Realität und Phantasie näher zu kommen, möchte ich mich noch einmal mit dem regressiven Modell der Psychoanalyse beschäftigen. Ist wirklich alles in der frühen Kindheit angelegt? Können wir die Patienten nur verstehen, wenn wir fast alle ihre Störungen auf die frühe Kindheit zurückführen und die Übertragung nur als Wiederholung einer regressiven Beziehung deuten? Dazu bemerkt Erdheim kritisch:

„Zusammen mit der Annahme, die Entwicklung sei durch die Schicksale der frühen Kindheit determiniert, wird das Unbewußte familiär in dem Sinn, als es nur die Spuren der elterlichen Untaten konserviert. Man könnte von einem Dreieck einander stützender Annahmen sprechen: Der Determinismus der frühen Kindheit begründet die regressive Ausrichtung der Analyse und schränkt den Blick auf Papa und Mama im Unbewußten ein. Das familialisierte Unbewußte einerseits begründet den regressionsauslösenden Einsatz der Psychoanalyse und beweist den Determinismus der frühen Kindheit“ (Erdheim 1990).

Im Leben eines Menschen hängen bei dieser Sicht der Dinge dann alle späteren Beziehungen und Verhaltensweisen mit der frühen Beziehung zu den Eltern und den Geschwistern zusammen. Wir sind lebenslänglich Gefangene unserer Kindheit, so wie die Gesellschaft ein Abklatsch der Familienstruktur ist. Gesellschaftliche Zwänge, die mit der Familie nichts zu tun haben, eine Möglichkeit zu neuem kulturellen Erleben, zu einer Strukturänderung der Persönlichkeit, zur Erweiterung des Wissens von sich und seinen Mitmenschen, zu einer Wahrnehmungsfähigkeit von Dingen, die nur ein Erwachsener sehen und verstehen kann, wird dann ausgeschlossen, wie auch die Bedeutung von Traumata, die in und nach der Pubertät das Leben eines Menschen behindern oder zerstören können.

„Es ist ein Paradox der psychoanalytischen Forschung“, so Erdheim, „daß ihr Gegenstand, das Unbewußte, sich immer neu bildet; es gleicht einem Kontinent, der in ständiger Veränderung begriffen ist (1990).“

Erkenntnisse, die in das allgemeine Bewußtsein einer Gesellschaft eingehen, verändern das Unbewußte, aber verändern auch die Gesellschaft. Veränderte Vorstellungen von dem, was als „männlich“ und „weiblich“ angesehen wird, haben das Bewußte, aber auch das Unbewußte unserer Gesellschaft erreicht und diese bereits mehr verändert als manche wahrhaben wollen. Aber täuschen wir uns nicht, auch wenn uns die Landkarte unserer Gesellschaft einigermaßen vertraut ist, so stoßen wir schon im Osten unseres Landes auf psychische Landschaften, deren Geographie es erst noch zu erforschen gilt. Gesellschaften gleicher Herkunft und gleicher Sprache brauchen offenbar nur 45 Jahre eines unterschiedlichen Systems und unterschiedlicher Werte und Umgangsformen, um das Unbewußte seiner Mitglieder zu verändern. Oder einfacher: Der Ex-DDR im Gegensatz zum Westen gelang nach dem Zusammenbruch des Hitlerreiches nicht, ihre Depression mit Hilfe eines manischen Wiederaufbaus, mit Hilfe des Wirtschaftswunders abzuwehren. Heute macht das Gros der Bevölkerung in den neuen Bundesländern einen recht depressiven Eindruck mit den entsprechenden, teilweise durchaus sympathischen Verhaltensweisen. Die „Ossis“ scheinen sich von dem Schock des Zusammenbruchs aller Ideale, von der Entidealisierung des „real existierenden Sozialismus“ noch nicht erholt zu haben. Wir haben es mittlerweile mit zwei Kulturen zu tun, was der eigenen Kultur quasi selbstverständlich geworden ist, ist der anderen fremd und vice versa.

Erdheim (1990) und andere erinnern bei ihrer Argumentation gegen das familiär-regressive Modell der Psychoanalyse daran, daß Freud selbst von einer zweiphasigen Entwicklung des Menschen spricht. Die kindliche Sexualität ist eine andere als die erwachsene. Die Pubertät leitet den Wandel ein, und nicht nur aus biologischen Gründen, sondern eben auch aufgrund der Wahrnehmung einer anderen außerfamiliären Welt. Viele der Identifikationen mit den Erwachsenen, die in der

ödipalen Phase eingegangen werden, lösen sich in der Pubertät auf, um Platz für neue Identifikationen zu schaffen, um Abschied von alten kindlichen Einengungen und Vorurteilen zu nehmen.

Wenn alles, was wir tun und erleben nur Folge unserer Kindheitserfahrungen sein soll, wenn äußere pubertäre und nachpubertäre Einflüsse auf unser Leben ohne Bedeutung sein sollen, können wir in uns und unseren Patienten die komplexen Einflüsse nicht wahrnehmen, denen sie im Laufe des Erwachsenwerdens ausgesetzt sind. Wir bleiben dann Gefangene unserer Kindheit. Die Fähigkeit zu immerwährenden Veränderungen, zu Autonomie, zu sich erneuernder Kreativität wird verleugnet. Das führt dazu, daß im Altern und Alter nur Wiederholungen wahrgenommen werden können oder endgültige Regressionen zu kindlichen Entwicklungsphasen. Konflikte, die in jeder Lebensphase sich neu bilden, andere Lösungsmöglichkeiten fordern, die mit neuen Identifikationen und Einsichten einhergehen, die ungeheure Wirkung der jeweiligen Kultur auf uns, werden in der sich auf Regression einschränkenden Psychoanalyse weitgehend übersehen.

Erdheim erinnert daran, daß nicht nur die biphasische sexuelle Entwicklung von solchen Psychoanalytikern verdrängt wird, die alle späteren Entwicklungen auf die frühen Kindheitsphasen zurückführen, sondern auch der so wichtige Antagonismus zwischen Kultur und Familie. Bei dieser Art des Denkens wird die Gesellschaft ausschließlich nach dem Modell der Familie interpretiert. Eine äußere Realität, die sich von der familiären unterscheidet, und die für das Individuum von neuer, dynamischer oder auch zerstörerischer Bedeutung ist, die ganz anderen als den familialen Gesetzen und Mechanismen folgt, wird verleugnet.

Bedeutung und Funktion der Adoleszenz

Erst in der Pubertät entwickeln wir die überaus bedeutsamen Fähigkeiten zur Selbstreflexion und zum Selbstzweifel. Damit ist die Fähigkeit zu trauern, die Fähigkeit, mühsamen und schmerzlichen Abschied von bisherigen Beziehungen und Idealen zu nehmen eng verbunden. Eine neue Offenheit entsteht, eine Art Verflüssigung bisheriger Identifikationen.

In der ödipalen Phase und in der Latenz wird Anpassung an familiäre Strukturen gefordert, in der Adoleszenz muß man sich davon wieder befreien und sich der erweiterten Dynamik der Kultur stellen. Die Pubertät ist eine „zweite Chance“ (Eissler 1958), die uns von familiären Fixierungen und Einengungen befreien kann. Neue Objekte können besetzt werden. Hand in Hand mit dem Wirklichkeitssinn entwickeln sich Kritik und Selbstkritik und damit die Fähigkeit zu einer neuen Art des Denkens und Urteilens.

Der Adolescent/in ist begierig auf andere Lebensformen, die Lust an Erkenntnis und Wahrheitssuche entwickelt sich, es sei denn, daß er/sie durch Traumata oder durch Verbote und Liebesentzug daran gehindert wird. Normalerweise wird diese pubertäre Neugier auch unterstützt durch die sexuellen Impulse, die das Individuum weg von der Familie und den inzestuösen Gefahren auf die Suche nach neuen Liebesobjekten treiben (Erdheim 1990).

Wenn aber mit der Verführung durch den Vater oder Vaterfiguren in der Pubertät ödipal-inzestuöse Phantasien verwirklicht werden, tritt eine Stagnation in der Entwicklung ein, die Fixierung an die ödipale Phase bleibt bestehen, die Offenheit für neue Identifikationen ist gering. Die Bindung an Vaterfiguren führt zu Infantilität und dem wütenden oder melancholischen Gefühl, am Leben vorbeigegangen zu sein.

Bei allem lebenserweiternden Vorwärtsstreben in der Adoleszenz bleibt wahr, daß Vergangenheit abgeschlossen werden muß, bis Gegenwart hergestellt werden kann. Auch diese Trauerarbeit kann erst im Laufe der Pubertät wirklich zum Zuge kommen, nachdem alte Identifikationen aufgegeben werden.

Und damit wären wir wieder bei unserem Thema: Sex und Liebe in der Psychotherapie. Haben wir es in der Analyse von Patienten/innen, die ihren Analytiker/in verführen wollen, mit Vorgängen zu tun, die auf die ödipale Phase zurückführen, oder mit solchen, die Ausdruck pubertärer Wünsche nach Erweiterung von Identifikationen und nach Erfahrungen mit neuen Liebesobjekten sind? Auch wenn das eine mit dem anderen in Verbindung steht, sollte der Analytiker mit offenen Ohren zuhören, um zu verstehen, welche Bedürfnisse und Erinnerungen, die den Patienten selbst unbewußt geworden sind, diese mit ihren Phantasien und Verführungswünschen offenbaren möchten. Unsere Deutungen treffen die seelische Wirklichkeit unserer Patienten nur halb, wenn sie sich auf regressive ödipale oder präödipale Wünsche oder Traumata beschränken, sie können deren psychische Aktualität nur erreichen, wenn sie auch die progressiven Trieb-, Befreiungs- und Erkenntniswünsche des/der Patienten verstehen und fördern.

Liebe und Wahrheit in der Psychotherapie

Welche Rolle spielt nun die Liebe in der Psychotherapie? Sie zeigt sich m. E. darin, ob und wieweit der Therapeut/in bereit und fähig ist, sich in den Patienten/Patientin so weit einzufühlen, daß auch das „Hier und Jetzt“, die in den Entwicklungsphasen unterschiedlichen und legitimen Bedürfnisse nach Erweiterung und Befreiung erfaßt und entsprechend verstanden werden können. Liebe in der Psychotherapie wäre dann gleichgesetzt mit der Fähigkeit, unvorein-

genommen zuzuhören und nicht von eigenen Bedürfnissen, vorgefaßten Meinungen und Theorien sich die Ohren verschließen zu lassen.

Die Befreiung von Projektionen und Denkeinschränkungen, von Zwängen im Umgang mit den eigenen Triebbedürfnissen, die kritische Öffnung zur inneren und äußeren „Welt“, d. h. die Erweckung der Lust an neuen Erkenntnissen und Erfahrungen ist schließlich das wichtigste Ziel des analytischen Prozesses. Mit einer aktiven sexuellen Befriedigung durch den Therapeuten hat das nichts zu tun, im Gegenteil.

Aber wir sollten uns als Analytiker nicht idealisieren. Mit der Einfühlung, mit dem unmittelbaren Kontakt vom Unbewußten des Therapeuten zu dem des/der Patienten/in droht die Gefahr der allzugroßen Nähe, können regulierende Ich-Funktionen zusammenbrechen.

„Von der rigiden Abstinenzhaltung des überkorrekten Analytikers bis zur Einfühlungslosigkeit ist nur ein kleiner Schritt“ (Cremerius 1988) oder „vom neutralen Analytiker zum Neutrum ist nur eine sehr kurze Distanz“ (Paula Heimann 1978).

Was in der Praxis der Psychoanalyse eine Gradwanderung zwischen allzugroßer Nähe und pseudokorrekturer Rigidität ist, mag in der Theorie unkritische Originalitätssucht einerseits, versus Heiligerklärung bestehender Theorien andererseits sein.

Psychoanalytische Theorien sollten nie als endgültige Wahrheit betrachtet werden. Freuds Theorie der Weiblichkeit ist, um es zu wiederholen, in vielem von einer männlichen Sicht gesehen und von männlichen, auf Frauen projizierten Phantasien geprägt. Die Angst vor der „wildem Sexualität“ der Frau ist eine Projektion der eigenen gewalttätigen Sexualität und führte zu einer Unterdrückung der Frau und ihrer Sexualität. Die Angst des Therapeuten vor seiner Patientin, der Wunsch, sie zu kontrollieren und abhängig zu machen, kann die Ursache für so manche Verführung auf der Couch sein. Mit diesen männlichen Projektionen wird aber auch die Angst vor der eigenen Sehnsucht nach dem frühen Paradies der Symbiose, nach der Rückkehr in den Mutterschoß abgewehrt. Vielleicht wurde auch darum die von Platon erdachte Phantasie einer menschlichen Vollkommenheit als Androgynie bezeichnet, d. h. als ein im Ursprung männliches Wesen, das, indem es sich die Weiblichkeit aneignet, endgültig von Frauen unabhängig wird.

Mit der psychoanalytischen Methode werden Verdrängungen aufgehoben, mit der Folge, daß Erinnerungen dem Bewußtsein wieder zugänglich werden. Dadurch gelang es vielen Frauen, sich ihrer Situation bewußter zu werden und sich ihre Geschichte anzueignen. Was bisher auf die verschiedenen Geschlechter verteilte Eigenschaften waren, kann in einem Menschen, gleich welchen Geschlechts, zusammenfließen. Ich möchte noch einmal betonen, daß es bei dieser Art von um-

fassender Persönlichkeitsentwicklung darum geht, daß Frauen sich ihre Identifikationen mit bisher als männlich angesehenen Eigenschaften bewußt machen, und wenn sie diese für sich akzeptieren, auch nutzen und sich nicht einschüchtern lassen. Der Kampf um die innere und äußere Emanzipation ist nun einmal mit der sich entwickelnden Fähigkeit der Frau zu Selbständigkeit, zu Entscheidungs- und Konfliktfähigkeit, zu Humor, Selbst- und Fremdkritik, zu Friedlosigkeit und Widerstand, aber auch zu Lust an Einfluß und last not least an ihrer Sexualität verbunden, also mit bisher vielfach als „männlich“ angesehenen Eigenschaften und Möglichkeiten. Das sollte Frauen nicht abschrecken, auch wenn ihre konservativen männlichen Kollegen sie dann als „phallisch“ oder „penisneidisch“ bezeichnen und ihnen vorwerfen, daß die Emanzipation den Untergang ihrer Weiblichkeit bedeute.

Neues Nachdenken über Theorie und Praxis der Weiblichkeit ist überall auf dem Wege. Damit werden wir gleichzeitig mehr über die auf Frauen projizierten Männerängste und Männerphantasien erfahren. Die Psychoanalyse erstarrt zur Ideologie, wenn sie kulturelle Prozesse in ihrer Wirkung auf die psychische Entwicklung beider Geschlechter außer acht läßt und eine ahistorische Einstellung zu den Entwicklungsphasen beibehält, oder wenn sie einerseits Frauen als Mangelwesen ansieht, andererseits idealisierten Klischees von Weiblichkeit und Mütterlichkeit anhängt. Mit der Binsenwahrheit, daß eine Wissenschaft ihre Überzeugungskraft verliert, die nicht stetig über sich selbst nachdenkt und sich eigener wie fremder Kritik stellt, möchte ich schließen.

Literatur

- Cremerius J (1988) Maxime und Realität. In: Verführung auf der Couch. Kore, Freiburg i Br
- Eissler KR (1958) Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversionen. *Psyche* 20 : 837-872 (1966)
- Erdheim M (1990) Wie familiär ist der Psychoanalyse das Unbewußte? Über homogene und heterogene Psychoanalyse. In: Röhde-Dachser Ch (Hrsg) *Zerstörter Spiegel*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Heimann P (1978) Über die Notwendigkeit für den Analytiker, mit seinem Patienten natürlich zu sein. In: Drews S (Hrsg) *Provokation und Toleranz*. Alexander Mitscherlich zu Ehren. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Masson JM (1984) Was hat man dir, du armes Kind, getan? Rowohlt, Reinbek
- Miller A (1981) *Du sollst nicht merken*. Suhrkamp, Frankfurt aM

- Mitscherlich M (1985) Die friedfertige Frau. Fischer, Frankfurt aM
- Mitscherlich M (1990) Über die Mühsal der Emanzipation. Fischer, Frankfurt aM
- Nitzschke B (1991) Freuds Vortrag: „Wir und der Tod“ von 1915. Psyche 45 : 97-131
- Torok M, Rand N (1989) Geschichte der Psychoanalyse als Erinnerungsspur über die Herkunft der Freudschen Begriffe „Verführung“ und „Phantasie“. In: Brede K (Hrsg) Was will das Weib in mir? Kore, Freiburg i Br

Liebe und Haß im Leben des Paares

Martin S. Bergmann

Das lateinische Sprichwort „Amor omnia vincet“: Der Gott der Liebe siegt über alles, ist Ihnen sicher wohlbekannt. In diesem Beitrag werde ich Ihnen die traurige Nachricht bringen, daß dieses Sprichwort eher zu der Romantik der Liebe gehört, als eine psychologische Tatsache darstellt. Ich werde mich mit der Frage beschäftigen, wer die Feinde der Liebe sind, und warum sie nicht immer siegreich ist. Aber zuerst möchte ich etwas über das Wesen der Liebe sagen.

Die Psychoanalyse selbst hat nicht versucht die Liebe zu definieren, aber dafür haben Dichter und Philosophen diesen Versuch oft gemacht. Noch aus meiner Kindheit kommen mir zwei Zeilen, die ich vor sicher über 50 Jahren irgendwo gelesen habe. Der Name des Dichters ist mir nicht in Erinnerung geblieben.

Die Liebe, je mehr sie gibt, je mehr bekommt sie wieder.
Darum versiegen nie des echten Dichters Lieder.

Die Zeilen haben mich damals wahrscheinlich stark beeindruckt, aber wenn ich sie jetzt nüchtern betrachte, merke ich, daß die Liebe des Dichters nicht an die Geliebte geht, sondern des Dichters eigenen Gedichten gewidmet ist. In der psychoanalytischen Praxis merken wir oft, daß unsere Patienten klagen, daß sie in einer Liebesbeziehung mehr geben als sie bekommen. Diese Tatsache zeigt uns, daß die Liebe gegen eine andere Kraft kämpfen muß. In diesem Fall ist es der Kampf gegen die Selbstliebe.

Das zweite Gedicht, an das ich mich erinnere, ist das berühmte Gedicht Goethes:

„Nur uns armen liebevollen Beiden, ist dieses
ewige Glück versagt, uns zu lieben, ohne uns zu
kennen. Im andern sehen, was er nie war.“

Hier klagt der Dichter, daß er die Geliebte nicht genügend idealisieren kann, daß die Realität droht, die Illusion der Liebe zu zerstören. Wir lernen von diesem Gedicht,

daß die nähere Kenntnis der Geliebten oder des Geliebten die Liebe in Gefahr bringen kann.

Eine der berühmtesten Definitionen der Liebe finden wir bei Schopenhauer: Er beschreibt die Liebe als eine Sehnsucht, die sich mit der Vorstellung des Besitzens einer Frau verbindet, die dem Mann unendliche Wonne verspricht. Es ist Tatsache, daß wenn diese Möglichkeit nicht stattfinden kann, ein unaussprechliches Leid entsteht. Roland Barth hat es auf eine ähnliche Weise ausgedrückt. Er sagt:

„Ich treffe Millionen Körper; von denen erwecken ein paar Hunderte in mir sexuelle Lustgefühle. Aber nur einer erweckt die Liebe.“

Die Liebe gibt der Lust ihre Einzigartigkeit.

Ich möchte Sie noch auf Cherubinos berühmte Arie aus Mozarts „Figaro“ aufmerksam machen. Cherubino fragt „Sagt uns, die Ihr wißt, was Liebe ist?“ (Voi che sapete che cosa e amor). Ich will Sie daran erinnern, daß diese berühmte Frage von einem Jugendlichen gestellt wird. Es ist ein junger Mann, dessen Geschlechtsidentität noch im Schwanken ist, ein Jüngling, den man als eine Mischung zwischen einem Narziß und einem Adonis beschrieben hat. Wenn er eine Frau lieben kann, selbst wenn sie viel älter ist als er und zu einer höheren sozialen Schicht gehört, hat er trotzdem durch die Verliebtheit einen wichtigen Schritt in die Richtung der Männlichkeit gemacht. Was uns auch interessieren sollte, ist die Tatsache, daß die Liebe so häufig mit einem Fragezeichen erscheint, während man ziemlich sicher ist, wenn man andere Gefühle hat. Wenn man z. B. Haß oder Angst empfindet, ist man sich dieser Gefühle sicher. Wir können aus dieser Tatsache lernen, daß die Liebe vielleicht doch nicht aus einem Gefühl besteht, und daß sie nur bewußt wird nach einem längeren oder kürzeren inneren Kampf.

Von allen Dichtern und Philosophen lernen wir, daß man immer nur einen Menschen lieben kann. Wir Therapeuten sind nicht darauf vorbereitet, was uns die klinische Welt oft zeigt. Nämlich, daß man mehr als einen Menschen gleichzeitig lieben kann, und daß es Leute gibt, denen die Entscheidung, wen sie eigentlich lieben, schwerfällt.

Ich möchte zuerst die Frage aufgreifen, warum die Liebe so eine entscheidende Rolle in unserem Leben spielt? Es gibt zwar Menschen, die behaupten, daß sie die Liebe nicht vermissen. Wir bezeichnen solche Leute als narzißtisch. Mit Freud behaupten wir, daß in diesen Menschen die Spannung zwischen Ich und Ich-Ideal nicht stattgefunden hat. Sie sind ihr eigenes Liebesobjekt. Auch wenn sie sich selbst hassen, bleiben sie immer noch im Rahmen des Selbst. Eine Fähigkeit zur Objektbeziehung fehlt ihnen.

Es gibt auch Menschen, die ihren Trieb nach Liebe sublimiert haben. Sie lieben Gott oder ein soziales Ideal, Kunst oder Wissenschaft. Für die irdische Liebe

zu einem anderen Menschen, behaupten sie, kein Interesse zu haben. Außer diesen Ausnahmen aber empfinden die meisten Menschen eine tiefe innere Notwendigkeit, zu lieben und geliebt zu werden.

Die Arbeit des Psychoanalytikers René Spitz hat uns geholfen, die Notwendigkeit der Liebe besser zu verstehen. Spitz hat Säuglinge in einem Waisenhaus beobachtet, die zwar gute Ernährung und gute Pflege erfahren haben, aber denen nicht die Möglichkeit gegeben wurde, eine Beziehung mit einem Erwachsenen aufzubauen. Diese Säuglinge wurden deprimiert, entwickelten einen Todeswunsch, der Marasmus genannt wird, und starben. René Spitz hat nicht die philosophischen und psychologischen Schlüsse aus dieser Arbeit gezogen. Aber sie sind klar: Um zu existieren braucht der menschliche Säugling nicht nur Pflege, sondern auch Liebe. Wir Menschen kommen nicht in die Welt mit dem starken Wunsch zu leben. Wir müssen sozusagen überredet werden, ins Leben einzutreten. Irgendwie hat die Natur vergessen, uns genetisch einen genügend starken Lebenswunsch zu geben. Aus diesem Gedankengang entstand auch Freuds Theorie, daß es zwei mächtige Triebe gibt: Der Trieb zur Liebe, und der Drang nach dem Tod. Wenn aber das menschliche Kind genügend Liebe bekommt, entwickelt es eine Lebensfreude, die ihm oft in schweren Krisen beistehen wird. Als Erwachsene scheinen wir diese Notwendigkeit, zu lieben und geliebt zu werden, immer weiter zu brauchen.

Der Psychoanalytiker Michael Balint hat drei Bedingungen beschrieben, die die Liebe kennzeichnen. Erstens, Idealisierung: Wenn wir jemanden lieben, sehen wir ihn als schöner, gescheiter, lebenswürdiger, seelisch reicher an als andere, die denselben Menschen kennen. Zweitens, die Liebe verbindet Zärtlichkeit mit Lust. Bei uns Menschen ist der sexuelle Trieb an und für sich nicht zärtlich. Nur die Liebe verbindet Zärtlichkeit mit sexueller Lust. Drittens, in der Liebe finden wir gegenseitige Identifikation. Die Frau, die liebt, projiziert ihre maskulinen Wünsche auf den Mann, den sie liebt. Und der Mann projiziert gleichfalls seine femininen Wünsche auf die Frau. Es ist auch wohl bekannt, daß sich in der Liebe eine Frau femininer und ein Mann maskuliner fühlt als vorher.

In der Homosexualität sollte das schwerer sein, aber homosexuelle Paare behaupten, daß sie gegenseitig die Rolle des Mannes und des Weibes annehmen, und daß die Liebe innerhalb der homosexuellen Beziehung ähnlich ist wie in der heterosexuellen Liebe.

In meinem Buch *The anatomy of loving* habe ich betont, daß es Freud gelungen ist, etwas wesentlich Neues über die Liebe zu entdecken, was Dichtern und Philosophen nicht gelungen ist, zu erkennen. Die Entdeckung war um so merkwürdiger, als Freud nicht nach dem Rätsel der Liebe gesucht hat. Die Liebe selbst ist freiwillig sozusagen unerwartet in sein ärztliches Konsultationszimmer eingetreten. Freud wollte nur die Neurosen studieren. Er wollte verstehen, warum gewisse Menschen, die körperlich gesund sind, trotzdem eine seelische Krankheit

entwickelten. Er war erstaunt zu finden, daß seine Patientinnen zu ihm, der eigentlich nur ein Forscher war, eine Art von Liebe entwickelten. Er nannte diese Liebe Übertragung. Zuerst war er über die Komplikation verdrossen. Er empfand sie als Störung der Arbeit, aber langsam lernte er, daß die Übertragung eine ungeheure Kraft hat, den Patienten zu motivieren, gesund zu werden.

Durch das Untersuchen der Übertragung kam Freud zu einer neuen Erkenntnis: „Jedes Finden in der Liebe ist ein Wiederfinden“. Der Glaube, daß die Liebe blind sei, ist nur ein Irrtum unseres Bewußtseins. Bewußt wissen wir nicht, warum wir diese Person ausgewählt haben, um uns in sie zu verlieben. Aber in unserem Unbewußten wissen wir das ganz genau. Wir verlieben uns in jemanden, der uns an die ersten Objekte unserer Liebe als Kind erinnert. Wir verlieben uns zuerst in Mutter, Vater, Geschwister oder jemanden anderen, der für uns als Säugling und Kind sorgte. Als Erwachsene finden wir diese Liebe wieder in jenem, der uns an diese ersten Objekte erinnert. Dieses Wiederfinden kann oberflächlich sein, d. h. man findet eine Ähnlichkeit des Gesichts; oder derselbe Vorname kann für die Liebe entscheidend sein. Aber das Wiederfinden hat oft tiefere Gründe. Wir finden neue Menschen, die im Charakter, der Art des Lebens, an diese früheren Objekte erinnern. Eine Frau z. B., deren Vater Alkoholiker war, findet wieder einen Mann, der Alkoholiker ist. Sie versucht dann, genau wie damals ihre Mutter, den Alkoholiker zu bekehren oder eine Frau, die ein Zwilling war und mit dem Bruder oft gestritten hat, findet einen Mann, den sie genauso wie den Bruder behandeln kann.

Sie werden wohl gemerkt haben, daß das Wiederfinden nicht immer nur auf Liebe basiert. Es kann ambivalent sein, wenn unsere ersten Beziehungen auch ambivalent waren.

Eine besondere Schwierigkeit in der Liebe hat auch Freud betont. Die Suche nach dem Wiederfinden der Eltern kann auch das Wiederfinden des ödipalen Tabus mit sich bringen. Ein solches Wiederfinden birgt die Gefahr, daß Liebe und Sexualität nicht gut zusammengehen. Solche Menschen können nur Leidenschaft finden, wo sie nicht lieben, und Liebe ohne Leidenschaft erleben.

Theoretisch ist es Freud nicht gelungen, dieses Paradoxon zu lösen. Wenn wir, um uns zu verlieben, Ähnlichkeit mit dem älteren Liebesobjekt wiederfinden müssen, dann stellt sich die Frage, wie dieses Wiederfinden stattfinden kann, ohne gleichzeitig das inzestuöse ödipale Verbot wieder ins Leben zu rufen. 1924 schrieb Freud eine kleine Arbeit, die er *den Untergang des Ödipuskomplexes* nannte. Dort betonte er, daß es nicht genügt, wenn der Ödipuskomplex nur unterdrückt wird. Er muß, wenn man von der Neurose nicht belastet bleiben will, „untergehen“. Theoretisch war es nie klar, welcher Unterschied zwischen unterdrückt und untergegangen wirklich besteht.

In einer früheren Arbeit (1980) habe ich behauptet, daß im Zustand der Verliebtheit intrapsychisch zwei Vorgänge stattfinden. Erstens, wie Freud schon behauptete, werden große Quantitäten von narzißtisch fixierter Libido auf die Geliebte übertragen. Aus diesem Grund ist die Idealisierung in der Liebe so wichtig. Zweitens, die Liebe lockert auch die früheren Beziehungen, und die Liebe oder Libido, die noch auf frühere Liebesobjekte fixiert war, wird jetzt im Zustande der Verliebtheit auf das neue Objekt übertragen. Darum erzählen viele Neuverliebte einander so gerne von ihren früheren Liebesbeziehungen. Der Zweck solcher Gespräche ist, einander zu helfen, die früheren Objekte von der libidinösen Besetzung zu befreien.

Kernberg (1991) hat kürzlich versucht, auf eine neue Art das Paradoxon, das Freud nicht lösen konnte, zu lösen. Er behauptet, daß das neue Liebesobjekt das alte nur symbolisiert. Um die Fähigkeit zu haben, etwas zu symbolisieren, müssen wir zwar die Ähnlichkeit zwischen den alten und neuen Liebesobjekten erleben, aber gleichzeitig müssen wir auch die Fähigkeit haben, den Unterschied ebenso klar zu fühlen. Nur wenn dieser Unterschied psychologisch nicht stattfindet, werden beide Objekte im Unbewußten als identisch erlebt.

Zu diesen Beobachtungen möchte ich noch hinzufügen, daß Paare, die vor der Ehe ein sexuell befriedigendes Leben führten, nach der Heirat die sexuelle Leidenschaft verlieren. Eine Ehe ist natürlich etwas ganz anderes als eine Liebesbeziehung, und viele Bedingungen können dazu beitragen, daß sich die Beziehung nach der Ehe verändert. Aber häufig hat die Veränderung mit dem ödipalen Tabu zu tun. Mit der Heirat haben wir dasselbe erreicht, das unsere Eltern erreicht haben. Und als Kinder haben wir oft behauptet, daß Vater und Mutter das sexuelle Glück nicht kennen. Wenn wir verheiratet sind, versuchen wir in unserem Unbewußten diese kindlichen Vorstellungen in uns selbst wieder aufzubauen.

Ein besonders trauriger Fall fällt mir ein: Ich habe einen 50jährigen Junggesellen in Analyse gehabt, der in seinem Leben noch nie eine ganze Nacht mit einer Frau verbracht hatte. Einmal ging er mit seiner Schwester in ein kleines Geschäft. Die Verkäuferin glaubte, daß die Schwester seine Frau sei. In diesem Moment entstand in ihm die Zwangsvorstellung, daß die Verkäuferin seine Frau werden müsste. Und wirklich gelang es ihm, diese Verkäuferin zu heiraten. In diesem Fall bestand die Heirat nur aus der Flucht vor den inzestuösen Wünschen der Schwester.

In meinem Buch *The anatomy of loving* (1987) habe ich die Gedanken Freuds weiterentwickelt. Ich betonte, daß hier noch andere Schwierigkeiten entstehen können. Das Schicksal vieler Patienten besteht darin, daß mehr als eine Figur gleich wichtig ist. Eine Mutter und eine Großmutter können z. B. von ähnlicher Bedeutung für das Kind sein. Oft kann es auch geschehen, daß Mutter und Großmutter das Kind ganz anders behandeln. In so einem Fall kann es passieren, daß der

Erwachsene, Mann oder Frau, das Bild der Mutter mit dem Bild der Großmutter nicht verschmelzen kann. Unter solchen Umständen fällt es diesem Menschen schwer, alle Liebe auf eine Person zu konzentrieren.

In meiner Rolle in Woody Allens Film „Crimes and Misdemeanors“ habe ich noch eine andere Schwierigkeit betont. Wir verlangen von der Person, die wir lieben, nicht nur, daß sie uns an ein früheres Liebesobjekt erinnert, sondern auch, daß der Erkorene die psychischen Wunden, die uns die früheren Objekte zugefügt haben, heilt. Aus dieser Schwierigkeit entsteht ein Widerspruch, da ein Mensch unmöglich beide Funktionen zugleich erfüllen kann. Wenn die Eltern z. B. grausam waren und das Kind nicht geschätzt oder verstanden haben, verlangt das Wiederfinden, daß wir einen Menschen wiederfinden, der das tun kann; aber der Wunsch nach Heilung fordert, daß uns jemand mit Liebe behandelt. Wenn wir jetzt diesem Wunsch nachgeben, bleibt der Drang nach Wiederfinden unbefriedigt. In einem solchen Konflikt kann man auch zwei sehr verschiedene Liebesobjekte zur gleichen Zeit oder nacheinander suchen.

Wir haben von der Psychoanalyse gelernt, daß psychische Wunden nur schwer und langsam heilen. Wenn traumatische Ereignisse stattgefunden haben, entsteht eine psychische Struktur, die diese Wunden weiterleben läßt und der Heilung Widerstand leistet. Auch wenn der Wunsch nach Heilung stark genug ist, um so ein Objekt zu finden, heißt es noch lange nicht, daß wir dem anderen Menschen die Möglichkeit geben werden, den Heilungsprozeß wirklich hervorzubringen. Die Psychoanalyse hat uns gelehrt, die Kraft des Widerstandes nicht zu unterschätzen. Wenn es aber dem Liebesobjekt nicht gelingt, solche Wunden zu heilen, entsteht eine gewisse Verzweiflung und die Hoffnung, daß man ein glückliches Leben finden kann, verwandelt sich langsam in Aggression. Die Anklage lautet ungefähr so: „Du hast in mir Hoffnungen erweckt. Du hast mir versprochen, daß das alte Leid meiner Kindheit sich auflösen wird, und daß ich mit Dir glücklich sein kann. Dieses Versprechen hast Du nicht halten können. Ich hasse Dich, weil Du in mir Hoffnungen erweckt hast, die Du nicht erfüllen konntest.“

In den letzten Jahrzehnten haben wir viel über die frühe Kindheit gelernt, was Freud noch nicht gewußt hat. Diese neuen Erkenntnisse können uns auch etwas Neues über die Liebe lehren. Wir wissen oder glauben zu wissen, daß am Anfang des Lebens der Säugling nicht zwischen sich selbst und der Mutter unterscheiden kann. Er fühlt sich als ein Teil der Mutter und fühlt die Mutter als einen Teil von sich selbst. Die Analytikerin Margaret Mahler hat diesen Zustand als die symbiotische Phase bezeichnet. Und obwohl diese Phase wieder durch die Arbeit Daniel Sterns in Frage gestellt ist, scheint es doch zu stimmen, daß wir in der Liebe diese symbiotische Phase wieder suchen. Sogar der Philosoph Plato erzählte den Mythos, daß die Menschen in einem frühen Zeitalter als doppelte Menschen lebten. Sie hatten zwei Köpfe, vier Hände, vier Füße und zwei Geschlechtsorgane.

Die Götter fürchteten sich vor diesen Doppelmenschen und haben sich entschlossen, diese Menschen in zwei Teile zu schneiden. Seitdem sucht jeder Mensch die andere Hälfte, mit der er einmal verbunden war. Die Ähnlichkeit dieses Mythos, mit dem, was die Psychoanalyse herausgefunden hat, ist klar: In der Liebe versuchen wir die Symbiose wiederzufinden.

Diesen Drang nach Vereinigung und nach der Auflösung der Individualität hat auch schon Nietzsche erkannt. Er hat diesen Drang als das Dionysische im Menschen bezeichnet. In den Überlegungen von Margaret Mahler kommen nach der Symbiose weitere Stufen der Entwicklung, die sie als Separation-Individuation bezeichnete. Eine Phase, die sie als „Rapprochement“ (Wiederannäherung) bezeichnete, ist von besonderer Wichtigkeit. In dieser Phase versucht das Kind, sich von der Mutter zu trennen. Es läuft sozusagen immer von der Mutter weg. Aber wenn das Kind sieht, daß es zu weit entfernt ist, läuft es zurück, und wenn es die Mutter nicht findet, entsteht eine besondere Angst, die wir als Trennungsangst bezeichnen. Wenn die eine oder andere Phase in der Entwicklung in unserer Kindheit mißlungen ist, werden wir Schwierigkeiten in der Fähigkeit zu lieben erleben. Um mit der Symbiose anzufangen: Die Sehnsucht nach der symbiotischen Vereinigung soll uns bewahrt bleiben, aber dieses Verlangen soll nicht so stark sein, daß es unser Leben beherrscht. Wenn der Drang nach Symbiose zu stark ist, verträgt der Liebende keine Trennung. Ich kenne aus meiner analytischen Arbeit einen Fall, in dem eine Frau eifersüchtig auf die Geige ihres Mannes war. Sie konnte es nicht ertragen, daß er stundenlang übte, obwohl er Musiker von Beruf war. Auch andere Stufen sind für die Liebe wichtig. Wenn z. B. die Wiederannäherungsphase nicht in der Kindheit verarbeitet wurde, wird sie wiederholt. In so einem Fall sucht ein Mann eine Frau, aber in dem Moment, in dem er sie findet, erwacht in ihm der Wunsch, wieder von ihr wegzugehen. Im allgemeinen hat Mahler betont, daß wir in unserem Leben die Mutter der Symbiose suchen, aber die Mutter, die uns zu verschlingen droht, vermeiden wollen.

Irgendwann in dieser Entwicklung entsteht der bedeutende Moment, in dem das Kind zum ersten Mal erkennt, daß die Mutter nicht da ist. Freud hat behauptet, daß das Kind dann versucht, die Gegenwart der Mutter zu halluzinieren. Nur wenn die Mutter länger weg bleibt, erkennt das Kind langsam und mit viel Schmerz, daß die Halluzination die Mutter nicht zurückbringt. Da entsteht eine große Enttäuschung. Aber das Kind lernt dadurch zu erkennen, daß seine Wünsche nicht allmächtig sind. Auf diese Weise lernen wir zu phantasieren, und mit der Zeit erkennen wir auch den Unterschied zwischen Phantasie und Realität. Wenn das Kind die Tatsache akzeptiert, daß die Mutter nicht da und nicht herbeizuwünschen ist, entsteht zum ersten Mal das Gefühl der Sehnsucht. Und man kann wirklich sagen, wer die Sehnsucht nicht kennt, der kennt auch die Liebe nicht. Wenn die Mutter nicht allzulange wegbleibt, verwandelt sich die Sehnsucht in ein jubelndes Gefühl des Wiedersehens. Bleibt die Mutter zu lange weg, verwandelt sich die Sehnsucht in

Trauer und später in Melancholie. Wenn das geschieht, bringt die Wiederkehr der Mutter keine Freude mehr.

Wenn wir die großen Werke über die Liebe, wie z. B. Romeo und Julia, Werthers Leiden oder Tristan und Isolde studieren, so wird es uns nicht schwer fallen zu bemerken, daß die Liebe aus drei verschiedenen Gefühlen aufgebaut ist: Die Furcht vor der Trennung, die Sehnsucht während der Abwesenheit der Geliebten und die tiefe Freude des Wiedersehens. Wenn ein Kind von zu vielen Händen behandelt wird, wenn es ihm nicht gelingt, eine starke Beziehung zu einem Menschen aufzubauen, entsteht die Möglichkeit, daß ein Boden geschaffen wird, auf dem keine Liebe wachsen kann.

Als den ersten Feind der Liebe möchte ich den Narzißmus hervorheben. Ein gewisser Grad des Narzißmus ist notwendig, um zu lieben. Wenn wir den ganzen Narzißmus auf den Geliebten projizieren, entsteht in uns eine gewisse Armut. In so einem Fall fällt es uns schwer zu begreifen, warum jemand, den wir so hoch schätzen, uns überhaupt lieben kann. Das heißt, daß es eine Art von Liebe gibt, die die Selbstliebe so verarmen läßt, daß nur das Liebesobjekt idealisiert wird. Im allgemeinen finden wir, daß der Narzißmus der Liebe des Menschen einen starken Widerstand bietet.

Ich erinnere mich an eine Ausgabe der alten amerikanischen Wochenschrift, die „Saturday Evening Post“. Sie zeigte eine Heiratszeremonie. Das Paar steht vor dem Altar. Die Frau sieht in ihrer Phantasie sich selbst im Bett, und der Mann bringt ihr das Frühstück. Der Mann hat genau die gleiche Phantasie, nur umgekehrt. Diese Karikatur erweckt in uns ein Lächeln. Es ist ein mildes Beispiel dafür, wenn der Narzißmus stärker ist als Liebe

Im Kunstmuseum in Delhi fand ich ein Bild aus dem 18. Jh., das zu unserem Thema paßt. In dem Mogulstuhl sitzt der Gott Krischna mit seiner Geliebten, und beide schauen sich im Spiegel an. Es scheint, daß sie in das Bild, das sie sehen, vertieft sind. Die Bedeutung dieses Bildes wurde mir klar, als ich erkannte, daß das Paar sich im Spiegel zusammen erblickte. Die Liebe wurde vom Selbstbildnis auf die Geliebte transferiert. Erst später erfuhr ich, daß in einer gewissen mohammedanischen Heiratszeremonie, wenn die Braut ihren Schleier hebt, ihr und dem Bräutigam gleich ein Spiegel gegeben wird. Angeblich soll ihnen der Spiegel Glück bringen, aber die psychologische Begründung dieses Glückes verstehen wir psychoanalytisch.

Im wirklichen Leben gibt es viel ernstere Beispiele für dasselbe Problem. Aus meinen analytischen Sitzungen kenne ich den Fall eines Mannes, der Frauen in zwei Gruppen einteilt. In der ersten sind Frauen, die er als viel zu gut für sich selbst betrachtet, und mit solchen Frauen traut er sich kaum zu sprechen. Im anderen Lager sind Frauen, denen gegenüber er sich überlegen fühlt. Solche Frauen glaubt er, brauchen ihn. Wenn der Therapeut diesen Mann überreden kann, doch eine Beziehung mit einer Frau, die er als höher betrachtet, anzufangen und es ihm

gelingt, in dieser Frau Zuneigung oder Liebe zu erwecken, fällt diese Frau gleich in die zweite Kategorie. Hier macht der Narzißmus das Lieben unmöglich.

Als den zweiten Feind der Liebe möchte ich Neid und Eifersucht bezeichnen. Freud hat schon drei Stufen der Eifersucht erkannt. Er nannte die erste die konkurrierende oder normale Eifersucht, die zweite die projizierte und die dritte die wahnhaftige Eifersucht. Die normale Eifersucht ist zusammengesetzt aus der Trauer und dem Schmerz um das verloren geglaubte Liebesobjekt. Sie besteht aus feindseligen Gefühlen gegen den bevorzugten Rivalen. Aber sogar diese sogenannte normale Eifersucht ist nicht restlos vom bewußten Ich beherrscht. Sie wurzelt tief im Unbewußten, im Geschwisterkomplex und im Ödipuskomplex.

Die zweite, die projizierte Eifersucht entsteht dadurch, daß die Treue, die in der Ehe gefordert wird, nur aufrechterhalten werden kann gegen beständige Versuchungen. Wer dieselben in sich verleugnet, nimmt gerne einen unbewußten Mechanismus zu Hilfe. In so einem Fall steht der Weg offen, die Antriebe zur Untreue auf den anderen zu projizieren, und so verdächtigt er den Partner, die Wünsche zu haben, die er selbst unterdrückt.

Die dritte und allergefährlichste Eifersucht ist die paranoide Eifersucht. Hier werden nicht heterosexuelle, sondern homosexuelle Wünsche auf den Partner projiziert. Die Eifersucht zerstört die Möglichkeit einer gegenseitigen Identifikation, die ich schon als eine der entscheidenden Voraussetzungen für die Liebe bezeichnet habe. Die Eifersucht sucht immer das Dreieck, in der Wirklichkeit oder in der Phantasie. Der Neid aber entsteht nur zwischen zwei Menschen. Wenn ein Mitglied des Paares den anderen beneidet, dann ist die Identifikation, die für die Liebe entscheidend ist, zerbrochen.

Als den dritten Feind der Liebe möchte ich die Projektion des Über-Ichs hervorheben. Ich folge hier den Gedanken des Psychoanalytikers Otto Kernberg, der diese Gefahr stark betont hat. Als ein Teil der Idealisierung entsteht die Gefahr, daß der andere als der bessere und noblere betrachtet wird. Aus dieser Idealisierung entsteht leicht der Glaube, daß wenn der andere meine Schwächen erkennen würde, er sie nicht dulden könnte. Das heißt, ich habe mein Über-Ich auf den Partner projiziert und fürchte sein Urteil. In so einem Zustand ist man nicht frei, dem Partner zu gestehen, wenn man gewisse Schwächen nicht zeigen kann. Man fürchtet sich, daß der andere uns verurteilen wird. Wir können unser Über-Ich aber nicht lieben. Unter solchen Bedingungen entsteht die Sehnsucht nach jemand anderem, der uns milder erscheint. In diesem Fall weiß man nicht, ob die Strenge wirklich zum Charakter des anderen gehört oder ob sie projiziert wurde.

Wenn Sie den Film, in dem ich zu sehen war, kennen, werden Sie sich erinnern, daß der Arzt behauptet, daß ihm seine Frau nie seine Untreue verzeihen würde. Wir wissen nicht, ob er recht hat oder ob er einfach seine Projektion auf seine Frau verteidigte und daher seine Untreue nicht gestehen konnte. Manchmal findet so eine Projektion in ei-

ner Richtung statt. Nur ein Partner kritisiert ständig den anderen, und der andere empfindet die Kritik als berechtigt. Aber trotzdem kann man nicht glücklich leben, wenn man immerfort in der Realität oder in der Phantasie kritisiert wird.

Ich möchte noch eine weitere Schwierigkeit beschreiben, die ich dem englischen Therapeuten Henry Dicks verdanke. Es gibt Fälle, in denen der Liebende sich einen Partner aussucht, der für einen Teil seines Selbst steht, das externalisiert wurde. Ich werde ein Beispiel aus meiner eigenen Praxis geben.

Eine Frau, die stark zwanghaft ist und viel Zeit verbringt, um ihre Wohnung rein und geordnet zu halten, verliebt sich in einen Mann, der sich nur ungern wäscht und die Asche seiner Pfeife überall in der Wohnung herumliegen läßt. Sie sucht in ihrer Liebe die schwer unterdrückte eigene Analität wiederzufinden. Die Wahl ermöglicht ihr, eine neue leidenschaftliche Sexualität zu entdecken. Aber kaum hat sie diese wiedergefunden, fängt sie an, den Mann zu erziehen. Das heißt, sie will ihm ihre eigene Notwendigkeit für Ordnung und Reinlichkeit beibringen. Jetzt entsteht ein Problem. Wenn es ihr gelingt, diese Erziehung wirklich durchzusetzen, wird ihre Sexualität wieder von neuem verarmen. Wenn aber der Mann sich sträubt und Widerstand gegen diese Erziehung zeigt, wird ein ständiger Streit innerhalb der Ehe entstehen.

In so einem Fall ist eine Lösung des Problemes ohne Psychoanalyse kaum denkbar: Die Liebe ist im Dienst des Suchens nach einem Teil des Selbst, das schon in der frühen Kindheit verdrängt wurde. Hier ist die Suche nicht nach den primären Objekten der Kindheit, sondern nach einem Teil des Selbst, der verdrängt wurde.

Zusammenfassend möchte ich bemerken, daß die klassische Metapher über die Liebe, wo Amor mit verbundenen Augen seine Pfeile schießt, seit Freud nicht mehr haltbar ist. Jede Liebe ist begründet oder determiniert. Aber gleichzeitig müssen wir sagen, sie ist nicht eng determiniert; zu jeder Zeit ist eine Anzahl von Möglichkeiten offen. Die Kombination, die tatsächlich die Natur der Liebe bestimmt, kann nicht vorausgesehen werden. Wenn wir einen Patienten in Behandlung haben, lernen wir zu verstehen, warum er oder sie sich diesen Menschen ausgewählt haben. Trotzdem können wir nie prophezeien, was die nächste Wahl sein wird.

Manche Lieben scheitern an den Schwierigkeiten, die ich beschrieben habe, aber andere gehen zu Ende, gerade weil sie ihren Zweck erfüllt haben. Soziologen wie Judith Waallerstein, haben häufig Ehen beschrieben, wo die Ehe notwendig war, um die Flucht vor dem Elternhaus zustande zu bringen. Andere waren notwendig, um eine gewisse Unabhängigkeit zu erreichen. Andere Beziehungen wurden durch die Flucht vor der Homosexualität bedingt. In solchen Fällen beendet die Erfüllung, was in der Vorstellung als Liebe vorschwebte. Wenn einmal eine neue Situation geschaffen wurde, verlangt sie eine neue Wahl. In solchen Fällen sagen

wir, daß der Mensch dieser Beziehung entwachsen ist. So eine Entwicklung kann für beide Mitglieder des Paares gesund sein oder nur für einen günstig und für den anderen schmerzlich und sogar zerstörend wirken.

Von diesem Standpunkt aus gesehen ist jede Beziehung ein Kompromiß: Frauen, die stark mütterlich sind, bleiben in einer wenig befriedigenden Ehe, solange die Kinder noch im Hause sind. Später entsteht eine Leere. Es kann auch geschehen, daß an diesem Wendepunkt der homosexuelle Drang, der früher unterdrückt wurde, die nächste Wahl beeinflußt.

Ein Paar ist eine Gruppe und benimmt sich oft als solche. Es bewahrt Geheimnisse, die die Umwelt nicht wissen darf. Es betreibt eine Außenpolitik, die nicht mit den inneren Gefühlen in Einklang stehen. Das Paar kann eine gemeinsame Neurose entwickeln. Diese können wir als Überbau der persönlichen Neurosen der zwei Beteiligten beschreiben. Diese gemeinsame Neurose entwickelt ihre eigenen Abwehrmechanismen. Auf solche Weise entsteht z. B. ein sadomasochistisches Paar.

Die Vorstellung, daß jedes Paar sein seelisches Gleichgewicht aufbaut, ist für uns Therapeuten von besonderer Bedeutung.

Wenn wir einen Partner des Paares in Behandlung nehmen, entsteht sehr häufig ein Ungleichgewicht. Mit Recht haben Paare Angst, daß die Therapie die Beziehung stören könnte. In so einem Fall kann man nicht einmal sagen, daß, wenn *beide* Partner in Behandlung gehen, sie ein neues Gleichgewicht entwickeln werden. Das ist nicht immer der Fall: Häufig hilft eine Behandlung die Beziehung auf eine gesunde Stufe zu bringen. Aber man kann die Wirkung nicht voraussagen. In anderen Zeiten, wo das Individuum und seine Entwicklung nicht wichtig waren, wo die Angst vor Sünde groß war und die Möglichkeiten für eine eigene Existenz besonders für Frauen ungünstig waren, konnten Paare in stiller Verzweiflung innerhalb der Ehe weiterleben. Aber wenn wir behaupten, daß Goethe recht hatte, und das größte Glück der Menschheit die Persönlichkeit ist, dann müssen wir uns gestehen, daß oft das Zusammenleben von zwei Menschen in Frage gestellt werden muß. Es wird auch im allgemeinen behauptet, daß häufig die Scheidung für das Paar gesund ist, aber daß sie auf Kosten der Kinder stattfindet.

Abschließend möchte ich noch kurz über die Tugenden der Liebe nachdenken. Sie sind besser bekannt als die Feinde der Liebe.

Als erste Tugend werde ich die Weisheit beschreiben, die sich dadurch ausdrückt, daß man erkennt, daß es keinen idealen Menschen gibt, in dem wir alles, was wir brauchen, finden können. Für manche Menschen dauert es sehr lange, zu dieser Erkenntnis zu kommen. Es scheint aber unbedingt notwendig, diese Erkenntnis zu haben. Denn erst wenn wir akzeptieren, daß kein Liebesobjekt alle Wünsche erfüllen kann, die oft im Widerspruch stehen, kann man sich entscheiden, ob man mit dem Partner weiterleben will.

Als zweite Tugend würde ich die Dankbarkeit beschreiben. Wenn ein Paar sich streitet, ist es von besonderer Bedeutung, ob man sich an die guten Zeiten, die man gehabt hat und die guten Taten des Gefährten erinnern kann, oder ob man völlig von Ärger oder von Enttäuschung beherrscht ist. Mit der Fähigkeit zur Dankbarkeit geht auch eine andere Fähigkeit einher, die der Empathie. Wenn man diese besitzt, weiß man intuitiv, was man vom Gefährten verlangen kann, und was über die Grenzen der Möglichkeiten dieses Menschen hinausgeht.

Ich möchte noch betonen, daß es im allgemeinen leichter ist, sich zu verlieben als zu lieben. Um sich zu verlieben genügt es, wenn wir unsere Wünsche auf einen anderen Menschen projizieren können. Projektion und Phantasie reichen aus, um sich zu verlieben. Aber jemanden lieben zu können, verlangt viel mehr von uns als Verliebtheit. Die Schwierigkeiten, die ich in diesem Beitrag betont habe, verschwinden fast ganz im Zustand der Verliebtheit, aber kommen zurück, sobald sich die Realität auf Kosten der Phantasie Geltung verschafft.

Schließlich möchte ich noch ein paar Gedanken über die Beziehung zwischen Liebe und Therapie anfügen. In der Therapie konzentrieren wir uns ganz auf das Leben des Patienten. Wir verlangen zwar, daß unsere Arbeit belohnt wird, aber sonst muß der Patient sich keine Sorgen machen über Gefühle, die er in uns als Therapeuten erweckt. Wir teilen mit ihm nicht unsere eigenen Probleme. Das heißt natürlich nicht, daß der Patient sich keine Sorgen macht, was wir über ihn denken oder für ihn fühlen. Aber alles, was er fühlt und denkt, betrachten wir im idealen Zustand einer Therapie als Projektion. Im Grunde ist er von der Sorge um uns befreit. Für gewisse Menschen gibt es einen Zeitraum, wo sie sich nicht um den Gefährten kümmern müssen, eine große Befreiung. In dieser künstlichen Situation entfalten sich Gefühle, die der Mensch sonst nie entwickeln konnte. So entsteht die Übertragungsliebe. Aber diese Liebe kann man als eine Gewächshausliebe betrachten. Sie kann unter günstigen Bedingungen sich in eine echte Fähigkeit zu lieben, verwandeln. Aber die Fähigkeit, eine Übertragungsliebe zu entwickeln, heißt noch lange nicht, daß unser Patient fähig geworden ist, zu lieben. Wenn aber die Therapie gute Fortschritte macht, fängt der Patient an, sich in der Übertragungsliebe einsam zu fühlen. Wünsche erwachen in ihm nach der Möglichkeit einer Liebe, die reicher und wechselseitiger ist. Langsam wird ein Patient für die Art der Liebe, die der Therapeut nicht geben kann, bereit, und so bereiten wir ihn auf die Sehnsucht nach einer realen wechselseitigen Liebe vor.

Literatur

- Balint M (1947) On genital love. In: Primary Love and psychoanalytical technique. Liverright, New York (1953)
- Bergmann MS (1971) Psychoanalytic observations on the capacity to love. In: McDevit JB, Settlege CG (eds) Separation-Individuation: Essays in honor of Margaret Mahler. Int Univ Press, New York
- Bergmann MS (1980) On the intrapsychic function of falling in love. *Psychoanal Q* 49 : 56-76
- Bergmann MS (1987) The anatomy of loving. Fawcett Columbine, New York (1991)
- Freud S (1910/1912) Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens: Über einen bes. Typus der Objektwahl beim Manne. Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens. *GW Bd 8*
- Kernberg OF (1991) Aggression and love in the relationship of the couple. *J Am Psychoanal Assoc* 39 : 1

Liebe in der Partnerschaft

Peter Joraschky

Mit dem Beginn des bürgerlichen Zeitalters hat Friedrich Schiller - „Drum prüfe, wer sich ewig bindet, ob sich das Herz zum Herzen findet“ - die für uns heute selbstverständliche Grundlage der Paarbildung formuliert: Liebe.

Unter historischen Aspekten hatte bekanntlich Ehe mit Liebe nichts zu tun. Liebe ist an erster Stelle eine Sache der Literatur gewesen. Erst im 20. Jahrhundert, nach dem 1. Weltkrieg, „als die Liebe aus den Büchern auf Leinwände und Schallplatten übergegangen ist“, wie Theweleit (1990) schreibt,

„gibt es so etwas wie den massenweisen Versuch der Heirat aus Liebe; Heiraten aus Gefühlen auch in solchen gesellschaftlichen Schichten, die sich diesen Luxus aus Erschöpfung und Ausgezehrtheit nie haben leisten können“ (Theweleit 1990).

Ebenfalls um die Jahrhundertwende war es Freud, der als erster Theoretiker der Geschichte systematisch versuchte, Heiratsweisen und Formen der Verliebtheit in Zusammenhang zu bringen (1914).

Aus familiensoziologischer Sicht wird hier von der Entwicklung von der „Sachehe zur Gefühlsehe“ gesprochen (Schenk 1988). Liebe in der lebenslänglichen Bindung konkurriert heute nahezu gleich verteilt mit der durchbrochenen oder aufgelösten Bindung. Und die Prüfung, wie Herz zu Herzen findet, hat sich in den letzten 30 Jahren kraß verändert.

Im Zeitalter der Individualisierung, lebenszyklischer Veränderungen mit einer langen Lebensspanne nach dem Auszug der Kinder sowie einer Verschiebung des Gewichts von Sicherheitsaspekten hin zu Abenteuern der Liebe, aus diesen Veränderungen ergeben sich grundsätzlich andere Formen des Kennenlernens und der Aufrechterhaltung der Bindung. An die Stelle äußerer Zwänge, materieller Sorgen, von Nützlichkeitsabwägungen, sind innere Orientierungsprobleme

getreten, für die vielen Menschen noch die Sprache fehlt („mir fehlt nichts, es ging mir materiell noch nie besser“).

Die bedürfnisorientierte Gestaltung einer Beziehung stellt jeden vor größere Probleme als von außen kommende Forderungen. An Stelle der sozial abgestützten Institution Ehe und Familie werden Stabilität und Sicherheit der Partnerschaft zur „Eigenleistung“ des Paares.

Heute stehen am Beginn der Partnerschaft Verliebtheit und Sexualität, die von der Gesellschaft mit einer völlig anderen Liberalität und Toleranz als früher dem Individuum ermöglicht wird. Trotzdem sind die Probleme, den richtigen Partner zu finden und etwas Gemeinsames aufzubauen, nicht geringer geworden, da die Glückserwartungen an die Zweierbeziehung erheblich höher angesetzt sind. Diese gesteigerten Glückserwartungen führen dazu, daß Ideal und Wirklichkeit sehr viel häufiger auseinanderklaffen. So stufen in einer Untersuchung von Köcher (1985) durchschnittlich etwa 90 % aller Partner ihre eigene Ehe zwar positiv und zufriedenstellend ein, bewerten jedoch die Partnerschaften in der Gesellschaft generell nur zu 30 % positiv. Diese Diskrepanz weist darauf hin, welche Scham- und Schuldgefühle, Ängste vor dem eigenen Versagen in der Gestaltung der Partnerschaft vorliegen. Gleichzeitig wird deutlich, wie hoch die Erwartungen an Glücksgefühle in der Partnerschaft sind. Da der Spielraum für das Aushandeln von Regeln und Verhaltensweisen sehr viel größer geworden ist, ist auch das Konfliktpotential und die Möglichkeit des Scheiterns gestiegen. Es sind nicht mehr die gesellschaftlichen Rollenvorschriften, die Auseinandersetzung um Aufgabenverteilung, sondern der Prozeß des Sichabstimmens zur Grundlage der Beziehung geworden. In dieser Gefühlsarbeit liegt eine Chance, weil der Stellenwert auch kurzfristiger Glücksgefühle ernster genommen wird. Bewußter wird die gemeinsame Identität, Geborgenheit und Sicherheit, der Sinn der Partnerschaft wird hinterfragt. Häufigt stellt dies einen Balanceakt zwischen Sicherheit und Risiko, der Neugier auf Neues und Verlassen auf das Vorhandene, dar.

Wenn man die Literatur zur Paardynamik betrachtet, so fällt auf, daß wesentlich mehr empirische Untersuchungen zur Trennung vorliegen als zur Liebe, obwohl Freud bekanntlich Arbeits- und Liebesfähigkeit zum Therapieziel ernannte. Allerdings ist auch zu beobachten, daß in den letzten 10 Jahren gerade angesichts der hohen Trennungsziffer vermehrt die Frage untersucht wurde: „Was hält Paare zusammen?“ (Willi 1991). Hier stellt sich die Frage, ob Liebe überhaupt ein Gefühl ist, auf das sich Beziehungen stützen können, vielleicht ist die Liebe damit überfordert.

Zunächst sollen die Beiträge empirischer Untersuchungen zu Faktoren, die bei der Aufrechterhaltung der Partnerschaft bedeutsam sind, dargestellt werden.

Empirische Untersuchungen zum Stellenwert der Liebe in der Partnerschaft

Aus entwicklungspsychologischer Sicht (Olbrich 1991) wird auf der einen Seite betont, wie sehr das Leben intimer Beziehungen die Entwicklung im Erwachsenenalter prägt, auf der anderen Seite fällt auf, wie wenig Untersuchungen über die Liebe als Entwicklungsdeterminante vorliegen. Harlow hat 1958 einmal bemerkt, daß die meisten Psychologen, soweit ihre Forschungen betroffen seien, ganz offensichtlich ohne die Liebe leben könnten. Und ironisch fährt er fort, daß sie das auch verdienten. Diese Situation hat sich in den letzten Jahrzehnten etwas geändert: Ein aktueller Überblick über die „Psychology of love“ wird beispielsweise von Sternberg und Barnes (1988) vorgelegt.

Die Psychologie der Intimität stützt sich auf Erikson, der herausarbeitete, daß die Fähigkeit, in einer intimen Beziehung leben zu können, Identität voraussetzt (1970). So können wir davon ausgehen, daß eine enge Bindung einem jungen Erwachsenen, der seine Identität gefunden hat, keine Angst einflößt. Bindung kann dann Anlaß zur Angst sein, solange die Konzeptualisierung der eigenen persönlichen und sozialen Situation noch unsicher ist, und noch keine ausreichende Integration der psychosexuellen Strebungen in das Selbstgefühl vollzogen ist. Die Angst, dem anderen kein vollwertiger Partner werden zu können oder die Angst, in einer nahen Beziehung vom Partner geprägt zu werden, lassen den Heranwachsenden dann einer intimen Beziehung ausweichen. Wenn der Heranwachsende in seiner Selbstabgrenzung sicher ist, kann er in einer partnerschaftlichen Beziehung die Möglichkeit erfahren, in einen intimen Austausch zu treten, d. h. sich selbst in zentralen Bereichen des Erlebens und Verhaltens einem anderen mitzuteilen und den anderen ebenso intim zu erfahren, ja, die eigene Entwicklung ein Stück weit von ihm prägen zu lassen.

Diese Ausgangsposition - Identität als Voraussetzung für dauerhafte Partnerschaft - wird von entwicklungspsychologischer Seite empirisch bestätigt (Orlofsky et al. 1973; Kacerguis u. Adams 1980). Junge Erwachsene, die noch diffus zwischen verschiedenen persönlichen, sozialen und beruflichen Rollen pen-

delten, waren isoliert und weniger eindeutig an einen Partner gebunden. Daten aus der Oakland Growth-Study sowie der Berkeley-Guidance-Study belegen, daß Ehepaare, bei denen der Mann in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter eine gefestigte Identität erreicht hatte, nach etwa 20 Jahren des Zusammenlebens mehr eheliche Zufriedenheit erleben, und daß ihre Ehen weniger Indizes der Belastung auswiesen als die Ehen von Paaren, bei denen Männer eine diffusere Identität gehabt hatten (Skolnick 1981).

Neben diesen allgemeinen Befunden liegen vor allem geschlechtsdifferentielle Ergebnisse über den Zusammenhang der Identität und Intimität vor: Frauen erreichen im sexuellen Bereich früher und eindeutiger ihre Identität. Bei Männern, die relativ lange nach der Lösung von identitätsrelevanten Fragen gesucht hatten, war eine größere persönliche Flexibilität festzustellen. Sie waren vor allem in der Lage, mehr feminine Aspekte in ihrem Selbstbild zu erkennen und in ihrem Verhalten zu berücksichtigen (Orlofsky 1977). Auch Whitbourne und Weinstock (1982) bestätigen, daß eine relativ lange Suche nach eigener Identität bei Männern mit der Aufnahme von mehr femininen und androgynen Elementen in die eigene Geschlechterrolle einhergeht und damit die Wahrscheinlichkeit des Abstimmens eigener Bedürfnisse und Rollen mit den Bedürfnissen und Rollen der Partnerin verbessert. Über die Bedeutung der Geschlechtsrollenidentität für die flexiblere Gestaltung von Partnerschaft liegen jedoch nur erste Hypothesen vor.

Determinanten der Entwicklung der Partnerschaft

Die Dialektik der Homogamie und Heterogamie. Olbrich (1991) stellt für die Entwicklung von Partnerschaft dar, daß ausgehend von einem (relativ passivistischen) Zusammentreffen ähnlicher oder gleicher Merkmale ein Prozeß beginnt, der das Erleben von Gemeinsamkeit als Basis nutzt, um Unterschiedlichkeiten (aktiv) zu bearbeiten.

Die Homogamie-Theorie sieht in der Ähnlichkeit eine Voraussetzung für die Partnerwahl („gleich und gleich gesellt sich gern“). Ähnlichkeit bezieht sich auf soziale, kulturelle Merkmale der Partner wie Bildungsniveau, Nationalität, sozioökonomischer Status, Alter, Rasse, Religionszugehörigkeit sowie psychische Merkmale.

Die Heterogamie-Theorie geht davon aus, daß Gegensätzlichkeit das entscheidende Kriterium der Wahl sei („Gegensätze ziehen sich an“). Diese Position hebt vor allem den Wunsch nach Komplementarität hervor. Beide Positionen wurden konkurrierend vertreten: Tharp (1963) betont, daß Homogamie bei der Partnerwahl die Norm zu sein scheint und setzt sich scharf von der Heterogamie-Position ab, die Winch (1958) zu belegen versuchte. Man könnte jedoch diese Gegensätze als Endpole einer im Grunde gleichen Dimension verstehen, wobei das Wechselspiel zwischen Homo- und Heterogamie als dynamisches Gleichgewicht ein plausibles theoretisches Konstrukt darstellt.

Die Endogamie-Theorie. Jäckel (1980) differenziert die Endogamie, die Bedeutung der kulturellen Ähnlichkeit der Partner als Rahmenbedingung für die Partnerwahl von der Homogamie, mit der er die psychologischen Ähnlichkeiten beschreibt.

Die Endogamie-Hypothese wurde empirisch in folgenden sozio-kulturellen Dimensionen bestätigt (Jäckel 1980): Soziale Schicht („in den eigenen Kreisen zu heiraten“), vergleichbares Einkommen, vergleichbare Länge und Art der Bildung (Warren 1966), ähnliche berufliche Macht, vergleichbares Verantwortungsgefühl, ähnliche geistige und kulturelle Interessen, Einstellungen zu Menschen und Werten, Ansprüche an den Lebensstandard, ethnische Herkunft, Altersdifferenz.

Persönlichkeits-Determinanten. Untersuchungen über die Ähnlichkeit von Persönlichkeitsvariablen zeigen übereinstimmend auf, daß sehr inkonsistente Korrelationen bestehen, und daß sich auf dem Boden der Persönlichkeit keine Bestätigung der Homogamie ableiten läßt. Anders ist dies bei der Ähnlichkeit der Einstellungen, hier sind vor allem die hohe Übereinstimmung sexueller Bedürfnisse, Wertorientierungen, Umgangsstil zu nennen. Als dysfunktional beweisen sich vor allem symmetrische starke Dominanzstrebungen (Murstein 1986).

Prozeßmodelle. Jäckel (1980) und Lewis (1973) entwickelten sozialpsychologische Prozeßmodelle zur Partnerschaft: für die erste Stufe, das Kennenlernen, werden vor allem die Bedeutung der Ähnlichkeit äußerer und sozialer Merkmale, also Endogamie-Faktoren, herausgestellt. Auf der Stufe der ersten Paarbeziehungen erwies sich der Stellenwert der Kommunikation, wie Einstellung, Werte und Eigenschaften vermittelt werden, als bedeutsam. In diesem Austauschprozeß wird

die Anpassungsbereitschaft der Partner geprüft. Beim Ausgleich der Rollenvorstellungen werden auch aus soziologischer Perspektive Projektionen als prozeßgestaltende Aktivitäten betont. Es sind nicht nur die wahrgenommenen, sondern auch die beim anderen vermuteten Einstellungen, die Prozesse des Abstimmens in Bewegung halten. In der letzten Phase kommt es zur Absicherung, zur Kristallisierung der Dyade. Unter Aufrechterhaltung des Engagements füreinander wird die dyadische Einheit (Identität als Paar) bei gleichzeitiger Abgrenzung gegenüber dem Partner (Erhaltung der Identität als Individuum) abgesichert. In diesem Prozeßmodell kommen also vor allem sozial- psychologische Faktoren der Rollen- und Aufgabenverteilung, der Kommunikation, das Abstimmen persönlicher Interessen und der Wertorientierung zum Ausdruck. Der Begriff der Liebe kommt hier kaum vor.

Stärker berücksichtigt das Modell von Levinger (1980) als Interaktionsmodell der Partnerschaftsentwicklung emotionale Faktoren. Herausgestellt wird in der Phase des Kennenlernens vor allem die Bedeutung der körperlichen Attraktivität, wobei diese Bedeutung in der Folgezeit gegenüber den Ähnlichkeiten in Einstellung, Wertorientierung und sexuellen Bedürfnissen zurücktritt. Das Ausmaß der sexuellen Beteiligung zu Beginn einer Beziehung sagt deren Weiterentwicklung gut voraus, wobei vor allem die Bedeutung des emotionalen Engagements beider Partner hervorgehoben wird (Hill et al. 1976; Levinger u. Snoek 1972). Sieverding (1988) fand durch Befragung von Studenten, daß der starke, beruflich erfolgreiche Mann, der seine Gefühle versteckt und keine Angst zeigt, nicht mehr so gefragt ist, genauso wenig wie die bloß fürsorgliche, gefühlsbetonte und einfühlsame Frau. Männer wie Frauen wünschen sich von ihrem Idealpartner ein hohes Maß expressiver Eigenschaften, zärtlich, einfühlsam, liebevoll, verständnisvoll soll er sein. Diese emotionalen Aspekte der Partnerschaft scheinen eine erhöhte Bedeutung zu bekommen. Die klassischen Rollenaufteilungen, das weibliche Ränkespiel und der männliche Tapferkeitsmime, die Naive mit dem bekannten Augenaufschlag, und der Imponiergockel sind aus der Mode. Männer und Frauen sind nach dieser Untersuchung, wie auch Badinter (1987) schreibt, Kollegen geworden.

Auch in den sozialpsychologischen Partnerschaftsmodellen kommt übereinstimmend zum Ausdruck, daß zunächst eine „sichere Basis“ als Voraussetzung der Bearbeitung der Diskrepanzen zwischen den Partnern wichtig ist, um dann die Abstimmung in Komplementarität und Ähnlichkeit vollziehen zu können. Ausgangspunkt sind also ähnliche Einstellungen für den Aufbau einer Beziehung, während in der Weiterentwicklung tieferliegende Bedürfnisse zu Tage treten,

kommuniziert und dann in Ergänzung und Austausch erarbeitet werden müssen. Erst diese aktive Arbeit an der Beziehung sichert die Kontinuität der Partnerschaft (Gottman 1979; Mandel et al. 1971).

Hier ergibt sich eine Konvergenz mit psychoanalytischen Partnerschaftsmodellen, wo als Voraussetzung für partnerschaftliche Entwicklung von der „Kompatibilität der Konstruktsysteme“ (Willi 1991) gesprochen wird.

Zusammenfassend wird in ähnlicher Weise von entwicklungspsychologischer Seite die Entwicklung in der Partnerschaft prozeßhaft dargestellt: Nach einem anfänglichen Erleben der starken körperlichen und persönlichen Anziehung, einer vorwiegend unbewußten Sehnsucht nach einem Leben mit der Idealsten aller Personen in der Vollkommensten aller Welten tritt mehr und mehr ein Erleben, das durch gewachsenes Vertrauen, erlebte Sicherheit und Geborgenheit, durch Nähe, Übereinstimmung der Neigungen, durch aufeinander abgestimmtes Verhalten und gemeinsames Bewältigen und Tragen gekennzeichnet ist.

Klar erkennbar wird in einer entwicklungspsychologischen Betrachtung von Liebe und Partnerschaft die diachrone Verflechtung; schon Einflüsse der Eltern, ihre Beziehung zueinander, beeinflussen Partnerwahl und Form der Beziehung. Aber es ist das weitergehende diachrone Geschehen des Lebens von intimer zu mehr geöffneter und schließlich generativer Liebe, die die Entwicklung möglich macht (Olbrich 1991).

Dieser allgemeine Rahmen der Partnerschaft als Bindungsprozeß wird von psychoanalytischer Seite unter dem Aspekt der vielfältigen Beziehungskonflikte genauer betrachtet. Hier liegt die Domäne tiefenpsychologischer Betrachtungsweise, wo spezifische Beiträge geleistet werden. Es kann hier nur am Rande darauf hingewiesen werden, wie sich ausgehend von der triebdynamischen Betrachtungsweise des Anlehnungs- und narzißtischen Typus der Partnerwahl bei Freud (1914) über ichpsychologische (Blanck u. Blanck 1978) bis hin zu objektpsychologischen Betrachtungsweisen der Partnerschaft (Scharff u. Scharff 1987, 1990; Meisner 1978; König u. Kreische 1985, 1991) die analytische Theorie der Partnerschaft weiter differenziert hat. Integrativ wurden diese Ansätze in die psychoanalytischen Modelle der Kollusion (Dicks 1967; Willi 1975) und der interpersonellen Abwehr (Mentzos 1976) einbezogen. Hier kann für die dargestellte Dynamik der emotionalen Sicherheit und Veränderungsbereitschaft auf weiterführende Gedanken verwiesen werden.

Aus familientheoretischer Perspektive hat Reich (1991) die Partnerwahl als Individuationsversuch verstanden. Die Partnerwahl kann unter diesem Aspekt als Veränderungsversuch tradierter Konfliktmuster angesehen werden. Typische

Ähnlichkeiten zwischen familiären Beziehungsmustern und dem Wiederauftreten dieser Konflikte in der Partnerschaft zeigen die Macht des Wiederholungsprinzips, aber auch die Reinszenierung als Möglichkeit zur Veränderung. Man kann so die Partnerschaft im Sinne einer Figur-Grund-Beziehung sehen. Meist stehen Veränderungstendenzen im Vordergrund, verknüpft mit dem Aspekt der erotischen Anziehung durch das Fremde, während Fortsetzungstendenzen mit der Sehnsucht nach Verschmelzung mit dem Ähnlichen im Hintergrund bleiben.

Da die Wahl des Liebesobjekts in der Regel in den Zeitraum der Ablösung fällt, ist hier entwicklungspsychologisch durch die Trennungs- und Trauerprozesse eine Destabilisierung der Sicherheitsaspekte gegeben bei gleichzeitiger extremer affektiver Öffnung dem Neuen gegenüber. Dadurch können relevante Konfliktmuster aufgebrochen werden, und es stellt sich die integrative, adaptive und reparative Versöhnung als Entwicklungsaufgabe (Stierlin 1975). Der Partner kann als Ich-stützendes Element, als Übergangsobjekt von der Herkunftsfamilie in die Erwachsenenwelt betrachtet werden.

Partnerschaft wird im analytischen Verständnis nicht nur im Hinblick auf Störungen infolge ungelöster infantiler Konflikte gesehen, sondern in der Wiederholung liegt auch ein konstruktiver Ansatz im Sinne einer Suche nach Lösung und positiver Korrektur neurotischer Konflikte, zu der der Partner wesentlich beitragen kann. Das Teilhaben an neuer Entwicklung am anderen schafft eine neue geteilte Realität, unabhängig von früher individueller Erfahrung. Willi (1991) betont daher besonders die Copingaspekte der Partnerschaft, wie Partnerschaft entwicklungsfördernd ist, Angst abbaut und Neuorientierungen ermöglicht. Inwieweit jedoch frühe Defizite, Traumatisierungen, ausgeglichen werden können, hierüber herrscht Uneinigkeit.

Diese Problematik kann vor allem am Thema der Sehnsucht als tiefster Kern jeder Beziehungsaufnahme illustriert werden. Die Dynamik zwischen Sehnsucht und dem in diesem Kontext vorherrschenden Mechanismus der projektiven Identifikation und der Phase der Integration neuer Introjekte mit Zurücknahme der Projektionen soll genauer dargestellt werden.

Die Phase der Verliebtheit

Während zur Zeit der Troubadoure die Verliebtheit, gleichgesetzt mit der romantischen Liebe, einen vom Alltag abgehobenen Lebensbereich des Sehns, der Idealisierung, der Paarbeziehung mit besitzergreifender Ausschließlichkeit und dem Aufgehen im Partner als asexuelle Beziehung konzipiert wurde, werden heute in der Regel romantische Liebe und sexuelle Liebe in der Verliebtheit verbunden. Beide zielen auf ein „Verschmelzen“, darauf, sich in etwas Umfassendem, Rauschhaften zu verlieren und zu finden. Anders als Gathorne-Hardy (1982), der die romantische Liebe als „Feind“ einer wirklichen und dauerhaften Beziehung hinstellt, wird sie heute als eine Vorstufe für die Verbundenheit in Sexualität und gemeinsamem Tun, für eine wichtige emotionale Phase für die Entwicklung der Liebe angesehen. Wichtig ist hierbei das Wechselspiel zwischen Sehnen und der Sexualität:

Die Liebe erwacht aus einem nicht weiter ableitbaren ursprünglichen Einssein mit dem gewünschten, ersehnten Objekt. Dieses Sehnen als tiefster Kern jeder Liebe kann als Katalysator und Quelle des Liebens angesehen werden. Willi (1991) spricht bei diesen tiefsten Gefühlen von der „Sehnsucht nach dem Aufgehobensein“. Es ist das Sehnen nach einem Erkanntwerden im innersten Wesen, nach einem Aufgehen im anderen, ein Zustand der Verschmelzung, in dem die Vereinzelung des Individuums aufgehoben ist. Im Sehnen liegt sprachloses Verstehen, unbedingtes Akzeptieren. Der Wunsch nach dem Aufgehen im Ganzen erinnert an die *Unio mystica*. In diesem Sehnen nach der Aufhebung der Subjekt-Objektspaltung, nach dem Zustand der Symbiose kann die Basis der Sicherheit, das Eins- und Gleichsein mit dem vertrauten anderen angesehen werden. Demgegenüber stellt die Verschmelzung in der Sexualität das Einssein mit dem neuen anderen dar. Beide Aspekte legieren sich in der Regel in der Phase des Verliebtseins.

Die tiefste Sehnsucht findet ihre Erfüllung in Momenten aufblitzenden Verliebtseins, welches sich oftmals eher ergibt zwischen Personen, die sich noch kaum kennen, d.h. in Zuständen, wo das Lieben keinen anderen Zweck zu erfüllen hat als sich selbst. Diese Sehnsucht nach dem Aufgehobensein im anderen gehört zu den verletzbarsten Gefühlen, die in der Regel nur wenigen Vertrauten je offenbart werden. Das Aufschließen dieses innersten Bereichs kann Quelle der Kraft in der Liebe sein, welche alle Verständigungsschwierigkeiten, Streitigkeiten und Entbehrungen überwindet.

Diese Sehnsucht kann auch gefährlich sein. Die hohe Verletzungsgefahr, wenn das Ersehnte verloren wird, kann dann schlimmer sein, als es nie gehabt zu haben. Das Aufbrechen der tiefen Sehnsüchte kann sich dann in suchartigem Verlangen etwa nach wechselnden Sexualbeziehungen, unerreichbaren Personen, als verzehrende Übertragungsliebe äußern. Die Gefahr der Sehnsuchtsenttäuschung kann gebannt werden, indem die Sehnsucht im anderen erzeugt wird, um sich selbst als unerreichbar zu verstehen zu geben. In diesen klinisch häufigen Beispielen ist die Sehnsucht nach dem Neubeginn als Kraftquelle enthalten mit der Gefahr der Wiederholung aller frühen Entbehungen und Zurückweisungen.

Die Phase des Verliebtseins hat schon seit Freud, der die Idealisierung als „Sexualüberschätzung“ beschrieb, aufgrund des illusionären Charakters einen negativen Beiklang. Im Verliebtsein werden Teile des idealen Selbst in den anderen projiziert, ungelebte Selbstanteile (Animus und Anima) im anderen geliebt (Jung 1925).

Kast betont demgegenüber, wie sich in der Verliebtheit ein einzigartiges Potential aufbaut, im anderen Möglichkeiten zu intensivieren, neue zu entdecken und sichtbar zu machen:

„Vielleicht entsteht Liebe nur dann, bricht hier nur dann auf, wenn wir in einen geliebten Menschen seine besten Möglichkeiten hineinsehen und aus ihm heraus lieben können“ (Kast 1984).

Willi (1991) sieht im Eingehen der Symbiose einen Entwurf einer Utopie, hinter dem das real Machbare immer zurückbleibt, aber die Voraussetzung für die Bildung neuer Beziehungssysteme schafft. Verliebtsein bricht die Person auf, Verhaltens- und Erlebnisweisen werden geweckt, die zuvor brachlagen. Alte Muster des Denkens und Fühlens, die von der Herkunftsfamilie bestimmt sind, können dadurch aufgelockert, kristalline Strukturen verflüssigt werden und sich in einem beschleunigten Austausch neu organisieren. Durch die extreme Offenheit, sich auch mit den Augen des anderen zu sehen, durch neue Identifikationsmöglichkeiten, kann die Welt neu interpretiert werden, und nie ist die Bereitschaft größer, sich den Gefahren neuer Erfahrungen, den Ängsten vor dem Unbekannten so aufzuschließen und große Belastungen auf sich zu nehmen. Die Verliebtheit ist also die Basis, um herkömmliche tradierte Strukturen verlassen zu können und die Geburtsstunde einer neuen geteilten subjektiven Realität. Im Sehnen steckt also wie in der Abstimmung mit dem Primärobjekt die

Introjektions- oder Assimiliationsbereitschaft, neue Objektanteile in das Selbst aufzunehmen.

Untrennbar davon jedoch ist auch die schmerzvolle Erfahrung, die die Zurücknahme der Projektion mit sich bringt. In der darauffolgenden Akkommodationsphase stellt sich dann dar, welche Kräfte aus der Phase des Sehnsens geschöpft werden können und tragend bleiben, oder inwieweit in der Enttäuschung der Sehnsüchte frühere Entbehrungen reaktiviert und flutartig verstärkt werden.

Die größte kreative Chance der Liebe liegt darin, negative Selbstanteile, ein negatives Selbstwertgefühl in der Partnerschaft auszugleichen und zu verändern. Gefahren liegen in überstarker Abhängigkeit, zu sehr zu lieben (Norwood 1986) und in die Sucht zu geraten, gebraucht zu werden. Das Selbstwertgefühl wird dann nur in Verschmelzung mit dem Partner erlebbar, welches dann ein immer fremdbestimmtes und geliehenes bleibt.

Ein ständiges Sich-Verlieben findet sich bei Menschen, die eine wenig gefestigte Identität haben. Sie suchen den Reiz der Metamorphose mit immer neuen Partnern. Sie suchen auch die berauschte Stärkung des Selbstgefühls und möchten in der grandiosen Symbiose des Verliebtseins immer wieder das Zentrum der Welt bilden. Da solche Erfahrungen meist auf Momente des Glücks beschränkt sind, kann das Suchen nach immer wieder neuem Verliebtsein zur Krankheit werden.

Die Aufrechterhaltung der Liebe in der Partnerschaft

„Der Zauber zerfällt, wo er sich häuslich niederläßt“ - vom Volksmund wird somit die Zurücknahme der Projektionen beschrieben. Mit diesem Prozeß ist immer Trauer, Schmerz aber auch Entlastung verbunden, denn das Aufrechterhaltender Idealisierung wird zur Anstrengung, und es ist belastend, einzulösen, ob man wirklich so ist, wie man sich selbst im bewundernden Spiegel des Partners sehen wollte. Wird der Enttäuschungsschmerz unerträglich, so können in Form von projektiven Identifikationen die Erwartungen im anderen fixiert werden, wobei dann die Gefahr eines Umschlags in Haß und Rache drohen kann. Nicht nur die Reduktion der Erwartung des Partners wird ersehnt, man möchte sich selbst auch vor Enttäuschung schützen, das nicht halten zu können, wozu man sich kraft der

Liebe befähigt fühlte. Nach der Sehnsuchtsphase ist die Entdeckung besonders schwierig, daß der andere einen immer nur in begrenzter Weise versteht, die immer auch von der eigenen verschieden bleibt. Enttäuschungen in diesem Abstimmungsprozeß können die Sehnsüchte nach deckungsgleichen Einstellungen und Realitäten reaktivieren.

Es geht jedoch nicht nur darum, Projektionen zurückzunehmen, sondern es bleibt der Kampf um die Realisierung dessen, was man in der langen Vorbereitungszeit des Sehnsens potentiell angereichert und bereitgestellt hat. Die Modifizierung der Erwartungen, die Zurücknahme steht in Balance mit dem Aufbau neuer Gemeinsamkeiten. Dieser Trauerprozeß belastet gerade angesichts der Öffnung in der Verliebtheitsphase, er reaktiviert alle Liebesverluste und setzt die Objekt Konstanz auf den Prüfstand. Im schlechtesten Fall können nun auch die schlechtesten Seiten des anderen provoziert und herausgeholt werden. Man fühlt sich gescheitert an allem, was man mit Hilfe des Partners erhoffte und will nun alles zerstören, was man aufgebaut hat und jede Erwartung des Partners im Keim ersticken. Das destruktive Verhalten ist ein Befreiungsversuch und kann im positiven Fall dazu führen, sich wieder stärker auf die eigenen Fähigkeiten zu verlassen. Oft wird in diesem Entwertungsprozeß jedoch das Selbstwertgefühl noch weiter beschädigt und die Verletzung vertieft.

Zusammenfassend stellt sich also in dieser Phase die Frage nach der Fähigkeit, die begrenzte Ansprechbarkeit des Partners zu tolerieren. In dem Spannungsfeld, das Mögliche miteinander zu tun und auf das Unmögliche zu verzichten, ist Schmerzlosigkeit kaum denkbar.

In diesem Anpassungsprozeß gewinnen nun die auch von den empirischen Untersuchungen dargestellten Faktoren für die Aufrechterhaltung der Partnerschaft neben der Liebe an Bedeutung: Die Fähigkeit zu kommunizieren, Spielregeln aushandeln, die Rollen- und Aufgabenverteilung, die Finanzen, die Kindererziehung, die Gründung einer „inneren und äußeren Behausung“. Auf diese Entwicklungsprozesse gehen Jaeggi und Hollstein (1985) ein. Willi (1985) beschreibt im Modell der Koevolution vor allem die Entwicklungsmöglichkeiten in der Partnerschaft. Wie bleibt man für den anderen unbekannt, wie kann man noch sexuell attraktiv wirken, wenn Eroberung, Geheimnis, Verführung und Überraschung fehlen? Eine Liebesbeziehung kann kaum auf Dauer gelingen, wenn darunter eine Beziehungsform verstanden wird, wo die Partner ganz aufeinander bezogen leben, wo sie ihre Lebensenergien in erster Linie auf die Beziehung zentrieren, um diese kreativ, intensiv und stimulierend zu halten. Der eheliche Alltag wird leicht als öde entwertet, wo sich hinter einer langweiligen Fassade

ein Erfahrungsschatz durchlebter Belastungen und Krisen verbergen kann. In der Langzeitbeziehung wird Liebe immer mehr zur Rahmenbedingung, in welcher sich die Partner autonom bewegen und untergründig aufeinander bezogen bleiben. Die Liebe wird zur miteinander geteilten Lebensgeschichte.

Die Sexualität in der Langzeitbeziehung erhält häufig einen rituellen Aspekt. Der Anspruch, die Sexualität in der Ehe solle etwas Aufregendes und Abwechslungsreiches sein, kann Paare unglücklich machen. Das Erhalten der Leidenschaft bedeutet auch das Erhalten einer Fremdheit, die Spannung erhöht, und die durch Auseinandersetzungen am Leben erhalten wird. In dieser Spannung drückt sich im Gegensatz zu den „ehelichen Pflichten“ der Begriff des Fremdgehens aus, das Ausbrechen aus dem Gewohnten. Hiermit wird ausgedrückt, daß Gleichklang auch Langeweile und Leblosigkeit enthält. Auch wenn das Überraschungsmoment fehlt, braucht die Sexualität in der Langzeitbeziehung nicht langweilig zu sein, bleibt jedoch ein Gradmesser für die Intimität (Wynne u. Wynne 1987).

Spielregeln in der Koevolution bestehen im Einklang von Geben und Nehmen, Eigennutz und Fremdnutz, ein dynamisches Grundprinzip, welches von der Equity-Theorie (Walster et al. 1977) beschrieben wird. Diese Theorie stellt dar, daß Dauer und Zufriedenheit einer Partnerschaft durch eine Verlagerung vom Egoismus zum Altruismus charakterisiert seien. Kirchler und Reiter (1988) beschreiben, daß je harmonischer die Beziehung ist, desto mehr weichen Interessen der Individuen zurück und werden durch Interessen überlagert, die aus der Partnerschaft kommen. Kommt diese Harmonie in die Krise, sind häufig bittere Abrechnungen die Folge. Diese Gleichgewichtstheorie beschreibt, daß in Beziehungen nichts gratis ist. Auch ein altruistisches Leitbild von der Liebe kann gefährlich sein. Wird der Anspruch auf Eigennutz verleugnet, so macht er sich meist in unterdrückten Erwartungen an Dankbarkeit und Anerkennung bemerkbar.

Weitere Balancesysteme sind die der Gerechtigkeit und Gleichwertigkeit. Hierbei geht es um Ansprüche an Gerechtigkeit, Fairneß, Verlässlichkeit, Vertrauenswürdigkeit, gegenseitige Verfügbarkeit und persönlichen Einsatz. Boszormenyi-Nagy und Spark (1975, 1981) nehmen ein den Beziehungen innewohnendes Tribunal an, das subjektiv Gerechtigkeit einfordert. In allen Balancesystemen liegen potentiell positive wie negative Aspekte, die oft untrennbar ineinander verwoben sind.

Zusammenfassend liegt in dem Wechselspiel zwischen beiden Faktoren - Sehnsucht und Sexualität - das emotional tragende Gerüst der Bindung. In der Sehnsucht sind Aufgehobensein, Offenheit zu Intimität, die Sicherheit als Basis

des Selbstwertgefühls enthalten. Hierfür sind dyadische Modelle wie das der „primären Liebe“ (Balint 1966) als theoretische Rahmen klinisch bewährt. Die Sexualität öffnet die Dyade gegenüber dem anderen, im Dritten und verhinderten Verlust der „Unterschiedlichkeit“ und damit den „Tod“ in der Verschmelzung. Die Aufrechterhaltung der Verknüpfung beider Bereiche, der Spannung zwischen Vertrautem und Unbekanntem kann als Formel für die „Kunst des Liebens“, die Erhaltung der Leidenschaft auch in der Langzeitbeziehung angesehen werden. Diese Kunst ist jedoch kein Geschenk, sondern aktive Beziehungsarbeit:

„Die Liebe stirbt nie einen natürlichen Tod. Sie stirbt, weil wir das Versiegen ihrer Quelle nicht aufhalten, sie stirbt an Blindheit und Mißverständnis und Verrat. Sie stirbt an Krankheiten und Wunden, sie stirbt an Müdigkeit. Sie siecht dahin, sie wird gebrechlich, aber sie stirbt nie einen natürlichen Tod. Jeder Liebende könnte des Mordes an seiner eigenen Liebe bezichtigt werden“ (Anais Nin).

Literatur

- Badinter E (1987) Ich bin Du. Die neue Beziehung zwischen Mann und Frau oder die androgyne Revolution. Piper, München
- Balint M (1966) Die Urform der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart
- Blanck R, Blanck G (1978) Ehe und seelische Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Boszormenyi-Nagy I (1975) Eine Theorie der Beziehungen: Erfahrung und Transaktion. In: Boszormenyi-Nagy I, Framo J L (Hrsg) Familientherapie, Bd. 1. Rowohlt, Reinbek, S 51-109
- Boszormenyi-Nagy I, Spark GM (1981) Unsichtbare Bindungen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Dicks M (1967) Marital tensions. Basic Books, New York
- Erikson MH (1970) Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Freud S (1914) Zur Einführung des Narzißmus. GW Bd 10, S 138-170
- Gathorne-Hardy J (1982) Romantic love. In: Gathorne-Hardy J (ed) Marriage, love, sex, and divorce. Summit, New York, pp 122-150
- Gottman JM (1979) Marital interactions: experimental investigations. Academic Press London New York

- Harlow HF (1958) The nature of love. *Am Psychol* 13 : 673-685
- Jäckel U (1980) Partnerwahl und Eheerfolg. Enke, Stuttgart
- Jaeggi E, Hollstein W (1985) Wenn Ehen älter werden. Piper, München
- Jung CG (1925) Die Ehe als psychologische Beziehung. In: C. G. Jung: Über die Entwicklung der Persönlichkeit. *GW Bd 17*. Walter, Olten Freiburg i Br, S 215-227 (1978)
- Kacerguis MA, Adams GR (1980) Erikson stage resolution: the relationship between identity and intimacy. *J Youth Adolescence* 9 : 117-129
- Kast V (1984) Paare. Beziehungsphantasien oder: Wie Götter sich in Menschen spiegeln. Kreuz, Zürich Stuttgart
- Kirchler E, Reiter (1988) Marital happiness and interaction in everyday surroundings. A time-sample diary approach for couples. *J Soc Personal Relationships* 5 : 375-382
- Köcher R (1985) Ehe und Familie, Einstellungen zu Ehe und Familie im Wandel der Zeit. Eine Repräsentativuntersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, Baden-Württemberg, Stuttgart
- König K, Kreische R (1985) Zum Verständnis der Paarbeziehungen aus psychoanalytischer Sicht. *Forum Psychoanal* 1 : 239-249
- König K, Kreische R (1991) Psychotherapeuten und Paare. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Levinger G (1980) Toward the analysis of close relationship. *J Exp Soc Psychol* 16 : 510-544
- Levinger G, Snoek DJ (1972) Attraction in relationship: a new look at interpersonal attraction. General Learning Press, Morrison NJ
- Lewis RA (1973) A longitudinal test of a developmental framework for premarital dyadic formation. *J Marriage Family* 35 : 16-25
- Mandel A, Mandel KH, Stadler E, Zimmer D (1971) Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. Pfeiffer, München
- Meissner WW (1978) The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In: Paolino TJ, Mc Crady BS (eds) *Marriage and marital therapy*. Brunner & Mazel, New York
- Mentzos S (1976) Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Murstein BI (1986) *Paths of marriage*. Sage, Beverly Hills
- Norwood R (1986) Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht, gebraucht zu werden. Rowohlt, Reinbek

- Olbrich E (1991) Partnerschaft und Liebe im Erwachsenenalter und Alter: Entwicklung in der Beziehung. In: Spitz-Scherzer R, Kerl F (Hrsg) Partnerschaft und Liebe. Steinkopf, Darmstadt
- Orlofsky JL (1977) Sex-role orientation, identity formation, and self-esteem in college men and women. *Sex Roles* 3 : 561-575
- Orlofsky JL, Marcia HE, Lesser IM (1973) Ego identity status and the intimacy versus isolation crisis of young adulthood. *J Pers Soc Psychol* 27 : 211-219
- Reich G (1987) Partnerwahl und Ehekrise. Fachbuchhandlung Psychologie, Eschborn
- Reich G (1991) Partnerwahl und Ehekrise. Eine familiendynamische Studie. Ansanger, Heidelberg
- Scharff DE, Scharff JS (1987) Object relations family therapy. Aronson, Northvale/London
- Scharff DE, Scharff JS (1990) Object relations couple therapy. Aronson, Northvale/London
- Sieverding M (1988) Attraktion und Partnerwahl: Geschlechtsrollenstereotype bei der Partnerwahl. *Report Psychologie* 9
- Skolnick A (1981) Married lives: longitudinal perspectives on marriage. In: Eichhorn DH (eds) Present and past in middle life. Academic Press, London New York, pp 269-298
- Stierlin H (1975) Familientherapie mit Adoleszenten im Lichte des Trennungsprozesses, 1970. In: Stierlin H (Hrsg) Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart, S 205-215
- Tharp RG (1963) Psychological patterning in marriage. *Psychol Bull* 60 : 97-117
- Theweleit K (1990) Objektwahl über Paarbildungsstrategien und Bruchstücke einer Freundbiographie. Stroemfeld/ Roter Stern, Berlin
- Walster E, Utne MK, Traupman J (1977) Equity-Theorie und intime soziale Beziehungen. In: Mikula G, Stroebe W (Hrsg) Sympathie, Freundschaft und Ehe. Huber, Bern Stuttgart Wien, S 193-220
- Warren BL (1966) A multiple variable approach to the assortive mating phenomenon. *Eugenics Q* 13 : 285-290
- Whitbourne SK, Weinstock CS (1982) Die mittlere Lebensspanne. Urban & Schwarzenberg, München
- Willi J (1975) Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek
- Willi J (1985) Ko-evolution - die Kunst gemeinsamen Wachsens. Rowohlt, Reinbek
- Willi J (1991) Was hält Paare zusammen ? Der Prozeß des Zusammenlebens in psychoökologischer Sicht. Rowohlt, Reinbek

Winch RF (1958) Mate selection: A study of complementary needs. Harper, New York
Wynne LC, Wynne AR (1987) Das Streben nach Intimität. In: Stierlin H, Simon FB,
Schmidt G (Hrsg) Familiäre Wirklichkeiten. Klett-Cotta, Stuttgart

Großeltern, Eltern, Kinder: Liebe - und was noch?

Peter Schwob

Zu Beginn eine Geschichte. Sie heißt „Familienbild“ und stammt vom französischen Lyriker Jacques Prévert (1971). Zugleich stelle ich Ihnen damit ein Vexierrätsel, nämlich: Wo sind die Großeltern?

Die Mutter macht Strickarbeit der Sohn macht Krieg
Sie findet das ganz in der Ordnung die Mutter
Und der Vater was macht der Vater? Er macht Geschäfte
Seine Frau macht Strickarbeit Sein Sohn Krieg Er Geschäfte
Er findet das ganz in der Ordnung der Vater
Und der Sohn und der Sohn was findet der Sohn?
Er findet nichts absolut nichts der Sohn
Seine Mutter macht Strickarbeit sein Vater Geschäfte er Krieg
Wenn der Krieg zu Ende ist
Wird er Geschäfte machen wie sein Vater
Der Krieg geht weiter die Mutter macht weiter sie macht Strickarbeit
Der Vater macht weiter er macht Geschäfte
Der Sohn fällt und macht nicht weiter
Der Vater und die Mutter gehen zum Friedhof
Sie finden das ganz in der Ordnung der Vater und die Mutter
Das Leben geht weiter das Leben samt Strickarbeit und Geschäften
Geschäften Krieg Strickarbeit Krieg
Geschäften Geschäften Geschäftigkeit das Leben samt Friedhof.

Die Großeltern kommen nicht vor, im Text nicht und in den Gedanken der Familienmitglieder nicht. Schon das Fragen nach ihnen sprengt den Rahmen des Texts, denn die Familie lebt fraglos, sie stellt keine Fragen, sie „findet es ganz in der Ordnung“.

Eltern und Sohn leben (und sterben) als Figuren in einer Geschichte, aber ohne Geschichte. Sie leben und handeln, sie bewirken etwas, aber sie suchen nichts und fühlen nichts.

Es ist eine zynische Geschichte, und es ist (unter anderem) eine Parabel auf den Zynismus der Geschichte und derer, die Geschichte machen. Zynisch im Sinne des verletzenden, ätzenden Spotts, zynisch aber auch im antiken Sinne des Kynismus, der Selbstgenügsamkeit: Ich brauche niemanden, also auch keine Vergangenheit. Kein Zweifel: Vater, Mutter und Sohn unserer Familie leben in Wahrheit nicht nur als Einzelwesen, es gibt Verbindungen zwischen ihnen, sie haben eine Geschichte, und es gibt Großeltern als Verkörperung der Vergangenheit, oder es gab sie; aber ihre Existenz ist bedeutungslos, sie ist unbewußt. Wahrzunehmen, für wahr zu nehmen ist nur die Lücke, die sie im Welt- und Selbstbild der Familie hinterlassen haben. Diese Lücke wird von der Aussage über den Vater und die Mutter, sie fänden das „ganz in der Ordnung“, mehr verdeckt als markiert. Wo wurzelt denn diese Ordnung? Und: Welche Ordnung ist es? Was will und bewirkt sie? In den Werten und gerade in den fraglosen Haltungen der Familie liegen Verweise auf ihre Vergangenheit. Das ist therapeutischer Alltag. Meiner Erfahrung nach sind die Großeltern nicht nur in Préverts Familienbild unbewußt, d. h.: In ihrer Bedeutung für die jetzige Situation nicht wahrgenommen, sondern auch in den meisten realen Familien. Daß sie im Text nicht vorkommen, ist das eine, was mich an dem Gedicht angesprochen hat.

Das andere ist das Stichwort Krieg. Ich habe den Text von Jacques Prévert zufällig gefunden in der Woche, in der die Alliierten den Krieg mit dem Irak aufnahmen. Ich hatte Angst in jenen Tagen, daß der Krieg, der ja nicht im Januar anfang, sondern faktisch schon ein halbes Jahr dauerte, die Welt jetzt mit Terror überwuchern könnte. In diese Stimmung paßte der Text von Jacques Prévert haargenau: Der Sohn, der „nichts, absolut nichts findet“, er karikierte für mich sehr präzise die wahnhaft, einsame, im Blick auf die Zukunft todbringende Gewißheit der starken Männer, nur im Moment leben zu können, ohne Blick zurück, und sei es im Zorn. Denn Grund zu Zorn und Verzweiflung gibt es im Nahen Osten nun wirklich genug, und es stimmt auch nicht, daß der Krieg erst ein halbes Jahr dauerte. Er dauert schon seit 1988, 1981, 1973, 1967, 1956, 1948, 1921 - seit wann eigentlich? Ohne Blick zurück ist das aktuelle Geschehen jedenfalls nicht zu verstehen.

Vergangenheit in der Gegenwart für die Zukunft mitdenken

Der Text von Prévert ist ein eindringliches Beispiel dafür, wie wichtig es ist, die Vergangenheit in der Gegenwart für die Zukunft mitzudenken, und dafür, wie innere und äußere Realität, persönliche und politische Geschichte zusammenhängen, gerade auch dort, wo dieser Zusammenhang verleugnet wird. Und er hat mich angeregt zur Lektüre von Arbeiten, die sich mit den psychischen Spätfolgen des Nationalsozialismus befassen und mit den Versuchen, trotz und nach ihm heute zu leben. Mit dem Leben der Kinder, Enkel und Urenkel derer, die damals Opfer, Täter, Zuschauer waren. Was haben denn junge Menschen von ihren Eltern und Großeltern außer Liebe noch mitbekommen?

Ich bin erschrocken beim Lesen, erschrocken über die Distanz und damit Sicherheit, in der ich mich wähnte. Das 3. Reich war für mich, der ich acht Jahre nach seinem Ende und in einem vom Krieg sehr verschonten Land geboren bin, eine Episode außerhalb meines Erfahrungshorizonts, auch wenn ich manches darüber gelesen habe. Und obwohl ich mich schon einige Zeit mit der Frage der Generationengeschichte befasse, auch in meiner eigenen Familie, habe ich die Themen Familie und Krieg noch nie verbunden. Nie vorher ist mir aufgefallen, daß mein Großvater und Adolf Hitler fast im gleichen Jahr geboren wurden und im 1. Weltkrieg indirekt Gegner waren. Später stand mein Vater im 2. Weltkrieg an der Grenze. Ich habe lange nicht gesehen, wie nahe diese vermeintlich historischen Geschehnisse mit der Geschichte meiner Familie und mit meiner eigenen verwoben sind.

Kriegserlebnisse

Ähnlich erschrocken bin ich kürzlich im Verlauf einer Therapie mit einem Ehepaar. Ursprünglich ging es um eine Erziehungsberatung.

1. Fallbeispiel

Die Frau hatte mich weinend angerufen, sie habe soeben das ältere ihrer beiden Kinder geschlagen. Anlaß für ihren Ausbruch war gewesen, daß der Knabe eine sog. Abmachung, er werde zwischen den Mahlzeiten keine Bonbons mehr lutschen, gebro-

chen hatte. Im Verlauf unserer Gespräche zeigte sich, wie wichtig in der Familie das Thema Essen war, wieviel daran abgehandelt wurde. Als darüber hinaus der Vater innerhalb einiger Monate eine Art Anorexie entwickelte und bedrohlich an Gewicht und Körperkraft verlor, kamen wir darauf, wie bestimmend Essen und Nicht-Essen schon in den Herkunftsfamilien beider Elternteile gewesen waren. Mit der Zeit fanden die zwei einen direkteren Zugang zu den Bedürfnissen und Gefühlen, die sie bis dahin durch den Umgang mit dem Essen ausgedrückt hatten (vor allem im Bereich von Autonomie, Aggression, Selbstwert, Erotik), sie setzten sich unmittelbarer auseinander und kamen näher in Kontakt. Es blieb aber trotzdem, für sie und für mich, ein Schleier von Undurchdringlichkeit und Unverständlichkeit über vielem zurück. So stießen wir wiederholt auf ein vages, aber um so beängstigenderes Gefühl von Verletzlichkeit und Bedrohung, unter dem beide litten. Es äußerte sich in ihrer Scheu zu wünschen oder zu streiten, in der Verzweiflung der Mutter angesichts der Bonbongeschichte, im Abmagern des Vaters und im außerordentlich starken Bedürfnis der Eltern nach einer harmonischen Familie. An all diesen Themen kamen wir über längere Zeit nicht weiter.

Schon bald nach Beginn unserer Gespräche hatte ich das Ehepaar gebeten, ein Genogramm zu zeichnen. Hin und wieder hatte ich sie daran erinnert und mich darüber gewundert, wie schwer vor allem der Ehemann die Hausaufgabe fand. Aber erst in einer Therapiestunde in der Zeit, während der ich wieder auf Kriegsthemen aufmerksam geworden war, fragte ich viel genauer nach. Nach wenigen Sätzen stieß ich auf die Information, daß die Mütter und Großmütter beider Ehepartner gegen Ende des 2. Weltkriegs unabhängig voneinander in den großen Trecks aus den Ostgebieten nach Westdeutschland geflohen waren. Auf ihrer monatelangen Flucht vor den Russen hatten sie gehungert und gefroren, Mißtrauen, Angst und Verzweiflung durchlitten. Leid und Leiden wohl gemerkt, die mein Patient und meine Patientin, beide nach dem Krieg geboren, nicht selber erfahren, sondern auf verschlungenen Wegen vermittelt bekommen haben. Es war für mich und das Ehepaar beeindruckend, wie in der Folge viele ihrer Schwierigkeiten verständlicher und zugleich schwächer wurden. Ihre ständige latente Angst, ihr absolutes Bedürfnis nach Geborgenheit und ihr rigider Umgang mit Kochen und Essen hingen offenbar mit den Erlebnissen ihrer Eltern und Großeltern zusammen. Gleichzeitig wuchs der Wunsch der beiden, ihr lückenhaftes Wissen über diese Zeit zu erweitern, auch darüber, was an ihrer Familiengeschichte zu der Lückenhaftigkeit ihres Wissens geführt hatte, ob und was da eigentlich verdeckt werden mußte.

Was mich an dieser Erfahrung erschreckte, war meine Ahnungslosigkeit: Über lange Zeit hatte ich, ohne es zu wollen, durch mein Nicht-Fragen mitgeholfen beim Nicht-Sehen und Verdecken von Zusammenhängen.

2. Fallbeispiel

Kurze Zeit später stieß ich mit einer weiteren Patientin auf Parallelen zwischen ihrer aktuellen beruflichen und privaten Blockierung, ihrer Familiengeschichte und den Ereignissen im Umfeld des 2. Weltkriegs.

Die Klientin, in einem sozialen Beruf tätig, hatte soeben ihre Stelle gekündigt, weil sie den Eindruck hatte, ausgenutzt zu werden. Sie fühlte sich ohnmächtig und hin- und hergerissen zwischen ihrem Chef, ihren Kolleginnen und ihren Patientinnen, obwohl die Arbeit selbst ihr zusagte und sie es auch genoß, unentbehrlich zu sein. Im Grunde, sagte sie, gehe es ihr bei der Arbeit genau gleich wie zuhause: Ihre Eltern rechneten fest damit, daß sie sie im Alter pflegen werde, und ihre älteren Geschwister, alle drei mit Familie und eigenem Haus, erwarteten von ihr als der Jüngsten dasselbe. Sie lebe ja ohne feste Partnerschaft und müsse folglich auch nichts aufgeben. Diese Aussicht fand sie selbstverständlich und gleichzeitig erdrückend. Es stellte sich heraus, daß die Mutter, ihrerseits als Jüngste, mit ihrer Familie im nördlichen Jugoslawien gelebt hatte. Der Vater der Mutter war zusammen mit allen anderen Männern des deutschsprachigen Dorfes von sowjetischen Soldaten erschossen worden. Seine Frau und seine Kinder waren nach sibirischen Gefangenenlagern verschleppt worden und kamen erst nach Kriegsende nach Deutschland und in die Schweiz. Die Großmutter meiner Klientin hatte nacheinander bei zweien ihrer Kinder gewohnt, bis diese gestorben waren. Seither lebte sie im Hause der letzten und jüngsten verbleibenden Tochter, der Mutter meiner Klientin. Daß sich die jüngste Tochter für ihre Mutter aufopferte, war in dieser Familie fraglos klar. Die Jüngste zu sein, hieß dafür verantwortlich zu sein, daß das Schicksal der Mutter wiedergutmacht wurde. Für die junge Frau war dies so klar, daß sie sich auch im Berufsfeld an diesen Imperativ hielt. Und doch waren ihr im Laufe der Zeit Zweifel an ihrer Bestimmung aufgetaucht, und sie hatte sich innerlich davon zu distanzieren begonnen. Weil sie aber noch nicht wußte, wovon genau sie sich distanzieren wollte, fühlte sie sich als ganze Person blockiert.

In beiden Geschichten sind die Klientinnen erst durch das Einbeziehen der Großeltern auf prägende geschichtliche Erfahrungen in ihren Familien gestoßen. Die Figur der Großeltern verkörperte beide Male wichtige Elemente der familiären Erinnerung, die konstitutiv waren für die heutigen realen Beziehungen.

Innere und äußere Realität

Damit sind drei Ebenen angesprochen, für die der Satz gilt: Es braucht den Blick zurück:

1. Die politisch-historische Ebene: Die Repräsentanzen vergangener Ereignisse durchdringen die Aktualität. Das ist eigentlich banal, aber doch im konkreten Fall schwer umzusetzen. Ich erinnere nur an den Weg vom Französisch-Deutschen Krieg zum 1. und zum 2. Weltkrieg mit all den Demütigungen hin und her.

2. Die psychische, emotionale Ebene, sowohl individuell als auch familiär: Hier geht es um all das, womit sich Einzel- und Familientherapie und diese Tagung beschäftigen - Identität und Loyalität, Rollen und Delegationen, wahres Selbst und Neurosen, Identifikationen und Introjekte.

3. gibt es, und dafür plädiere ich hier vor allem, noch eine Ebene, die die beiden anderen verbindet: Den Weg, auf dem die historisch-sozialen Umstände in die Erziehung und in die Identitätsbildung der nächsten Generationen einfließen. Ich denke an die Spätfolgen der angsterfüllten Flucht, von denen mein Patientenpaar berichtet, und an die Spätfolgen der Ereignisse in Jugoslawien auf das Selbstbild der jungen Frau. Nicht nur die intrafamiliäre und intrapsychische Vergangenheit gehört zur Therapie, sondern auch die äußere, historische Vergangenheit. Es geht darum, die Ergänzungsreihe von psychischen und sozialen Einflüssen, von inneren und äußeren Entwicklungen zu verfolgen.

Normal?

„Die Vergangenheit ist nicht tot - sie ist nicht einmal vorbei.“ Diesen Satz von William Faulkner illustrieren die beiden Therapiegeschichten und der Text von Jacques Prévert auf ergreifende Weise. Und er paßt für schwere Einzelschicksale ebenso wie für normale Lebensläufe. Gerade das sog. Normale beschäftigt mich in letzter Zeit: Die Familiengeschichte und das Schicksal derer, die „nichts, absolut nichts finden“, wie Prévert sagt. Das, was Millionen von Menschen erlebt haben, und was sie davon wie weitergeben. Gesellschaftlich gesehen, und im Rahmen der Psychotherapie ist es oft nicht der Rede wert, weil es normal ist. Aber es ist normal nur in dem Sinne, daß es häufig ist. Allein die große Zahl der Leidenden hat die Maßstäbe verrückt und läßt Verrücktes als normal erscheinen.

Müller-Hohagen (1988) vermutet, daß eine große Zahl von Familien heute unter Spätfolgen des 2. Weltkriegs leidet. Er erwähnt eine Reihe von Symptomen und Haltungen, die eine über Generationen hin unverarbeitete Leidensgeschichte signalisieren können. Darunter fällt vieles, was „normal“ aussieht: Sprachlosigkeit, Nebel und Nichtwissen gegenüber der eigenen familiären Vergangenheit, Zynismus, Einfühlungsstörung oder -verweigerung, Selbsthaß (z. B. in Familien von Kollaborateuren), unerklärliche und unaufhebbare Schuldgefühle, Generationenumkehrung und überstarke Rettungsaufträge der Eltern an ihre Kinder (etwa für Eltern, deren Ideale mit dem Kriegsende zusammengebrochen sind). Dazu kommen die unspezifischen Symptome traumatischer Neurosen und des Überlebenssyndroms, wie Angst, Mißtrauen, Erregtsein, vegetative Dystonie, Schlafstörungen, Phobien, Abhängigkeit, Passivität. Schließlich sind häufig eigentliche Reinszenierungen anzutreffen, also Akte, deren Bedeutung dem Handelnden nicht bewußt ist (Stichwort: Identifikation mit dem Trauma) (vgl. Massing 1986, 1991).

Müller-Hohagen (1988) spricht davon, daß die Hölle für die Betroffenen nicht zwölf Jahre gedauert habe, sondern eine Ewigkeit. Hat sie 1945 wenigstens aufgehört? Oder wohin ist der Schrecken verschwunden? Emotional und innerhalb der Familien ist er nicht oder nur in Ansätzen verdaut und wird immer noch weitergegeben. Nach dem Zusammenbruch des 3. Reichs wurden vielen Familien zusätzlich zu den Kriegserlebnissen noch unerfüllte Träume und bittere Enttäuschungen aufgebürdet. Genau an diesem Punkt wird die Verarbeitung der Erlebnisse im Krieg zum wichtigen Beispiel für die Bedeutung dessen, was sich zwischen den Generationen abspielt, und für die Chance, durch eine Erweiterung des Blickwinkels auf die Herkunft und die äußere Realität neue Wege der Heilung, Befreiung oder Erleichterung zu finden (vgl. a. Eckstaedt 1989).

Vergangenheit wahr - nehmen, nicht bewältigen

Das klingt vielleicht nach Vergangenheitsbewältigung und Schuldzuweisung, und beides meine ich nicht. Vergangenheit läßt sich nicht bewältigen, beseitigen - sie ist real. Sie läßt sich bestenfalls anerkennen, als Teil des Erlebten ins Leben integrieren, so daß sie nicht verleugnet oder dissoziiert werden muß, mitsamt einem Teil der eigenen Lebendigkeit. Schuldzuweisung meine ich auch nicht, sagte ich - aber stimmt das? Ich bemühe mich zwar, keine Schuld zuzuweisen, aber gerade *weil* ich mich mitunter in einer vorwurfsvollen Haltung wiederfinde. Darunter liegt (mit Bezug auf das 3. Reich) Angst - meine eigene, die meiner Familie und die des Landes, in dem ich zuhause bin. Und darunter liegen auch Schuldgefühle:

Vielleicht nicht ich, aber wir waren beteiligt, und wir, auch ich, profitierten. Trotzdem nicht den Kontakt zu verlieren, auch dort, wo es um Schuldgefühle, Schuld und Vorwürfe geht, ist schwierig. Aber es ist wohl das Beste und Liebevollste, was möglich ist. Für die Therapie heißt das: Es geht darum, uns selber wahrzunehmen. Und es geht darum, daß wir unsere Patientinnen und Patienten wahrnehmen, damit sie sich selber mitsamt ihrer Geschichte wahrnehmen, als wahr annehmen können. Dies gilt für die Opfer- und die Täterseiten sowohl der Täter wie der Opfer wie der Zuschauer.

Wahr-Nehmung liegt in der Nähe von Liebe, aber vielleicht noch mehr in der Nähe von Achtung (um es mit den Worten des jüdischen Warschauer Ghetto-Arzt Janos Korzszak zu sagen, der mit seinen Waisenkindern in Treblinka starb). Liebe, die Nähe sucht und Verschmelzung riskiert, und Achtung, die die Distanz wahrt, den anderen den anderen sein läßt, ihm auch fremde und befremdliche Seiten beläßt. Wahrnehmung, denke ich, ist die therapeutische Gestalt der Liebe.

Man braucht mit der Anerkennung des Opferseins nicht so weit zu gehen wie Alice Miller (z. B. 1990), die sich ganz auf die Seite des Kindes stellt und die Eltern zu Schuldigen erklärt. Es gibt auch noch Stierlins (1982) Konzept der Allparteilichkeit oder Boszormenyi-Nagys (1981) vielgerichtete Parteilichkeit, nicht nur als Technik in der Therapiesituation, sondern auch als Haltung: Als Versuch, sich zeitweilig ganz auf eine Person einzustellen, ihr Empathie entgegenzubringen, und dann dieselbe Einfühlung für jede der anderen Personen zu entwickeln. Dem steht natürlich die Forderung entgegen, Partei zu ergreifen für die Schwächsten, für die Kinder. Einverstanden: Für das Kind verkörpern die Eltern die Welt, stellen sie dem Kind mit ihren Gefühlen, Wünschen und Handlungen dar, vermitteln ihm den Zutritt zu ihr, und insofern sind sie mitschuldig, wenn das Kind an dieser Welt leidet. Aber diese Argumentation übersieht, daß die Eltern selbst Kinder sind, die ihrerseits von ihren Eltern in die Welt eingeführt wurden und diese Welt anhand der gelebten Wirklichkeit ihrer Eltern erlebt haben. Was not tut: Die Realität wirklich *aller* Beteiligten anzuerkennen.

Identität und Entwicklung

Die zentralen Begriffe im Zusammenhang mit der Generationengeschichte sind für mich Identität und Entwicklung. Beide können nicht im Rahmen einer Ein-Personen-Psychologie dargestellt werden. Identität - und ich lehne mich da unter anderem an den Psychoanalytiker Erik Erikson (1966) und den Soziologen Krappmann (1973) an - Identität hat ebenso stark eine horizontale wie eine vertikale Dimension.

Die *horizontale* Dimension meint die jetzigen Beziehungen. Man muß gleich oder ähnlich sein wie die anderen, damit man verstanden wird und Kontakt findet. Zugleich muß man aber auch anders sein als die anderen, damit man wirklich ich ist, nicht jemand beliebiger. Ivan Boszormenyi-Nagy (1981) schreibt, zweifellos in Anlehnung an Martin Buber:

„Wir sind in dem Ausmaß Individuen, als wir uns von anderen getrennt und unterschieden empfinden. Dies impliziert, daß das Selbst um seines Gesondertseins willen von anderen abhängt.“

Weil Ich nur in Abgrenzung von Du denkbar ist, ist das Du und sind die Erfahrungen mit dem Du untrennbarer Bestandteil des Ich, ja machen dieses Ich erst aus. Loyalität mit dem Du ist nicht ein Gegensatz zur Identität, sondern ihre unabdingbare Voraussetzung.

Konkret heißt das auch, und das ist die *vertikale* Dimension der Identität, daß das Selbstgefühl eines Menschen in Verbindung steht mit seiner eigenen Geschichte, seiner eigenen Lebenszeit, aber auch mit jenen Personen (meist den Eltern), die früh seine Welt bildeten. Diese Verbindung muß nicht äußerlich sichtbar sein; sie kann auch darin bestehen, die verinnerlichten Bilder dieser Personen zu bewahren und den Erwartungen zu entsprechen (oder sich ihnen zu widersetzen), die sie vermutlich hatten. Handlungen, Gefühle, Symptome etc. sind in sich psychologisch und aus der Motivation des Individuums heraus erklärbar. Und doch stehen sie immer auch in Zusammenhang mit der Geschichte und der Gegenwart seiner Beziehungen.

Der Psychoanalytiker Lichtenstein (zit. n. Müller-Hohagen 1988) wird noch konkreter: Die Identität des Kindes, sagt er, bildet sich aus seiner frühen Beziehung mit der Mutter (oder, wäre zu ergänzen, mit einer anderen konstanten Pflegeperson und mit seiner Umwelt). Das Kind erlebt zuerst einmal nicht sich selbst, sondern sich im Spiegel der mütterlichen Reaktionen, sich als die Person, die die Mutter braucht und beantwortet. Aus dieser Spiegelung heraus wächst seine Identität.

„Es sind unbewußte Bedürfnisse der Mutter, über die sich die grundlegendsten Bilder des Kindes von sich selbst herauskristallisieren. Das Kind nimmt sich auf einer ganz urchtümlichen Ebene wesentlich als das wahr, was es für seine Mutter unbewußt bedeutet“ (Müller-Hohagen 1988).

Diese frühe Matrix bleibt natürlich nicht unverändert, aber sie bildet den Hintergrund späterer Erlebnisse. Und in diese frühe Matrix fließen die Erlebnisse der Eltern ein, ihre Träume und Ängste, ihre Erfahrungen mit ihrer konkreten Welt. Das Sein bestimmt nicht nur das Bewußtsein, sondern auch das Unbewußtsein.

Übrigens hat Bertolt Brecht (1971) in einer seiner „Geschichten vom Herrn Keuner“ eine ähnliche Entwicklungs- und Identitätspsychologie entworfen:

„Was tun Sie, wurde Herr K. gefragt, wenn Sie einen Menschen lieben? - Ich mache einen Entwurf von ihm und Sorge, daß er ihm ähnlich wird. - Wer? Der Entwurf? - Nein, sagte Herr K., der Mensch.“

Mehrgenerationen-Perspektiven

Es gibt eine ganze Reihe von Versuchen, vor einem solchen Hintergrundverständnis von Entwicklung und Identität das Zusammenspiel der Generationen zu begreifen. Einige dieser Vorstellungen, vor allem ältere, beziehen sich seltsamerweise ursprünglich auf eine Familie, die nur aus Eltern und Kindern besteht. Als ob die Eltern bei Null anfangen würden. Dementsprechend werden sie rasch einmal zu Tätern stilisiert. Auch diese Konzepte lassen sich aber ohne weiteres auf mehrere Generationen erweitern. Andere sind bereits für die Mehrgenerationen-Perspektive entwickelt worden und enthalten ein größeres Maß an Zirkularität. Alle beschäftigen sich mit der Frage, was die Generationen innerlich verbindet, wie Erfahrungen fortwirken, und auf welchen Wegen individuelle und familiäre Identität vererbt und weiterentwickelt wird. Sie drehen sich um die intrafamiliäre Übertragung von intrafamiliären Werten und Normen, Defiziten und Phantasien. Was aber bei allen zu kurz kommt, ist der Blick auf die gesellschaftlichen, historischen Einflüsse.

Was tut der einzelne für seine Familie? Zwei ältere Konzepte, die ursprünglich von einer Zwei-Generationen-Sicht ausgehen, sind Richters (1963) Rollenzuschreibungen und Stierlins (1978) Delegation. Gemäß diesen Vorstellungen tendieren die Eltern unbewußt dazu, ihre eigenen emotionalen Defizite durch die Kinder wettmachen zu lassen. Sie erleben und behandeln die Kinder als Wiederverkörperung einer früher wichtigen Person oder als Personifizierung eines bestimmten Selbstanteils, oder sie unterstützen unbewußt das Kind bei Verhaltensweisen, die elterliche Defizite wettmachen. Der Anpassungsmechanismus der Identifikation mit der Rolle überschneidet sich damit: Parin (1983) bezieht sich zwar auf Rollenzuschreibungen aus dem ideologischen Überbau der Gesellschaft, aber vermittelt werden diese mindestens teilweise in der Familie. Der einzelne macht sich Zuschreibungen zu eigen, macht aus objektiven Rollen subjektive, um innere und äußere Konflikte energiesparend zu lösen und narzißtische Befriedigung zu erreichen.

Auch die Konzepte des Falschen statt Wahren Selbst (Winnicott 1974), der Mystifikation (Laing 1975) und des Familienmythos (Boszormenyi-Nagy 1981) lassen sich in diesem Zusammenhang sehen: Sie zielen auf den Beitrag, den ein einzelnes Familienmitglied (häufig der sog. Patient) zum emotionalen Wohlergehen der Familie leistet, indem es eine Haltung, eine Wunschphantasie, eine Befürchtung oder das Fremde schlechthin verkörpert. Das Clangewissen (Parin 1983) und die Schuld- und Verdienstknoten (Boszormenyi-Nagy 1981) sind die familienbezogenen Parallelen zum individuellen Über-Ich: Sie lenken, entlasten und nähren den einzelnen, halten ihn in Verbindung mit seiner Primärgruppe und regulieren deren Zusammenhalt. Was Willi (1985) als Korrektur der Familiengeschichte durch die Generationenfolge beschreibt (etwa indem Kinder bestimmte PartnerInnen oder Berufe wählen, die einen fehlenden Aspekt der Familie ergänzen können), läßt sich als Schlußfolgerung aus diesem familiären Über-Ich verstehen. Dasselbe gilt für den Aspekt der Reinszenierung: Kindliche Symptome sind nachvollziehbar als Darstellung von Gefühlen, Erinnerungen und Phantasien, die eigentlich den Erwachsenen gehören, ihnen aber unerträglich sind.

Schließlich noch eine unbewußte Funktion, die Kinder häufig übernehmen: Schon durch ihre bloße Existenz, falls nötig auch mit Hilfe von Symptomen, vermitteln sie zwischen ihren Eltern und Großeltern. Sie helfen versöhnend mit, den Graben zwischen den Generationen zu überbrücken, der für die Ablösung der Eltern von den Großeltern nötig war. Damit tragen sie, phylogenetisch oder eben familiendynamisch gesehen, zum Fortbestand der Gruppe bei. Entscheidend an all diesen Beiträgen des Kindes ist, daß sie auch eine Anpassung an die Familie darstellen. Durch Introjektion und Identifikation übernimmt es die Werte seiner Umgebung, gerade auch dort, wo es sie bekämpfen oder verleugnen hilft.

Umgekehrt: Was tun und was sind die Älteren für die Kinder? Ich beschränke mich hier auf zwei Aspekte, die beide zu der weniger offensichtlichen Rolle der Großeltern gehören. Den einen habe ich (Schwob 1988) *Quadrangulation* genannt, in Anlehnung an die Triangulation.¹

Die Großeltern können als viertes Objekt in der Quadrangulation das Kind dabei unterstützen, sich innerlich von der ambivalent gewordenen Elternbeziehung zu distanzieren, die in unserer Lebensform der Kleinfamilie oft sehr verstrickt ist. Sie können sich dem Kind im guten Falle verwöhnend und bar aller Erziehungsabsichten zuwenden; sie wissen aber auch noch, daß die jetzigen Eltern auch einmal Kinder waren. Beides relativiert die Eltern und macht sie damit dem Kind für eine realistischere, reifere Identifikation zugänglich.

¹ Triangulation als Dreiecksbildung, der Beitrag eines Dritten, meist des Vaters, dazu, daß das kleine Kind sich schrittweise aus der Symbiose mit der Mutter löst und eine neue, autonomere Beziehung mit ihr aufzunehmen wagt.

Die Großeltern verkörpern zudem Zeit und Geschichtlichkeit. Gerade durch die gewisse Fremdheit, die ihre Berichte auszeichnet, machen sie Zeitunterschiede und Veränderungen sinnlich spürbar. Sie sind die personifizierte Geschichte, indem sie Hoffnung oder Bitterkeit, Entwicklung oder Erstarrung, Halt oder Ziellosigkeit darstellen. Das tun sie, wenn sie von früher erzählen. Sie tun es aber auch, wenn sie nichts erzählen, sondern einfach da sind, und sogar, wenn sie schon gestorben sind. Ihr Einfluß auf die Kinder, auch ihr indirekter (sozusagen durch die Personen der mittleren Generation hindurch), ist nicht zu unterschätzen. Freud (1978) bemerkte dazu, daß das Über-Ich der Kinder nicht nach dem elterlichen Vorbild geformt werde, sondern nach dem des elterlichen Über-Ich. Aber auch das Ich und das Es unterliegen historischen Bedingungen: Auch Wünsche, Abwehr- und Bewältigungsstrategien sind „erblich“, narzißtische Beziehungsformen entstehen aus realen Mängeln und Entwicklungsverzerrungen.

Zum Normalen Fragen stellen, die Vergangenheit erkunden

Die kindliche Identität ist mitgeformt von einer langen Kette von Ereignissen und Erlebnissen. Wenn Psychotherapie heißt, innere und äußere Realität wahrzunehmen und für wahr zu nehmen, dann werden neben den inneren Erlebnissen, Selbst- und Weltbildern, Phantasien und Wünschen auch die äußeren Ereignisse und die Gefühle der anderen zum Thema. Auch sie sind wahr. „Erkenne dich selbst“: Das braucht und ermöglicht erst das „erkenne die anderen“.

In der Psychoanalyse geht es nicht um effiziente Veränderung von außen her. Es geht ums Verstehen, ums Erforschen, um Emanzipation, um die innere Realität - wie werden aus Ereignissen Erlebnisse? Und es geht darum, die Patienten in der therapeutischen Beziehung zum Erforschen anzuregen, nicht darum, sie als Objekt zu erforschen. Aber dazu bedarf es des Hintergrunds, des „Widerstands“, des Widerständigen: Sich selber erforschen kann man nur über das andere, das Fremde. Was uns so selbstverständlich umgibt wie die Luft, z. B. familiäre Normen und Haltungen, können im Normalfall gar nicht wahrgenommen, geschweige denn benannt und verstanden werden. Unsere Aufgabe in der Therapie ist es unter anderem, Normales in Frage zu stellen, zum Normalen Fragen zu stellen, um es entwicklungsfähig zu machen.

Paul und Goldy Parin und Fritz Morgenthaler haben sich in ihren ethnopsychanalytischen Studien auf die Suche gemacht nach den Determinanten der psychischen Realität in der Außenwelt. Sie haben mit Hilfe eines Umwegs zu westafrikanischen Völkern soziale und psychische Mechanismen herausgefunden, die auch

bei uns beobachtbar sind, wenn man sie kennt. Vielleicht ist manchmal nicht eine Ortsveränderung nötig, um dort zu erkennen, was hier geschieht, sondern eine Reise durch die Zeit, um anhand des Damaligen zu erkennen, was jetzt geschieht.

Was Haidée Faimberg (1987) *Telescoping* nennt und Judith Kestenberg (1989) *Transposition*, ist die Tatsache, daß manche Patienten mit einem Teil ihrer Person in der Vergangenheit leben, ohne es zu wissen. Und zwar in einer sehr konkreten Vergangenheit, in der ihre Eltern oder Großeltern gelitten haben. Erinnern und Durcharbeiten statt Wiederholen, d. h. in diesen Fällen, die Vergangenheit als Vergangenheit überhaupt erst erkennen, sie benennen, sie von der Gegenwart unterscheiden. Dazu braucht es den Blick zurück.

Der neunjährige Momik in David Grossmans Roman (1991) löst das Problem auf seine Weise, auch wenn er daran scheitert. Er ist der Sohn von KZ-Überlebenden, die sich durch Schweigen schützen, und leidet sehr unter dem Vakuum an verbindendem Sprechen und Wissen. Angeregt durch einen wieder aufgetauchten, totgeglaubten Großvater, versucht er die Nazibestie, wie er sie nennt, im Keller zu züchten. Er sperrt eine Taube, eine Katze und anderes Getier ein und plagt sie, um die Bestie aus ihnen hervorzulocken und zu besiegen, seine Eltern endlich und endgültig vor ihrer Angst zu retten. Ein Wahn vielleicht - aber einer, der Leben schafft, indem er die Vergangenheit erkundet.

Die Großeltern verhelfen nicht nur in der Familie, sondern auch in der Psychotherapie zur Quadrangulation: Wenn von ihnen die Rede ist, liegt es viel näher, die reale, äußere Vergangenheit zu erkunden, als wenn nur von Eltern und Kindern die Rede ist. Vielleicht entpuppt sich die eine oder andere Frühstörung als Spiegelung einer psychotischen Realität, und der eine oder andere Widerstand als bestmögliche Reinszenierung eines Geheimnisses. Dabei kann es nicht darum gehen, jemanden zu beschuldigen oder zu entschuldigen. Das, was geschehen ist, ist auch im Rückblick kaum zu erklären. Aber es zu denken und zu fühlen, es dem Gefängnis des Schweigens und der Einsamkeit zu entreißen, es ins Leben zurückzuholen, ihm und vor allem den handelnden und leidenden Menschen einen Platz zu verschaffen, das ist möglich. Denn das sind Menschen, mit denen wir verbunden sind, und die unsere Identität mitprägen - die Frage ist nur, ob bewußt oder unbewußt, ob im Denken und Fühlen oder in Symptomen. Mit anderen Worten, nämlich denen einer japanischen Sentenz: Ich wollte, wir liebten die Alten mehr und ahmten sie weniger nach.

Therapeutischer Narzißmus

Aber vielleicht liegt gerade hier die Schwierigkeit, der Grund unserer Scheu: Den Raum der inneren Bilder und der engen, direkten Beziehungen zu erweitern, uns daneben auch der äußeren, historischen Realität zuzuwenden, also den Zusammenhang von Liebe und Politik zu suchen, das entthront uns - uns Patientinnen und Patienten, uns Therapeutinnen und Therapeuten, uns Kinder.

Es macht deutlich, wie begrenzt, eingebettet und gegenseitig abhängig wir sind, einmal mehr nicht Herr und Frau im eigenen Hause. Es beleuchtet unsere Größenphantasien. Vielleicht geht es zuletzt um unsere Wünsche, frei und unsterblich zu sein oder doch wenigstens als Berufsleute die Patienten von ihren Bedingtheiten zu erlösen; unseren Wunsch, sie so uneingebunden und absolut zu machen wie die Familie im Gedicht von Prévert. Für viele Nicht-Psychotherapeuten ist die Kraft der Gefühle und des Unbewußten bekanntlich schwierig zu denken. Aber ebenso schwierig zu denken ist wohl für viele von uns die Fremdbestimmtheit unseres Handelns.

Literatur

- Boszormenyi-Nagy I (1981) Unsichtbare Bindungen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brecht B (1971) Geschichten vom Herrn Keuner. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Eckstaedt A (1989) Nationalsozialismus in der zweiten Generation. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Faimberg H (1987) Die Ineinanderrückung der Generationen. Jb Psychoanal 20 : 114-142
- Freud S (1978) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt aM
- Grossman D (1991) Stichwort: Liebe. Hanser, München
- Kestenberg J S (1989) Neue Gedanken zur Transposition. Jb Psychoanal 24 : 163-189
- Krappmann L (1973) Soziologische Dimensionen der Identität. Klett-Cotta, Stuttgart
- Laing DL (1975) Mystifikation, Konfusion und Konflikt. In: Boszormenyi-Nagy I, Framoo JL (Hrsg) Familientherapie. Rowohlt, Reinbek
- Massing A (1986) Bis ins dritte und vierte Glied. Psychosozial 28 : 27-42
- Massing A (1991) Die Reinszenierung nationalsozialistischer Weltbilder im psychotherapeutischen Prozeß. Forum Psychoanal 7 : 20-30
- Müller A (1990) Vergeben und vergessen? Psychologie heute 4 : 54-57
- Müller-Hohagen J (1988) Verleugnet, verdrängt, verschwiegen. Kösel, München

Parin P (1983) Der Widerspruch im Subjekt. Syndikat, Frankfurt aM

Prévert J (1971) Gedichte und Chansons. Rowohlt, Reinbek

Richter HE (1963) Eltern, Kind, Neurose. Klett, Stuttgart

Schwob P (1988) Großeltern und Enkelkinder. Asanger, Heidelberg

Stierlin H (1978) Delegation und Familie. Suhrkamp, Frankfurt aM

Willi J (1985) Familiengeschichte: Evolution familiären Ideengutes. Familiendynamik
2 : 170-187

Winnicott DW (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München

Vater und Tochter

Psychoanalytische Überlegungen zur Dynamik von Auflehnung und Ablösung in der Autobiographie der Luise Rinser

Wolfgang Steffens

Zur Introspektion bevorzugt begabte Künstlerinnen oder Künstler gewähren uns oft einen Einblick in schmerzliche Vorgänge ihrer inneren Welt, die uns über das Persönliche ihres Schicksals hinaus Einsichten und Erkenntnisse allgemeinerer Bedeutung vermitteln. Luise Rinser gibt in ihrer Autobiographie (1984) ein dramatisches Zeugnis der gefühlsintensiven Beziehung zu ihrem Vater und vertieft damit unser Verständnis der Bedingungen, die eine Ablösung der Tochter vom Vater erschweren können. Zunächst sind allerdings einige Vorbemerkungen nötig, um den Beitrag zu verdeutlichen, den die psychoanalytische Theorie zur Vater-Tochter-Beziehung gemacht hat.

Freud hat sich auf dem Gebiet der psychosexuellen Entwicklung des Sohnes, insbesondere bei der Formulierung des ödipalen Konflikts sicherer gefühlt, als bei der Darlegung der psychodynamischen Kräfte, die die Vater-Tochter-Beziehung kennzeichnen. Dies ist um so erstaunlicher, weil er die Grundlagen der psychoanalytischen Theorie und Praxis in Analysen junger Frauen, also bei Töchtern, entwickelt hat. Immerhin bezeichnet er die Frage, „wie sich das Weib aus dem bisexuell veranlagten Kind entwickelt“ (Freud 1932) als eine der wichtigsten Rätselfragen, über die Menschen zu allen Zeiten nachgedacht haben, und er zitiert Heine:

„Häupter in Hieroglyphenmützen, Häupter in Turban und schwarzem Barett, Perückenhäupter und tausend andere arme schwitzende Menschenhäupter ... “. Und er fährt fort, „auch sie werden sich von diesem Grübeln nicht ausgeschlossen haben, insofern sie Männer sind; von den Frauen unter ihnen erwartet man es nicht, sie sind selbst dieses Rätsel“ (Freud 1932, S.120).

Bemerkenswerterweise sind es in jüngerer Zeit gerade die Töchter, nicht die Väter, die über die Vater-Tochter-Beziehung nachdenken und vielleicht dabei auch ins Grübeln geraten. Sollte dies heißen, daß die Geburt einer Tochter und die Aufgabe, dieser Tochter ein Vater zu sein, den Vater vor ein Rätsel stellt, und welcher Art Rätsel könnte es sein?

Anstelle einer Antwort findet sich bei Freud eine weitere Frage:

„Was verlangt das kleine Mädchen von der Mutter? Welcher Art sind seine Sexualziele in jener Zeit der ausschließlichen Mutterbindung?“ (Freud 1928).

Und er konstatiert, die Antwort, die das analytische Material auf diese Frage gebe, stimme ganz mit „unseren Erwartungen“ überein. Die hiermit behauptete Beziehung zwischen den „Erwartungen“ und dem „analytischen Material“ wird offenbar verwickelter, wenn es darum geht, die Konflikte in der Beziehung zwischen Vater und Tochter, und die in dieser Beziehung auflebenden Phantasien und triebhaften Wünsche zu begreifen. Führt man Freuds Gedankengang nämlich weiter, so verwandelt sich die Frage: Was verlangt das kleine Mädchen von der Mutter, in zwei neue Fragen: Was verlangt die Tochter vom Vater, und ebenso: Was erwartet der Vater von der Tochter?

Unsere Sprache läßt uns in dieser Angelegenheit im Stich, denn sie kennt zwar das Wort „Bemutterung“, während der korrespondierende Begriff „Bevaterung“ fehlt (vgl. Olivier 1987). Nun betrifft die fehlende Bevaterung natürlich den Sohn ebenso wie die Tochter, aber das Interesse des Vaters an seiner Tochter stößt offenbar von Geburt an auf eine Herausforderung: Das Rätsel des Geschlechtsunterschieds.

Oskar Hammerstein, ein amerikanischer Schriftsteller, drückt es so aus: „Mit einem Sohn kann man Spaß haben, doch einem Mädchen muß man Vater sein“ (zit. n. Wakerman 1988).

Dies bedeutet nichts anderes, als daß es dem Vater vertrauter ist, sich in seinen Sohn hineinzusetzen, seinem Erleben nachzuspüren, weil er auf etwas zurückgreifen kann, was er bei sich selbst kennt. Bei der Tochter ist er hingegen mit dem Geschlechtsunterschied von Beginn an beschäftigt, der sich nicht allein auf die Andersartigkeit der Genitalien, vielmehr auf Unterschiede im Denken und Fühlen bezieht, die anzuerkennen und auszuformulieren Anlaß zu vielfältigen Konflikten bieten kann.

Vermutlich wird mir der Leser/die Leserin längst zweierlei vorhalten wollen, nämlich, daß ich mich auf eine Theorie Freuds beziehe, die keineswegs unumstritten sei, zweitens habe sich die Haltung der Väter inzwischen verändert, insofern die „neuen Väter“ sich zunehmend auf ihre Töchter einlassen. Ich möchte dem entgegenhalten, daß Freud seinen eigenen Theorien insofern ein guter Vater war, als er ihnen gestattete, sich zu entwickeln und Beziehungen zu anderen Gedanken und Denkern aufzunehmen, nicht zuletzt hat er sie selbst verändert, sobald sich sein eigenes Denken gewandelt hat. Und ist es nicht genau dies, was wir von einer guten Beziehung zwischen Vater und Tochter erwarten, einer Beziehung, die den unter-

schiedlichen Gefühlen und Gedanken Raum läßt, und die sich entsprechend den sich im Verlauf der Lebensentwicklung verändernden Bedürfnissen und Einstellungen zu wandeln vermag? Wäre dies so, gäbe es keinen Anlaß für die vielfältigen Klagen der Töchter, die wir heute so vernehmlich lesen und hören. Gerade die Ablösung der Tochter vom Vater ist begleitet von Konflikten, die das ganze Leben überschatten können. Ein beeindruckendes Zeugnis für die geradezu lebenslange Persistenz dieser Konflikte und das lebenslange Ringen um eine persönliche Trennung vom Vater gibt Luise Rinser in ihrem autobiographischen Roman *Den Wolf umarmen*, auf den ich nun näher eingehen möchte.

Ich bin mir dabei bewußt, daß sich in den autobiographischen Ausführungen der Autorin möglicherweise Beziehungsmuster und Konflikte erkennen lassen, die denen nicht unähnlich sind, die sich zwischen Vater und Sohn abspielen und beispielsweise von Kafka in seinem Brief an seinen Vater dokumentiert wurden. Luise Rinser hat ihr Buch veröffentlicht, als sie bereits 70 Jahre alt war. Und doch beschreibt sie den Konflikt mit ihrem Vater in einer beklemmenden Aktualität - als sei die Zeit stehengeblieben und eine Versöhnung mit dem Vater am Ende des eigenen Lebens dringlicher als je zuvor und zugleich fast aussichtslos. Dabei schien der Beginn der Beziehung zwischen Vater und Tochter Rinser unter einem glücklichen Stern zu stehen. Sie weiß zu berichten von einer aufmerksamen Anteilnahme des Vaters an ihrer Entwicklung bereits in früher Kindheit. Das Verhängnis muß aber schon in dieser frühen Anteilnahme seinen Lauf genommen haben, denn so fragt sie rückblickend,

„was eigentlich habe ich Dir angetan, außer daß ich nicht so sein konnte, wie Du mich wolltest: Dein Ebenbild“. Und mit bitterer Galle angefügt: „Vater-Gott“ (S. 101).

Der Vater war von früh an, blieb das ganze Leben derjenige, der in ihrem Kopf herrschte, 40 Jahre lang, so resümiert sie nach seinem Tod, stand immer die Frage vor ihr,

„was wird mein Vater sagen?“

Der Vater, der „forderte und zugleich dämpfte und einengte und dem ich nie genügte, bis heute nicht“ (S. 263). Und an anderer Stelle heißt es, „Lob gab es nie, niemals, für nichts“ (S. 48).

Es wundert nicht, daß die Tochter sich mit den ewigen Selbstzweifeln des Vaters, seiner „Nekrophilie“ identifizierte, so daß sie trotz all' ihrer Erfolge nichts von sich hielt. Auch seine Schwermut übernahm sie und litt darunter.

Freilich gab es auch eine andere Seite in der Beziehung zwischen Vater und Tochter, die sich auf die Musik konzentrierte. Hier waren sich beide nahe, und ihr Interesse, besser gesagt ihre Begeisterung für Musik hatte auch Auswirkungen auf

ihre Partnerwahl. Es war ihr klar, ihr späterer Partner mußte musikalisch sein. Und so heiratete sie nach dem Tod ihres ersten Mannes, einem Kapellmeister, der im 2. Weltkrieg fiel, später den Komponisten Karl Orff.

Bei der Lektüre ihrer Autobiographie fällt auf, welche randständige Rolle die Mutter in ihren Ausführungen spielt. Es fällt nicht schwer, dies als ein Zeichen von tiefer Enttäuschung der Mutter gegenüber zu verstehen. Dies wird besonders an der Stelle deutlich, wo die Tochter sich dem Vorwurf des Vaters anschließt, der die Mutter als „die kalte Sailerin“ bezeichnete. Von der Mutter, so erinnert Luise Rinser, wurde sie oft geschlagen, und die Mutter habe dem Vater das Musische geneidet. Wie läßt sich dies nun begreifen, die Konzentration auf den Vater, die innere Fixierung an ihn, verbunden mit einem Ausstreichen, geradezu Negieren der Mutter und ihren Fähigkeiten? Warum zählt die Mutter fast nichts? Nur am Rande erfahren wir, daß die Mutter eine gute Erzählerin war, somit auch eine gute Beobachterin und d. h., die erzählerische Begabung der Tochter weist auch auf die Mutter zurück.

Die Gründe für die Fixierung an dieses einengende Vaterintroyekt lassen sich festmachen an dem Vorwurf des Vaters gegenüber der Mutter, der „kalten Sailerin“. Diesen Vorwurf teilen Vater und Tochter nicht nur, sondern er bindet sie wie eine verschworene Gemeinschaft aneinander, ohne daß die Tochter eine Antwort auf die rätselvolle Frage zu finden wußte, warum der Vater denn diese kalte Sailerin liebt, oder liebte er sie vielleicht gar nicht? Statt dessen aber die musikalische Tochter? Wenn anhand der bisherigen Zitate das Bild entstanden sein sollte, die Eltern Rinser seien einander fremd, hätten sich auseinandergelebt, so widerspricht die Autorin diesem Eindruck energisch. Die Eltern schienen sich ganz im Gegenteil zu lieben, an dieser Wahrheit kommt die Tochter nicht vorbei. Zugleich ist diese Liebe das Rätsel und die tiefe Kränkung, denn sie wirft beiden Eltern einen „Paaregoismus“ vor, der sie beide gemeinsam gegen das widerspenstige und trotzig Kind vorgehen ließ. Es liegt auch nahe, daß Luise Rinser im Paaregoismus den Grund sieht, warum die Eltern keine weiteren Kinder wollten, denn diese hätten ihren Paaregoismus gestört. Andererseits gibt es viele Stellen, mit denen sie belegt, wie die Tochter mit dem Vater gerne ihren eigenen Paar-Egoismus gehabt hätte. Die kalte Sailerin-Mutter sollte also den Vater nicht alleine besitzen, und umgekehrt fühlte sie sich vom Vater geradezu verraten, weil dieser gemeinsam mit der Mutter die Tochter als einen Störenfried behandelte, der gemäßregelt werden mußte und gedemütigt wurde. So schreibt sie,

„die Eltern wollten meinen Ungehorsam brechen, mein Anderssein mir austreiben. Meine Erziehung zielte also ab auf ein „Um-Verzeihung-bitten-müssen“.“

Rasch solidarisiert sich der Leser mit der Tochter, teilt ihre Empörung, fühlt sich dazu gedrängt, die Eltern als Täter auf die Anklagebank zu setzen, die sich gegen

das Kind und dessen Lebendigkeit verschworen haben. Auch wenn sich der Rückblick Rinsers auf eine so simplifizierende Täter-Opfer-Ebene nicht reduzieren läßt, muß man ihren Vorwurf, „sie wollten mir mein Anderssein austreiben“, ernst nehmen. Mit diesem Vorwurf stellt sie zwei Parteien in Widerspruch, geradezu Feindschaft gegeneinander: Hier die Eltern und da die Tochter. Aber was mag eine Tochter so anders, so offensichtlich widerspenstig, rebellisch werden lassen? Ich möchte vermuten, daß sie sich angegriffen fühlte, nicht allein durch Forderungen oder Erziehungshandlungen der Eltern, sondern allein der „Paaregoismus“ der Eltern war bereits ein unerträgliches Moment. Und hier befinden wir uns auf vertrautem Boden sowohl der klinischen Psychoanalyse als auch der Kinderbeobachtung. Denn aus der Sicht des kleinen Kindes kann der Anblick der gefühlsmäßig miteinander vereinten Eltern, das Bewußtsein, aus dieser Gefühlsbindung ausgeschlossen zu sein, so schmerzlich sein, daß es sich von dieser Wahrnehmung derart angegriffen fühlt und seinerseits zum Angreifer, zum Störenfried wird. Schließlich ist eine Spirale von gegenseitiger Kränkung und eine resultierende Beschädigung der Liebesfähigkeit auf beiden Seiten die Folge. Wir sind deshalb nicht erstaunt zu hören, daß die Eltern Rinser die ersten Werke ihrer Tochter nicht gelesen haben und sie wegen ihres politischen Engagements auch während der Nazizeit nicht unterstützten oder sie deswegen geschätzt hätten, obwohl zumindest der Vater ein erklärter Gegner der Nazis war.

Aus Rinsers Autobiographie läßt sich deutlich eine verhängnisvolle Konstellation herauslesen: Das kleine Kind kann die Beziehung der Eltern als einen feindseligen Paaregoismus wahrnehmen, auf den es selbst feindselig reagiert. Der Teufelskreis führt zu einer Aufspaltung der Elternbeziehung in ein Vater-Tochter-Paar auf der einen Seite - diese Beziehung ist hochambivalent und bleibt unfruchtbar - und ein Nichtpaar, die Mutter-Tochter-Beziehung. Ich bin überzeugt, daß diese Konstellation bei Rinser als ein Trauma über ihr ganzes Leben aktiv geblieben ist, ihre Autobiographie ist ein Versuch der Aussöhnung und Wiedergutmachung, der allerdings auch die Frage nach dem Geschlechtsspezifischen aufwirft.

Worin könnten sich Tochter und Sohn in der Reaktion auf das in seiner Zusammengehörigkeit als feindselig erlebte Elternpaar unterscheiden? Ich glaube, daß für Mädchen die Aufspaltung der Elternbeziehung in eine Beziehung zur Mutter, die als kalt zurückgewiesen wird, und eine Beziehung zum Vater, dem die Rolle des Retters zugewiesen wird, nicht so untypisch ist. Das kleine Kind muß das Elternpaar so lange trennen, wie es von der Vorstellung einer exklusiven, dyadischen Liebe beherrscht ist. Für die kleine Tochter gilt noch die Alternative: Entweder liebt die Mutter mich oder den Vater, beides geht nicht. Das erste Paar wäre also das Tochter-Mutter-Paar.

Welche psychologischen Notwendigkeiten bringen die Tochter dazu, sich von der Mutter abzuwenden? An dieser Stelle möchte ich noch einmal Freud zitieren:

„Die Abwendung von der Mutter ist ein höchst bedeutsamer Schritt auf dem Entwicklungsweg des Mädchens, sie ist mehr als ein bloßer Objektwechsel“ (Freud 1928, S. 533).

Und an anderer Stelle schreibt er: „Endlich muß die Liebe (zur Mutter) der angehäuften Feindseligkeit erliegen“ (Freud 1932, S. 132).

Freud bringt den Objektwechsel von der Mutter zum Vater also in Verbindung mit einer Enttäuschung an der Mutter, die für das kleine Kind tatsächlich die erste Verführerin sei, insofern sie seinen Körper stimuliere und als Lustspenderin erlebt werde. Freud bringt die Bedingungen, die die Tochter dazu bringen, sich von der Mutter abzuwenden, in Verbindung mit der Enttäuschung der Tochter darüber, daß sie keinen Penis besitzt. Ergänzen wir diese triebpsychologischen Überlegungen durch eine Erklärung, die sich aus der Objektbeziehung des kleinen Mädchens ergibt, ergibt sich folgende Überlegung: Das kleine Kind ist mit der Mutter nicht alleine als einer triebbefriedigenden Lustspenderin verbunden, sondern es teilt mit der Mutter eine frühe Allmachtsphantasie, die man vielleicht so in Worte fassen könnte: Die Mutter und ich, wir sind das ideale Paar, der Vater ist nur ein Störenfried. Diese Phantasie finden wir in der Darstellung der Muttergottes mit dem Jesuskind in eindrucksvoller Weise wieder. Einige Autoren haben dafür den Begriff der „Madonnakonstellation“ gewählt (z. B. Abelin 1986). Aber in dieser Konstellation finden wir die Mutter und den Sohn, denn „nur das Verhältnis zum Sohn bringt der Mutter uneingeschränkte Befriedigung“ (Freud 1932, S. 143).

Ich denke weniger, daß diese Madonnakonstellation an der Wahrnehmung zerbricht, daß ein Geschwisterkind von der Mutter gestillt wird, sondern ich vermute, daß diese dyadische Konstellation, in der der Vater als sexueller Erzeuger ausgeblendet und die Mutter asexuell, also als nicht-sexuelle Gebälerin, imaginiert wird, den Anspruch des Kindes enthält, die Mutter exklusiv, voll und ganz befriedigen zu können: „Wir Zwei sind das vollkommene Paar“. Für Töchter ist das Aufgeben dieser dyadischen Allmachtsphantasie offensichtlich mit einer viel größeren Kränkung verbunden als für den Sohn, so daß sich daraus besondere Gefährdungen für die Vater-Tochter-Beziehung ergeben. Denn wenn der Vater als „Störenfried“ die Bühne betritt, und zwar deshalb, weil er die Mutter begehrt und umgekehrt die Mutter ihn begehrt, verdrängt er das Kind vom Schoß und von der Brust der Mutter, ohne daß er für die Tochter bereits eine angemessene Kompensation anzubieten vermag.

Es stimmt zwar sicher, daß die Tochter im Vater auch den „Retter“ sieht, von dem sie sich erhofft, daß er sie aus der enttäuschenden Beziehung zur Mutter herauszulösen vermag. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß, wie Freud bemerkt, gerade bei Frauen mit einer starken Vaterbindung die zärtliche Abhängigkeit vom Vater unter anderen Vorzeichen die zärtliche Abhängigkeit von der Mutter wiederholt. Der Vater wird damit zum Mutterersatz.

„Fast alles, was wir später in der Vater-Beziehung finden, war schon in ihr (der Mutter-Bindung) vorhanden und ist nachher auf den Vater übertragen worden“ (Freud 1932, S. 127).

Und wir verstehen, daß, je größer die Enttäuschung an der Mutter war, desto mehr soll der Vater mütterliche Züge verkörpern, und desto größer ist auch die Gefahr einer vorzeitigen Sexualisierung der Beziehung zum Vater, die schließlich zu einer Entwertung der Mutter und einer bleibenden Beschädigung des Selbstwertgefühls der Tochter als Frau führen kann.

In diesem Zusammenhang gewinnen auch die Beobachtungen der Forschungsgruppe Margaret Mahlers Gewicht, die belegen, daß Mädchen in der Phase der Loslösung von der Mutter depressiver wirken als Söhne. Ihre Beobachtungen machen deutlich, daß es nicht die Entdeckung der Penislosigkeit allein ist, die das Mädchen depressiv werden läßt, viel mehr Gewicht scheint eine unbewußte Wahrnehmung der mütterlichen Gefühle zu haben, die dem Kind verraten, daß sie als Tochter der Mutter eben doch nicht die gewünschte narzißtische Befriedigung zu geben vermag wie dies offensichtlich ein Sohn der Mutter eher vermittelt (Mahler 1985). Vielmehr liegt hier auch eine Erklärung, daß Töchter bekanntlich mit Puppen spielen, aber diese Puppen immer weiblich sind. Wenn die Tochter sich nun mit Begeisterung und Erwartung dem Vater zuwendet, so scheint mir der Wunsch dahinter verborgen zu sein, etwas hinüberzuretten von dem Verlangen nach Glückseligkeit. Die Tochter verläßt gewissermaßen den Schoß der Mutter und setzt sich mit dem Wunsch auf den Schoß des Vaters, nun mit ihm ein Paar zu bilden, das ideal ist, aus dem der Dritte, also die Mutter, ausgeschlossen sein soll. Hier liegt die Wurzel für Spaltungsvorgänge. Denn wenn der Vater sich nicht deutlich genug von der Mutter unterscheidet, begünstigt er die Aufspaltung in eine Vater- und eine Mutter-Beziehung, die schließlich verhindert, daß die Tochter in sich die Liebe zum Vater und die Liebe zur Mutter integrieren kann. Das Schicksal einer derartigen Aufspaltung findet sich m. E. in Rinsers Autobiographie. Ausdruck dieser Spaltung ist die Fixierung an ein sadistisches Vaterintjekt, um dessen Anerkennung die Tochter lebenslang ringt ebenso, wie sie dessen Verurteilung kaum zu entgehen vermag. Diese Fixierung ist Ausdruck eines fehlenden Entwicklungsschritts, in der die Tochter in einer Position verharrt, in der sie sich feindselig, ausgeschlossen, fühlt, aber auch selbst feindselig ausschließt, weil es keine wirklich tragfähige Dreiecksbeziehung gibt, in der das Kind eingebettet ist und ertragen kann, daß die Eltern zueinander gehören. Erst dann kann das Kind durch eine Identifikation mit ihnen diesen Zustand des Ausgeschlossenenseins überwinden. Anders formuliert heißt das, daß der Vater in spezifischer Weise daran beteiligt ist, ob die Tochter den Mut aufbringt, sich den ödipalen Verwicklungen zu stellen. Dazu gehört freilich auch auf seiner Seite Mut.

Damit die Tochter sich entwickeln kann, muß sie sich Gedanken machen über das ödipale Rätsel, vor das sie sich gestellt sieht. Auch Luise Rinser beschäftigt sich in ihrer Autobiographie mit einer Antwort auf diese Rätselfrage: Warum liebt der Vater die „kalte Sailerin“? Bei der Beantwortung dieser Frage scheitert sie, denn die Konsequenz dieser Fragestellung kann ja nur heißen, daß etwas an dieser Liebe nicht stimmt, daß diese Liebe vielleicht sogar ein Verrat ist. Denn entweder verrät der Vater die Tochter, indem er mit der Mutter gemeinsame Sache macht, oder die Liebe des Vaters zur Mutter ist Betrug, nicht ehrlich. Wenn eine Tochter zu solchen Überlegungen kommt, muß sie konsequenterweise die Mutter als eifersüchtig erleben, und so formuliert Rinser:

„Die Mutter war eifersüchtig auf mich und den Vater, unser gemeinsames Musikerleben.“

Die Tochter Rinser hatte offenbar Anlaß genug zu denken, daß die Liebe des Vaters zur Mutter nicht stark genug ist, und daß sie sich als Tochter auf den Vater nicht verlassen kann. Mit dem Vater gemeinsame Interessen zu haben, gemeinsam Musik zu erleben, ist natürlich nur ein Beispiel dafür, wie die Tochter im Werben um den Vater, in dem Wunsch, seine Aufmerksamkeit zu gewinnen, überprüft, nachprüft, ob sie eine eigenständige, von der Beziehung zur Mutter abgegrenzte Beziehung zum Vater entwickeln kann und darf. Dies setzt eine gehörige Portion Angst frei, nicht nur auf seiten der Tochter, sondern auch auf seiten des Vaters. Für die Tochter geht es darum, sich zu vergewissern, daß sie den Vater umwerben kann, ohne dadurch die Beziehung zur Mutter zu beschädigen oder die Beziehung zwischen Vater und Mutter zu unterminieren. Die vielfältigen Verwicklungen, die sich einstellen können, werden in der Regel in Verbindung gebracht mit den Schuldgefühlen, die sich bei der Tochter einstellen aufgrund ihres Wunsches, die Mutter beim Vater zu ersetzen. Mir scheinen aber ebenso wichtig die Schuldgefühle, die sich in der Beziehung der Tochter zum Vater ergeben.

Dazu möchte ich nun auf eine weitere Unterscheidung eingehen, die für das Verständnis der Psychodynamik der Vater-Tochter-Beziehung von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Was erwachsene Frauen - seien es Schriftstellerinnen wie Luise Rinser oder Patientinnen - über ihre Vaterbeziehung berichten, ist geprägt von Wünschen wie Enttäuschungen, Phantasien und Erinnerungsbildern. Das Bild des Vaters, das sich durch diese Berichte und Erzählungen abzeichnet, enthält also immer auch Vorstellungen davon, wie der Vater hätte sein sollen. Neben dem Bild des „realen“ Vaters gibt es also auch ein Bild vom Wunsch- oder Idealvater. Zur Entstehung dieses Bildes trägt der Vater durch sein tatsächliches Verhalten bei. Er stellt gleichsam der Tochter einen Raum zur Verfügung, in dem sie sich einen Vater erträumt, wie er sein sollte, also ein Wunschbild vom Vater entwickelt. Ich denke, das meinte Grunberger (1977) mit der Formulierung, der Vater sei von

Anfang an für die Tochter ein libidinöses Projekt. Da die Liebe der Tochter zum Vater unverkennbar narzißtische Züge trägt - sie umwirbt und verehrt ihn ja, weil er etwas verkörpert, was sie selbst sein möchte, ist sowohl die Tochter anfällig für narzißtische Kränkungen, die sich aus einer vermeintlichen oder realen Zurückweisung ihres Liebeswerbens ergeben, genauso aber ist auch der Vater als ein Objekt, das entidealisiert werden muß, Kränkungen und Enttäuschungen ausgesetzt. Luise Rinsers Vaterbild ist geprägt von der traumatisierenden Auswirkung eines Vaters, der diese Entidealisierung durch die Tochter nicht zuließ. Eine unüberbrückbare Kluft zwischen dem Wunschbild des Vaters und seinem aktuellen Verhalten ist die Folge. Intrapyschisch wirkt der Vater wie ein Verfolger, der das Wunschbild, das die Tochter sich von ihm machen möchte, angreift, ja zu zerstören versucht. So schreibt Luise Rinser

„Ein Vater irrt sich nie?! Das hast Du im Ernst gesagt. Ein Vater als Vater ist unfehlbar.“

Heißt das nicht, der Wunschvater soll fehlbar sein? Soll der Tochter nicht wie ein unerreichbarer und daher auch unwirklich werdender Vater-Gott gegenüber treten? Rinsers Vater hat diesem Bedürfnis der Tochter, ein narzißtisch besetztes Bild von ihm zu entwerfen, das sie idealisieren kann, von dem sich der eigene Selbstwert herleitet, das Gefühl, eine gute Tochter zu sein, keinen Raum gelassen. Im Gegenteil scheint er versucht zu haben, den Phantasieraum der Tochter einzuengen und total zu beherrschen. Neben ihm durfte es keinen anderen Mann geben, den die Tochter liebt.

All' das gipfelt in einer dramatischen Auseinandersetzung, als die Tochter, 24jährig, dem Vater gesteht, sie wolle heiraten. Ich lasse noch einmal Rinser selbst zu Wort kommen: Nachdem sie ihm, der aus einer alteingesessenen bayerischen Familie stammt, gesteht, daß sie einen preußischen, evangelischen Musikstudenten heiraten will, brach das Unwetter los:

„Protestantisch, ein Preuß, ein armer Musikstudent! Ja, bist Du denn verrückt? Was für eine Zukunft soll das sein? Und eine Mischehe, das kommt nicht infrage. Und wir haben Dich studieren lassen, damit Du jetzt alles hinwirfst? Kein Wort mehr. Diesen Menschen heiratest Du nicht. - Doch, heirate ich ihn - so, sagte er und holte die Bombe aus der Tasche: Habe ich Dir nicht schon einmal gesagt, daß Du aus einer erbkranken Familie kommst?“ (S. 63).

Von einer Erbkrankheit freilich wußte die Tochter nichts. Da dieses Gespräch 1935, im 3. Reich, erfolgte, in dem es ein Erbgesundheitsgesetz gab, demzufolge einem Paar Heirat und Kinderkriegen schlichtweg verboten werden konnte, wenn in der Familie Erbkrankheiten nachgewiesen wurden, war dies natürlich eine gera-

dezu lebensbedrohliche, vernichtende Verurteilung des Vaters. Rinser schreibt, daß sie nach dem Gespräch beschloß, sich umzubringen. Sie lief fort, wollte diesen Vorsatz in die Tat umsetzen, traf aber unterwegs ihren Verlobten, der erst einmal vernünftig feststellte, die Sache müsse nachgewiesen werden. Als die Tochter erfuhr, daß der Vater sie belogen hatte, war sie fassungslos. Sollte dem Vater eine tote Tochter lieber sein, die ihm, dem Vater, gehörte, als eine, die einem anderen Mann zu eigen war? Dennoch versucht sie rückblickend, sich in den Vater hineinzuversetzen. Ihre Vermutung scheint mir sehr stichhaltig, daß ihr Vater, der wegen einer leichten Verkrümmung des Rückgrats, „einem Buckel“, nicht zum Wehrdienst eingezogen worden war, ein Leben lang unter dieser Benachteiligung gelitten, sich als Krüppel gefühlt hat. Die Konsequenz dieser Beeinträchtigung des Vaters war eine Erziehung, mit der er der Tochter ebenfalls das Rückgrat zu krümmen versuchte, gerade, indem er wollte, daß sie puritanisch tugendhaft, untadelig und keusch sein sollte, also Idealen anhängen sollte, die seinem Leben Sinn gaben.

In dieser krassen Form mag die Ablösung einer Tochter vom Vater nur selten eingeschränkt, ja verdammt werden. Aber was mag einen Vater wohl zu diesen Reaktionen bringen? Müssen wir nicht, so ungeheuerlich es klingt, annehmen, daß ein Vater wie Rinser auf die Lebendigkeit und Lebenslust seiner Tochter geradezu neidisch gewesen sein muß, und ihr deshalb eben sein eigenes Erbe an den Hals zu hängen versuchte? Sie soll, wenn sie schon gehen will, auch das Leiden des Vaters, seine Unzufriedenheit, sein verkrümmtes Rückgrat und all' die Negativismen mitnehmen, die der Vater in sich trägt. Diese narzißtisch zu nennende Einstellung des Vaters zu seiner Tochter zeugt nicht nur von dessen ungeheurer Kränkbarkeit, sondern auch von der geradezu lebensbedrohlichen, mörderische und selbstmörderische Phantasien weckenden Gefahr, die mit der Ablösung der Tochter für den Vater verbunden ist. Gerade die Kränkbarkeit des Vaters macht aus dem „libidinösen Projekt der Tochter“ geradezu eine Sackgasse, in der jede Entwicklung steckenzubleiben droht.

Wie könnte nun der Vater aussehen, von dem eine Tochter träumt? Israel (1983) gibt einen bemerkenswerten Hinweis zu diesem Thema. Er beschreibt den Vater, den sich die Tochter wünscht, nämlich als denjenigen, der bereit ist, Mängel auf sich zu nehmen! Mit dieser bemerkenswerten Feststellung wird ein spezifisches Verhältnis zwischen Wunsch und Realität behauptet. Denn der Vater, der bereit ist, Mängel auf sich zu nehmen, ist gleichzeitig einer, der der Tochter intrapsychischen Raum zur Verfügung stellt für Phantasien von einem „vollkommenen Vater so, wie er nie existiert hat“ (Israel 1983, S. 90). Ich möchte ergänzen, so wie er auch nicht existieren darf oder soll, weil gerade die Ergänzung des Vaterbildes in der Phantasie die Voraussetzung schafft für eine Entidealisierung des tatsächlichen Vaters, die nur gelingen kann, wenn die damit notwendigerweise verbundenen Schuldgefühle erträglich sind. Auch Chasseguet-Smirgel (1977) weist

mit ihren Überlegungen in die gleiche Richtung. Sie stellt nämlich fest, daß eine Tochter Ängste entwickelt, wenn der Wunsch Gestalt annimmt, es dem Vater gleichzutun und sich seine Fähigkeiten anzueignen. Dies ist deshalb so, weil der Wunsch des Kindes, sich die Fähigkeiten des Vaters anzueignen, vom Kind als ein Raub erlebt werden kann, mit dem es die Potenz des Vaters beschädigen könnte. Deshalb ist dieser Wunsch von Schuldgefühlen und Ängsten begleitet, es sei denn, der Vater ist in der Lage, „Mängel auf sich zu nehmen“, was ja nichts anderes heißt, als daß er die Angriffe der Tochter überstehen kann, ohne Vergeltung zu üben.

Israel begrenzt die Mängel, die sich mit dem Vaterbild verbinden, nicht nur auf dessen Person oder Charakter. Interpretiere ich ihn richtig, sind diejenigen Mängel folgenschwer, die die Tochter in der Beziehung zwischen Vater und Mutter wahrnimmt, vermutet oder phantasiert, und für die sie eben den Vater verantwortlich machen möchte. Aus dieser Sicht läßt sich der Konflikt zwischen Tochter und Vater Rinser so übersetzen. Das Verdikt des Vaters, das dieser über die Liebe der Tochter zu einem armen, preußischen Musikstudenten ausspricht, bekommt für die Tochter zwangsläufig die Bedeutung, daß der Vater aufgrund seiner Selbstbezogenheit die Mutter nicht wirklich geliebt hat, sie nicht glücklich gemacht hat, mit anderen Worten, daß es der Tochter ähnlich mit dem Vater ergeht wie der Mutter. Die Folge heißt wieder: Liebe ist Betrug, und es ist besser, sich umzubringen als weiterzuleben. Und damit befinden wir uns mitten im ödipalen Drama. Die „Entdeckung der väterlichen Lüge“, die Rinser so eindrucksvoll beschrieben hat, rückt auch Israel ins Zentrum der Enttäuschung der Tochter am Vater.

Diese Enttäuschung kann natürlich verschiedene Facetten und verschiedene Folgen haben, aber ich denke, daß die Entdeckung der väterlichen Lüge mit der Entdeckung einer Wahrheit verbunden ist, die zu Schuldgefühlen führt. Die Wahrheit, um die es der Tochter nämlich geht, bezieht sich auf die Wahrheit über die rätselhafte Beziehung der Eltern zueinander, aus der die Tochter einerseits ausgeschlossen ist, in die sie sich aber andererseits nolens volens verwickeln muß, um sich aus ihr herauslösen zu können. Die Wahrheit, die entstellt werden muß, ist die Wahrheit der eigenen gefühlsmäßigen Beteiligung im ödipalen Konflikt und damit die Welt der Wünsche und Phantasien, die sich auf Vater *und* Mutter beziehen.

Die Ablösung vom Vater als Entwicklungsschritt der Tochter verlangt in der inneren Realität eine Zerstörung des Vaters als einem libidinösen Objekt, von dem man Zuwendung, Anerkennung und andere Liebesbeweise verlangt. In diesem Sinne beschreibt Loewald (1986) die Ablösung von den Eltern als eine Aufgabe am Ende der Adoleszenz, die Schuldgefühle wachruft, weil diese Zerstörung als ein Mord an den Eltern erlebt wird:

„In einem bedeutungsvollen Sinn töten wir unsere Eltern, indem wir unsere Selbständigkeit, unser Über-Ich, entfalten und nicht inzestuöse Objektbeziehungen aufnehmen. Wir usurpieren ihre Macht, ihre Kompetenz, ihre Verantwortung für uns, und als libidinöse Objekte verleugnen und verstoßen wir sie. Kurz gesagt, wir betreiben ihre Zerstörung in bezug auf einige ihrer Eigenschaften, die bisher von lebenswichtiger Bedeutung für uns waren. Eltern leisten dieser Zerstörung ebenso Widerstand, wie sie sie fördern, und sie tun dies nicht weniger ambivalent, als die Kinder ihre Zerstörung durchführen“ (Loewald 1986, S. 384).

Warum Väter dieser „Zerstörung“ im Sinne von Loewald Widerstand entgegensetzen, ist leicht einzusehen. Denn der Vater muß einer Wahrheit über sich selbst ins Gesicht sehen können, die möglicherweise sehr schmerzlich ist. Er muß sich eingestehen, was er aus der Beziehung zu seiner Frau gemacht hat, und was er aus seinen eigenen Fähigkeiten gestaltet, mithin in seinem Leben an narzißtischen Zielen verwirklicht hat.

Die innere Auseinandersetzung mit Mängeln, mit dem, was nicht erreicht wurde, ist in der Lebensmitte für einen Vater dann besonders schmerzlich, weil in der verbleibenden Lebenszeit auch ein Abschied von allzu ehrgeizigen Zielen geleistet werden muß. Luise Riners Autobiographie legt die Vermutung nahe, daß sie als Tochter ein narzißtisches Projekt des Vaters war, und das erfüllen und verwirklichen sollte, was der Vater für sich nicht hatte erreichen können. Diese Konstellation mag ihre künstlerische Begabung sowohl gefördert als auch zu einem lebenslangen Leidensprozeß geführt haben.

Literatur

- Abelin E L (1986) Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. In: Stork J (Hrsg) Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. frommann-holzboag, Stuttgart Bad Cannstatt, S 45-72
- Chasseguet-Smirgel J (1974) Die weiblichen Schuldgefühle. In: Chasseguet-Smirgel J (Hrsg) Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 134-191
- Freud S (1928) Über die weibliche Sexualität. Gesammelte Werke Bd 14. Fischer, Frankfurt aM, S 517-537 (1966ff.)
- Freud S (1932) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 15
- Grunberger B (1975) Vom Narzißmus zum Objekt. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Israel L (1983) Die unerhörte Botschaft der Hysterie. Reinhardt, München

- Loewald H W (1986) Das Dahinschwinden des Ödipuskomplexes. In: Psychoanalyse, Aufsätze aus den Jahren 1951-1979. Klett-Cotta, Stuttgart, S 377-400
- Mahler M S (1985) Bestimmte Aspekte der Loslösungs- und Individuationsphase. In: Studien über die drei ersten Lebensjahre. Klett-Cotta, Stuttgart, S 295-308
- Olivier Ch (1987) Jokastes Kinder. Claassen, Düsseldorf
- Rinser L (1984) Den Wolf umarmen. Fischer Taschenbuch, Frankfurt aM
- Wakerman E (1988) Der verlorene Vater. Heyne, München

Brüderchen und Schwesterchen

Zum Unterschied von männlicher und weiblicher Sozialisation und dem Wert von Geschwisterlichkeit:

Wie Liebe gelernt wird

Linde von Keyserlingk

In Märchen und Märchendeutungen wird viel von Kindern berichtet, die ihr Heim verlassen oder verlassen müssen - von guten und bösen und mächtigen Königsvätern - von guten und bösen und mächtigen Müttern und Stiefmüttern.

Wir neigen dazu, diese Geschichte aus der Sicht des Kindes zu lesen und zu verstehen, also von unten nach oben hin zu den Mächtigen. Sind ausschließlich Eltern in der Kindheit wichtig? Kaum jemand hat sich bisher um die Schwestern und Brüder gekümmert, als die enge und lebensprägende Beziehung auf Geschwisterebene. Was wäre Schneeweißchen ohne Rosenrot, Aschenputtel ohne die Stiefschwester, Hänsel ohne Gretel, der große ohne den kleinen Klaus?

Brüder im Märchen sind bemüht, systemische Veränderungen nicht zuzulassen. Am Anfang einer Geschichte sind sie in diesem Sinne mutig und tätig, holen das Wasser des „ewigen“ Lebens, streuen Kieselsteine zur Heimkehr, meinen zu wissen, wohin sie gehen müssen und nehmen ihr Schwesterchen bei der Hand. Aber an einer entscheidenden Stelle versagt ihr Witz und Verstand, und dann finden sie sich plötzlich in einem Käfig wieder oder werden in Rehe, Raben und Schwäne verwandelt. Wohl dem, der dann eine Schwester hat.

Die Schwester im Märchen ist nämlich schön, hilfreich und gut. Sie ist leistungsfähig, geduldig und vor allem beseelt von einem unerschütterlichen Glauben an ein gutes Ende. Sie opfert ihren Finger für die sieben Rabenbrüder, ihre Stimme und ihr Lachen für die sechs Schwanenbrüder und ihre Menschenwürde für die beiden Stiefschwestern. Sie arbeitet und dient ... und sie liebt.

Sie ist die Protagonistin, die Hauptperson, und wenn wir als Frauen diese Märchen lesen, identifizieren wir uns mit ihr. Wir sind edel, hilfreich und gut, und - übertragen auf unser Leben - glauben wir auch dann noch an das gute Ende, wenn jeglicher Verstand das Gegenteil erweist.

Wir wissen zwar, daß es auch andere Schwestern gibt, böse, neidisch, faul, wütend, häßlich und gierig. Aber das sind eben die anderen, die Stiefschwestern, nicht wir. Diese anderen Schwestern sind immer und unerklärlicherweise Mutters Liebling, und lange Zeit ist Glück und Wohlergehen auf ihrer Seite - lange Zeiten der Kindheit, die vielen Ungeliebten unter uns in schmerzlicher Erinnerung sind.

Ich möchte nun ein Märchen vor Ihnen ausbreiten wie eine therapeutische Metapher, die Schicksal und Chance zweier verflochtener Menschenleben schildert.

Die Krabbelstube der Liebe

Das Märchen von Brüderchen und Schwesterchen erzählt, wie Kinder in der „Krabbelstube der Liebe“ - hier dem Waldhäuschen - durch Probehandeln - durch *Paar-Spielen* - die Art des Liebesstils erlernen, den sie auch später für normal halten und suchen - und über dessen Fehlen sie enttäuscht sein werden:

- Wie man zu jemandem in enge Beziehung tritt (ältere Schwester, jüngerer Bruder oder umgekehrt), ohne sich selbst aufgeben zu müssen.
- Wie man Fertigkeiten entwickelt, die der andere bewundert und brauchen kann.
- Ein Gefühl für die eigene Identität, die sich im andern (und doch ebenbürtigen) spiegelt: Der andere wachsende Erwachsenwerdende.
- Den andersgeschlechtlichen Körper *auch* für normal zu halten, in seinen Äußerungen und Bedürfnissen.
- Eine private Sprache mit persönlichen Sprachelementen.
- Man lernt (oder lernt nicht), wie man Gefühle verbal und nonverbal äußert, empfindet und zu verstehen gibt, *daß* man sie versteht.
- Ob man in der Liebe eine aktive, passive oder wechselwirkende Rolle spielt.
- Ob man Konflikte löst oder verleugnet.

„Alles menschliche Schicksal entzündet sich daran, daß wir in eine Vertrautheit hineingeboren sind, diese wieder lösen und eine neue aufbauen müssen. Dieser Prozeß der Ablösung und Neubindung, in sich schon faszinierend, gewinnt noch zusätzliches Interesse dadurch, daß sich gerade in ihm Natur und Kultur auf dramatische Weise überschneiden“ (Bischof 1985).

So gesehen wäre das Inzesttabu nicht ein Verbot von etwas Schlechtem, sondern ein Gebot zu einem mehr altruistischen, die Entwicklung der ganzen Menschheit fördernden Verhalten.

Märchen sind ein altes, tradiertes Kulturgut und tragen, auch ohne Deutung, ihre Wirkung in sich. Sie entstammen der Kultur der Armut. In der Unterschicht wurden sie jahrhundertlang erzählt, zu Unterhaltung und Belehrung, ja, als eine Art Volkspsychotherapie - manchmal auch für Könige und Fürsten.

Ich hatte das Glück, noch eine intuitiv begabte Großmutter zu haben. Als andere glaubten, ich verstünde noch nichts, fing sie schon an, mir Märchen zu erzäh-

len. Und ich, die ich über meine eigene Verlassenheit nicht weinen konnte, weinte über das Schicksal von Schneewittchen, Schwesterchen und Rapunzel und lachte über Pif Paf Poltrie. So lernte ich Sprache, so wuchs meine Seele.

Als ich später in die Schule kam, starb meine Großmutter, und da schenkte der älteste meiner sieben Brüder mir ein Märchenbuch, dick und grün, die Gesamtausgabe der Kinder- und Hausmärchen der Gebrüder Grimm. Später las ich daraus meinen sieben Kindern vor. Ja, ich fing selbst an Märchen zu sammeln, da, wo sie noch nicht niedergeschrieben, sondern erzählt wurden, in der Südsee.

Als Familientherapeutin interessiert mich nun die Wirkungsweise der Märchen. Was ist die Wahrheit des Mythos, der Märchen und der Träume? Wie kann man sie heilend verwenden? Denn wenn man das will, muß man wissen, was sie erzählen. Diese Überlegungen gibt es seit dem Ende des letzten Jahrhunderts. Geistesgeschichtlich gesehen, führte die psychologische Mythendeutung zur Entdeckung und Anerkennung des Begriffs der Subjektivität und der Innerlichkeit. Das erste und nun weltbekannte Beispiel lieferte Freud mit der „unglücklichen Liebesgeschichte des Königssohns von Theben“, mit Hilfe derer er einen entwicklungspsychologischen Sachverhalt verdeutlichte.

C. G. Jung sah in den Symbolen und Metaphern von Mythen und Märchen die Grundmuster und Konflikte menschlichen Seelenlebens wiedergespiegelt. Er lieferte das notwendige Deutungsinstrumentarium mit seiner Lehre von den Archetypen und dem kollektiven und individuellen Unbewußten.

Gefühl und Sprache formen innere Bilder

„Abends, wenn Schwesterchen müde war und sein Gebet gesagt hatte, legte es seinen Kopf auf den Rücken des Rehkälbchens, das war sein Kissen, darauf es sanft einschlieft.“

Ein schönes Mädchen und ein sanftes Reh, eng umschlungen und verborgen in einem Waldhäuschen; niemand wird dieses Bild betrachten können, der nicht gerührt würde, irgendwie. Man möchte schützend die Hände erheben über so viel Zärtlichkeit und Nähe. Hier entsteht Liebe und wird Liebe gelernt, hier oder nirgends. Hier blüht alles in seiner ursprünglichsten Form, hier möchte man sein und bleiben.

„... Es ist der Wunsch nach einem Leben ohne die harten Gesetze von Abschied und Kampf, nach einem Paradies wie auf alten Bildern, wo die Tiere friedlich beim Menschen ruhen, nach dem schönen Sein vor aller Ordnung, einem goldenen Zeitalter“ (Vielhauer 1978).

Und dennoch wird alles vergehen wie der Flug einer Schwalbe, der Wind in den Zweigen, der Schnee von gestern. Es war einmal. Aber ganz tief in uns selbst lebt es weiter. Nie werden wir es vergessen, das weiche Fell des Rehs, seine großen, ausdrucksvollen Augen, die zärtliche Hand der Schwester und ihre Stimme, die Abendlieder singt. Diese Erinnerung wird bleiben, wird uns zu neuen, liebevollen Taten befähigen, denn wir haben etwas gelernt. So jedenfalls erzählt es das Märchen. Es besteht aus vier Hauptteilen:

- Die Kinder verlassen ihr unglückliches Zuhause und leben im Wald. Aber Brüderchen ist in ein Reh verzaubert.
- Der König holt die Kinder in sein Schloß, und sie leben dort alle drei vergnügt miteinander.
- Aber als Schwesterchen Königin und Mutter wird, taucht die böse Stiefmutter wieder auf und stiftet Unheil und Tod.
- Und im vierten Teil geht es um Auferstehung, Neuordnung und Erlösung.

Wir alle machen uns ja innerlich solche Collagen. Wir mischen Kitsch mit Kunst, Angenehmes mit Grausigem, Verbotenes mit Erlaubtem, Stolzerfüllendes mit Beschämendem. Wir sammeln Bilder, geben ihnen eine bestimmte Bedeutung und fügen sie in neuer, einmaliger Weise zusammen. *Unsere* Weise halten wir für normal und bedenken ungern, daß andere *andere* Collagen in ihrem Inneren verfertigt haben.

Das Märchen von Brüderchen und Schwesterchen

Zwei Kinder fliehen vor der stiefmütterlichen Allmacht in den Wald. Sie übernachten in einem hohlen Baum. Aber die Zauberkraft der „großen Mutter“ reicht weit. Sie hat alle Quellen im Wald des Unbewußten verwünscht. So wird der durstende Bruder - trotz Warnung der Schwester - zum Reh.

Schwesterchen bindet ihm ihr goldenes Strumpfband um, führt ihn zu einem einsamen Waldhäuschen, macht spielerisch Betten aus Moos und Mahlzeiten aus Beeren und Gras. Lange spielen sie, geschützt und glücklich, den Traum vom Erwachsensein.

Da kommt die wilde Jagd des Königs in den Wald. Das Reh will mitrennen und jagen, sei's auch nur als Gejagtes. Aber Schwesterchen hat Angst. „Wenn du wiederkommst, mußt du sagen: Mein Schwesterlein, laß' mich herein. - Sonst mach ich die Tür nicht auf.“

Die Jagd beginnt, und alles scheint gut zu gehen, bis am dritten Tag das Reh von einem Jäger beobachtet wird. Und so findet der König, durch das nicht mehr geheime Lösungswort der Geschwister, Einlaß in das Waldhäuschen. Er nimmt sie mit auf sein

Schloß. Schwesterchen wird Königin und Mutter - und der König geht weiter auf die Jagd. Das Rehlein ruht.

Auf einmal taucht aus dem Nirgendwo die böse Stiefmutter wieder auf und hat eine Stiefschwester mitgebracht. Verkleidet als Kammerfrauen bringen sie die schöne, junge Königin in der überheizten Badestube um.

Nur in der Nacht erscheint sie noch ihrem Kind, ihrem Reh - und schließlich auch ihrem Mann. Aber erst als sie sagt: „Nun komm ich noch diesmal und dann nimmermehr“, verändert der König sein Verhalten und kann die Entschwindende zum Bleiben und zu einem neuen Anfang bewegen. Eine neue Ordnung wird geschaffen. Das Böse wird bestraft und in seine Schranken verwiesen, und das Gute wird erlöst.

Der Weg für ein neues Geschwisterpaar wäre geebnet, mit guten Eltern, die ihre Kinder mit Segnungen statt mit Verwünschungen in das Abenteuer der Menschwerdung entlassen.

Geschwisterbindung und Loslösung von der Mutter

Brüderchen nimmt sein Schwesterchen an der Hand (und zieht mit ihm durchs Märchen). Allerdings gibt er bald seine Aktivität an Schwesterchen ab und verbirgt sich mehr und mehr in seiner Tierhaut, die ihn schützt und behindert. Erst am Ende der Geschichte erhält er seine menschliche Gestalt zurück, und obwohl nun schon fast ein Menschenleben verstrichen ist, in dem die Schwester Königin und Mutter wurde, heißt es im letzten Satz unverändert:

„Schwesterchen und Brüderchen aber lebten glücklich zusammen bis an ihr Ende.“

Ohne Zweifel: diese Geschichte ist ihnen gewidmet, die keine persönlichen Namen haben, wie etwa Hänsel und Gretel oder Fundevogel und Lenchen, sondern die nur mit ihrem Verwandtschaftsverhältnis bezeichnet werden, dem engsten, das zwischen einem Mann und einer Frau bestehen kann. Bruder und Schwester, das Urbild einer Paarbeziehung, das wir in uns tragen.

Im Märchen erfahren wir viel über die Befindlichkeit der handelnden Personen, über die äußeren Umstände dagegen kaum etwas. So passen diese für jeden.

„Brüderchen nahm sein Schwesterchen an der Hand und sprach: 'Seit die Mutter tot ist, haben wir keine gute Stunde mehr.'“

Das versteht jeder auf der ganzen Welt. Wir erfahren nicht, wie Brüderchen aussieht, wie alt es ist, wo es wohnt oder was mit den Eltern geschehen ist. Das

Märchen beginnt auch nicht mit: „Es war einmal ...“, sondern: „Seit die Mutter tot ist, ...“

Das ist die Zeitangabe. Das Drama beginnt mit dem Ende der seligen Mutter-Kind-Dyade (gute Mutterbeziehung). Dieses Drama erreicht für Brüderchenschon im ersten, für Schwesterchen erst im dritten Teil seinen Höhepunkt, denn eine Krise in der Mutterbeziehung tritt beim Knaben deutlich in der Pubertät auf, wenn er zum zweiten Mal seine eigene andere Geschlechtlichkeit erfährt und sich von der Mutter entfernt, die er zugleich begehrt. Wenn sie sich dann bemüht, ihn in einem kindlichen Zustand zurückzuhalten, empfindet er das als hexenhaft, sich selbst aber seiner Wünsche wegen auch als schuldhaft.

Mädchen erkennen die Problematik in ihrer Mutterbeziehung oft erst, wenn sie selbst Mutter werden und sich dann ihrem eigenen Mutterbild wieder zuwenden: „Wie ist eigentlich eine Mutter? Muß ich so sein wie meine? Dann will ich vielleicht lieber überhaupt keine sein. Oder kann ich auch ganz anders sein? Darf ich das?“

Brüderchen und Schwesterchen verlassen ihr Zuhause.

„Abends kamen sie in einen großen Wald und waren so müde von Jammer, Hunger und dem langen Weg, daß sie sich in einen hohlen Baum setzten und einschliefen.“

Sie finden also einen Freund, eine Ersatzmutter, einen hohlen Baum. Was bedeuten uns Bäume?

„Hinter unserem Haus fing gleich der Wald an“, erzählte mir eine Frau. „Dort gab es einen hohlen Baum, eine Eiche ... Einmal hat unsere Mutter sehr mit uns geschimpft. Wir hatten Geld aus ihrem Portemonnaie genommen und uns damit Bonbons gekauft. Mutter sah entsetzlich traurig und enttäuscht aus. „Geht weg“, schrie sie. „Ich will euch gar nicht mehr sehen.“ Wir standen zuerst ungeschlüssig herum. Die Enttäuschung unserer Mutter fiel auf uns wie ein nasser Sack ... Als wir dann in unserem Baum saßen, ging es uns schon besser. Wir saßen dicht beieinander und kauten Nüsse. Wir schauten durch das Loch hinaus. Es fing an zu regnen, und trotz aller Traurigkeit fühlten wir uns geborgen. Wenn mich heute jemand fragt: Was ist Geborgenheit für dich?, dann sage ich: Mit meinem Bruder in einem trockenen Baum sitzen, und draußen regnet es und riecht nach nassem Waldboden ...“.

Im Märchen heißt es:

„Am anderen Morgen, als sie aufwachten, stand die Sonne schon hoch am Himmel und schien heiß in den Baum hinein. Brüderchen stand auf, nahm Schwesterchen an der Hand, und sie wollten das Brunnlein suchen. Die böse Stiefmutter aber hatte alle Brunnen im Walde verwünscht.“

Der nicht vorhandene Vater

Und wo war eigentlich der Vater? Er, der den Kindern helfen könnte, sich ohne Angst aus der engen Mutterbeziehung der ersten Jahre zu lösen? Wenden wir uns kurz dem nicht Vorhandenen zu: Damals wie heute fallen Väter häufig durch ihre Abwesenheit auf. In der Welt des Kindes herrscht die Frau; die Mutter, die Großmutter, die Kindergärtnerin, das Kindermädchen und die Lehrerin - „die Macht der Mütter“. Männer sind unterdes mit den großen und wichtigen Dingen des Lebens beschäftigt, mit Politik und Wirtschaft, mit Krieg und Revolution, mit Umweltverschmutzung und Umweltschutz. In den Märchen sind sie meist auf Reisen oder auf der Jagd. Viele bleiben auch einfach unerwähnt.

Im Leben ist es ähnlich. Die Männer sind auf Reisen oder auf Besprechungen, und wenn auch ihr Körper mal zu Hause ist, so ist doch ihr Geist nimmermüde mit Weltbewegendem beschäftigt. Oder sie fehlen, wie gesagt, ganz im Familienbild. So ist es kein Wunder, daß Therapeuten sich hauptsächlich mit den „schlechten und falschen“ Taten der Mütter ihrer Klienten zu beschäftigen haben. Die einzig schlechte Tat des Vaters ist oft die, daß er überhaupt nichts getan hat. Und daraus läßt sich so wenig direktes Gesprächsmaterial ziehen.

Feministinnen sprechen schon lange von dem „Neuen Mann“, der sich nicht mehr verweigert, auch seine kleinen Kinder ebenso zu umsorgen wie die Frau. Dann wird es nicht nur einen „Neuen Sohn“ geben, sondern ganz besonders eine „Neue Tochter“, die später das Mutterklischee brechen wird. Sie wird eine neue Art von Mutter sein. Sie wird nun endlich auch von Geburt an einen andersgeschlechtlichen Menschen vorfinden, der sie liebenswert und anziehend findet und in ihr nicht das Gefühl der Leere, des „Niemand-seins“ aufkommen läßt, das später zu so vielen psychosomatischen Erkrankungen der Frauen führt, wie es uns auch dieses Märchen schildert.

„Die Tatsache, daß die gleiche Mutter sich um den Jungen und um das Mädchen kümmert, erzeugt eine grundlegende Asymmetrie der Geschlechter. Das männliche Geschlecht verfügt von Geburt an über ein adäquates Sexualobjekt, das andere nicht. Es ist ein Neutrum, eine Spätermalfrau, und muß auf die Begegnung mit einem Mann warten, um Befriedigung und Bestätigung kennenzulernen, und es besteht kein Zweifel daran, daß die fehlende Befriedigung zutiefst den Charakter der Frau prägt und sie auf merkwürdige Weise von den bewundernden Blicken des Mannes abhängig macht“ (Olivier 1987).

Übrigens: Auch „der König (im Märchen) sah das Mädchen freundlich an und sprach: 'Willst du meine liebe Frau sein?' ”

Vom König ist die Rede, nicht - wie sonst - von einem Prinzen. Dies deutet an, daß die vaterlosen Kinder in diesen Mann die Vaterrolle „hineinsehen“. Schwesterchen scheint überwältigt, aber doch wohl nicht von „Gattenliebe auf den ersten Blick“ wie der König, denn als er sie fragt, ob sie seine Frau werden wolle, antwortet sie nicht einfach: „Ja, nichts lieber als das“, sondern: „Ach ja, aber ...“, was in therapeutischem Verständnis ein verschleiertes Nein ist. Zu einer partnerschaftlichen Paarbeziehung ist Schwesterchen eigentlich noch nicht fähig. Sie ist ja noch ein Kind.

Brüderchens Dilemma

Spät tritt das väterliche Prinzip mit dem König in unser Märchen ein, und lange dauert es, bis es zur Wirkung kommt. Unterdessen ist für den Bruder die Schwester zur „besseren Mutter“ geworden: versorgend, liebend, hingebungsvoll, blutsgebunden, aber ohne Rechte auf irgendwelche Macht. Bei vielen berühmten Geschwisterpaaren finden wir diese Bindungskonstellation wieder (z. B. bei Friedrich dem Großen und seiner Schwester Friederike Wilhelmine). Wo die Mutter befohlen hat, kann die Schwester nur bitten.

„Ach Brüderchen, ich bitte dich, trink nicht, sonst wirst du ein Reh und läufst mir davon.“

Zweimal hat der Bruder die Bitte erfüllt, das dritte Mal nicht. Die Mutter siegt (wie wir wissen) über den „windelweichen, süchtigen Schützling“.

Überlegen wir mal: Welche Gefühle steigen mit den Wort „Mutter“ in uns auf? - Ohne Zweifel: Sie sitzt an der Quelle. Ihr Körper hat den unseren entstehen lassen, ihr Geist und ihre Seele haben die unseren geformt. Immer, wenn wir uns den Quellen unseres Lebens zuwenden, werden wir ihr begegnen, im Guten wie im Bösen. Auch in diesem Märchen, wie in vielen anderen, beherrscht die Mutter die Quellen, und zu welcher die durstigen Kinder sich auch wenden, sie hat ihr schon eine Bedeutung und Wirkung zugeteilt. Wolf, Tiger und Reh. Und so wurde der Sohn so, wie ihn seine Mutter haben wollte, ein Bambi. Denn „wie die ersten Tropfen auf seine Lippen gekommen waren, lag es da als ein Rehkälbchen“.

Seine Angst, von den Quellen seines Lebens für immer abgeschnitten zu werden, seine Todesangst also, ist zu groß! Und so steckt er mitten im Dilemma. Trinkt er, wird er verzaubert, trinkt er nicht, verdurstet er. Es gibt scheinbar keinen Ausweg. Was immer er tut, auf welche der beiden Frauen er auch hört, es ist falsch. Dies, so sagt uns C.G. Jung, sei der klassische Beginn eines

Individuationsprozesses. So erhält erst am Ende der Geschichte dieses Brüderchen seine wahre, seine menschliche Gestalt; nicht durch eine heroische Tat, nicht durch das Ableisten schwieriger Aufgaben, sondern einfach durch die dauerhafte Wiederherstellung einer höheren Ordnung, in der jedes Geschlecht und jede Generation ihren richtigen Platz hat und keiner sich opfern oder flüchten muß. Hingabe ist gut, und Tatkraft ist gut. Das ist die archetypische Bedeutung des Geschwisterpaares.

Geschwisterbindung und die Magie des goldenen Strumpfbandes

Älter als die besitzergreifende Mutter und der gleichgültige Vater ist für die mythenbildende Seele das Geschwisterpaar.

Göttliche Geschwisterpaare sind in vielen Schöpfungsmythen die Stammeltern der Menschen, so in Japan und Tonga und bei den Odjibwa-Indianern. In Indien waren es die Zwillinge Yama und Yamuna. Durch die Liebe der Schwester wurde der Bruder unsterblich. Auf sie bezieht sich ein noch heute in manchen Gegenden Indiens geübter Brauch: Schwestern laden in der zweiten Nacht des zunehmenden Mondes im Oktober ihre Brüder ein und bewirten sie mit einem Essen, das aus Tau, Reis und Früchten zubereitet ist. Sie nähen ihnen ein neues Gewand und erneuern ihre Stirnzeichen. Die Brüder bringen ihnen kleine Geschenke mit. Im Andenken an das erste, geschwisterliche Menschenpaar erinnert man sich gegenseitig an ein ideales Verhältnis zwischen Bruder und Schwester, das, allen alltäglichen Unzulänglichkeiten, Gleichgültigkeiten und Verfeindungen zum Trotz, aus den Tiefen des geschwisterlichen Unbewußten jederzeit wieder aufzusteigen vermag.

„Und als sie lange, lange gegangen waren, kamen sie an ein kleines Haus, und das Mädchen schaute hinein, und als es leer war, dachte es: Hier können wir bleiben und wohnen.“

Und was geschieht nun? Die Bemühungen des Schwesterchens sind gescheitert. Zwar hat sie, da sie ja selbst eine Frau ist, die leise Stimme von Mutter Natur verstehen können, die aus der Quelle sprach, aber ihre Warnungen wurden in den Wind geschlagen, wie alle Kassandrarufe hier und anderswo. Und so steht sie nun vor der Tatsache, ein Schicksal als das ihre annehmen zu müssen, das sie doch verhindern wollte.

Wie in vielen Märchen (Fundevogel, Hänsel und Gretel, Die sieben Raben, Die sechs Schwäne) ist auch hier die Treue, Tatkraft und Opferbereitschaft der

Schwester über den Tod und Todesdrohung hinaus unverbrüchlich. Hat sie einmal ein Schicksal mit all den dazugehörigen Gefühlen angenommen und anerkannt, so bleibt sie dabei. Auf sozialer Ebene kann so „Schwester“ zum Beruf werden. Hochzeitsriten in aller Welt sind bemüht, diese tiefe und ursprüngliche Gefühlsebene und Bindungsfähigkeit anzusprechen und auf ein neues Objekt - den Bräutigam - hinzulenken. Der Gatte wird zum Bruder, der vorher Fremde und die Schwiegerfamilie gesellschaftlich zu nächsten Verwandten. - Daß diese Verwandtschaftsverschiebung innerlich aber oft nicht gelingt, wissen wir.

Auch in unserem Märchen, wie in dem von den sechs Schwänen, behält die Treue zum Bruder Vorrang. Und das kommt so: Schwesterchen sitzt neben der Quelle, und das „flüchtige Rehlein“ dem so viel Nähe vielleicht auch wieder Angst macht, ambivalent, wie es ist - ist gerade dabei, sich davonzumachen. Aber Schwesterchen weiß Rat. Sie nimmt kurzerhand ihr Strumpfband ab und bindet es dem Reh um den Hals. - Nun ist ein Strumpfband ja etwas sehr Intimes, und wenn man es da trägt, wo es eigentlich nicht hingehört, nämlich um den Hals, ist es sicher auch sehr auffällig, mindestens so auffällig wie ein goldener Ehering. Der König hat das später auch gleich bemerkt:

„Diese zwei gehören zusammen. Eins ohne das andere werde ich nicht bekommen. Sie sind eine androgyne Gestalt.“

Das Strumpfband von Schwesterchen ist golden. Warum hat Schwesterchen ein goldenes Strumpfband? *Honi soït, qui mal y pense*. Wertvolle goldene Objekte jedenfalls symbolisieren im Märchen Selbsterkenntnis.

In manchen Gegenden Frankreichs bezeichnet man den Regenbogen als das Strumpfband der heiligen Jungfrau. In vielen alten Hochzeitsriten spielt es eine Rolle. So legten in Belgien die Mädchen Strumpfbänder kreuzweise ans Fußende des Bettes und einen Spiegel unters Kopfkissen. Im Traum erblickten sie dann ihren Zukünftigen (Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens 1987). Auch der Zukünftige von Schwesterchen wird durch das Strumpfband zu ihr geführt, das das Reh als etwas Besonderes kennzeichnet. Menschen, die eine neutrale Ehe als „Geschwisterehe“ bezeichnen, wissen nichts von der Magie des goldenen Strumpfbandes.

Aber zuerst einmal verbringen die Geschwister die schönste Zeit ihres Lebens im Waldparadies. Die Abgeschiedenheit und die Tiergestalt halten diesen paradisiischen Seelenzustand aufrecht. „Denn hätte das Brüderchen nur seine menschliche Gestalt gehabt ...“, dann hätte Schwesterchen es wohl heiraten wollen. Viele Geschwisterpaare mögen zu irgendeiner Zeit ihrer Jugend ähnliches gedacht haben.

Bettina von Brentano schreibt an ihren Bruder Clemens:

„ ... als du hereintratst und ich sah dich an und erkannte dich nicht und hielt dich für einen fremden Mann, der mir aber so gefiel mit seiner blendenden Stirn, und dein schwarzes Haar so dicht und so weich, und du setztest dich auf den Stuhl und nahmst mich auf einmal in die Arme und sagtest: Weißt du, wer ich bin? Ich bin der Clemens! Und da klammerte ich mich an dich, aber gleich darauf hattest du die Puppe unter dem Tisch hervorgeholt und mir in den Arm gelegt, ich wollte aber die nicht mehr, ich wollte dich. Ach, das war eine große Wendung in meinem Schicksal, gleich denselben Augenblick, wie ich statt der Puppe dich umhalste ...” (Frauen der Goethezeit 1960).

Der Jägerkönig im Wald des Unbewußten

Und nun kommt der Einbruch eines Dritten in diese Zweisamkeit. Eine neue Geschichte beginnt.

„Es trug sich aber zu, daß der König des Landes eine große Jagd in dem Wald hielt. Das Reh wäre gar zu gerne dabeigewesen. 'Ach', sprach es zum Schwesterchen. 'Laß mich hinaus'. Als der König und seine Jäger das Rehlein mit dem goldenen Halsband sahen, jagten sie ihm alle nach, aber es war ihnen zu schnell und behend. Das währte den ganzen Tag.”

Die Psychoanalyse lehrt uns, im Königreich unseres Selbst den Wald als Ort des Unbewußten zu betrachten. In seine nächtliche Dunkelheit ziehen wir uns zurück oder werden wir verstoßen. Hier begegnet uns unerwartet Gutes oder unerwartet Schlechtes. Verzauberung geschieht, und die Vorbedingungen für Erlösung werden geschaffen. Lange und geduldig muß gedient werden, bei Waldfrauen und Zwergen. Sternblumenhemden werden genäht und Brennholz mitsamt steinalter Mütterchen geschleppt. Manche müssen auf einen Teich aufpassen, in dem alles zu Gold wird, was hineinfällt, und andere verlieren eben dort ihre goldene Kugel. Alles hat Folgen. Der Wald ist niemals Ziel, sondern nur Durchgangsort zu einem anderen Dasein. Man zieht durch ihn hindurch, von einem Königreich ins andere, wie die Gänsemagd oder der arme Müllerbursche; oder man wird vom König des Landes aus diesem Dickicht herausgeholt, und der löst dann ein, was uns allen am Anfang versprochen wurde: Ein gutes Ende.

Der König in seinem Königreich ist das Symbol des alles beherrschenden und ordnenden Bewußtseins. In vager Unzufriedenheit und mit der Vorstellung, daß das Leben doch irgendwie noch interessanter und lustvoller sein müßte, verläßt unser König seine Regierungsgeschäfte und begibt sich in seinem Wald auf die Jagd. Und was begegnet ihm da? Ein knabenhaftes Reh, das ihn durch seine Schönheit

fasziniert, durch seine Schnelligkeit herausfordert und durch seinen goldenen Schmuck verlockt. Die Faszination einer Jagd besteht ja darin, daß der Jäger seine Kräfte messen kann. Noch schneller, noch schlauer, noch stärker, noch wissender als das Tier muß er sein, dessen Bewegungen und Gewohnheiten muß er kennen oder kennenlernen. Und so werden in den drei wildbewegten Tagen Jäger und Gejagter insgeheim eins. Sie ergänzen sich zu einem psychischen Männerwesen: Das Tier mit seiner jugendlichen Spannkraft und triebhaften Unbekümmertheit, und der Mensch mit seiner Fähigkeit zu erkennen, einzuordnen und vorauszuplanen. Indianische und afrikanische Geschichten erzählen eindrucksvoll davon.

Inzestwunsch und Schwesterntausch

Hätte das Rehlein beabsichtigt, den König zur Schwester zu führen, es hätte dies nicht besser einfädeln können. Bis hin zur Tür der Hütte und ausgerüstet mit dem geheimen Losungswort der Geschwister, war alles perfekt übergeben worden und sah doch wie zufällig aus. Während der König eintritt, bleibt das Reh zögernd draußen stehen, bis klar ist, daß die Schwester in diese Dreierverwandtschaft einwilligt. (Ein Schwesterntausch, wie er vor Zeiten üblich war? Geb' ich die Schwester dem Fremden zur Frau, so wird der Feind zum Freund und Blutsverwandten!) (Lévi Strauss 1981).

Erst allmählich zeigt sich, daß das Reh damit zwar dem Tod entgangen, aber keineswegs selbst zum Prinzen geworden ist. Statt seiner hat der Jägerkönig eine andere Trophäe erjagt: Die Braut. Das Rehlein, das tags zuvor noch schneller war als alle Jäger, geht nie mehr auf die Jagd. Es wird im Schloßgarten gehegt und gepflegt, schläft schließlich im Kinderzimmer und tut offenbar nichts Erzählenswertes mehr. Merkwürdig. Bleibt es auf einer kindlichen Stufe, um Gewissensbisse und Verantwortung zu vermeiden? Vielleicht. Andererseits: Sollte Brüderchen gewünscht haben, immer in unmittelbarer Nähe der Schwester bleiben zu dürfen, es hätte das in keiner anderen Gestalt besser gekonnt. Tiergestalten im Traum und Märchen knüpfen immer an etwas sehr Altes, Vertrautes in uns an. Die ältesten Märchen der Menschheit sind Tiermärchen. Das Rehlein ist das Älteste, Vertrauteste in Schwesterchens Gefühlswelt.

Aber Brüderchen befindet sich wieder in einem Dilemma zwischen Vertrautheit und Autonomie. Kaum hat es mit der Jagd einen Schritt in die Eigenständigkeit getan, wird der Inzestwunsch wieder stärker. Damit drückt das Märchen aber nicht nur ein sexuelles, nach dem Besitz der Schwester strebendes Begehren aus, sondern vielmehr einen Beharrungswunsch der Seele überhaupt.

„Es ist der Wunsch nach einem Leben ohne die harten Gesetze von Abschied und Kampf, nach einem Paradies wie auf alten Bildern ... In diesem Paradies bestünde nicht der Zwang zum Austausch der Schwester beim Erwachsenwerden. Das Nächste, Liebste dürfte behalten werden. Und gerade in diesem Zustand, wie er nirgends Wirklichkeit war noch ist, gefällt sich die Seele, zumal die mythenschaffende und die dichtende. Im Gegensatz zu Freud sieht Lévi Strauss das Inzestverlangen als ein 'desir permanent de l'ame', als das immerwährende Verlangen der menschlichen Psyche, ein Verlangen, das Verlassenheitsgefühl und den Schmerz über die eigene Unvollkommenheit zu lindern“ (Vielhauer 1978).

Welches der beiden Geschwister ist eigentlich das Ältere? War es anfangs der Bruder, der sein Schwesterchen an der Hand nahm, so scheint uns später mehr und mehr die Schwester zur Älteren zu werden. Wenn ein Mädchen einen kleinen Bruder bekommt, merkt sie, daß sein Geschlecht aus irgendeinem Grund mehr wert zu sein scheint als das ihre. Um sich wenigstens einen Teil der elterlichen Liebe zu sichern, bemuttert und versorgt sie ihn, wie das auch die Eltern tun. So formt sich an ihm ihre Vorstellung vom anderen Geschlecht, falls die Eltern keine Alternativen anbieten. Im Erwachsenenalter können solche Schwestern sich leicht mit dem Erfolg „ihrer“ Partner, Brüder oder Söhne identifizieren, wenn diese ihre Fürsorge akzeptieren. (Sie tippen auch ihrem Mann die Doktorarbeit, statt selbst eine zu schreiben.) Sie spenden den in Bedrängnis Geratenen gern und mit einer gewissen Genugtuung Trost, weil auch sie sich dadurch stark fühlen. Aber sie haben es schwer, brüderlichen Bitten zu widerstehen oder für sich selbst etwas zu verlangen. Ja, vielleicht brauchen sie zu ihrem Wohlergehen die Hand, die bewundernd, liebend und bedürftig zu ihnen heraufgereckt wird, so wie es einst die kleine Hand ihres Bruders sie gelehrt hat.

Depression und Selbstheilung

Nun kommen wir zum dritten Teil, zur Katastrophe:

„Die böse Stiefmutter aber, um derenwillen die Kinder in die Welt hineingegangen waren, als die nun hörte, daß sie so glücklich waren und es ihnen so wohlging, da wurden Neid und Mißgunst in ihrem Herzen rege und ließen ihr keine Ruhe.

Ihre rechte Tochter, die häßlich war wie die Nacht und nur ein Auge hatte, machte ihr Vorwürfe und sprach: 'Die Königin zu werden, das Glück hätte mir gebührt.' ”

Es ist gewiß nicht schwer, sich mit dem lieben, sanften Schwesterchen zu identifizieren. Aber wir Frauen haben wie gesagt auch eine stiefschwesterliche und stiefmütterliche Seite in uns, die uns oft schwer zu schaffen macht. Davon erzählt der dritte Teil des Märchens. So, denke ich, erwachte in Schwesterchen der Geist der Stiefmutter, ihr Imago, in dem Augenblick, als sie selbst Mutter werden sollte. Innerlich hörte sie nun die alte Stimme und alles, was sie ihr je darüber gesagt hatte, wie eine „rechte“ Tochter zu sein habe. Das machte sie unsicher und unglücklich, und ihr fehlte ein gutes Vorbild als Alternative. Je unglücklicher sie wurde, um so häßlicher benahm sie sich auch und um so mehr zweifelte sie an sich selbst und sah alles nur noch von einer Seite, „mit einem Auge“ sozusagen. Immer schwächer wurde ihre königliche, besonnene Seite. Immer zorniger und wütender wurde sie, neidisch, unzufrieden und eifersüchtig, stiefschwesterlich und stiefmütterlich. „In der Badstube hatten sie ein rechtes Höllenfeuer angemacht, daß die schöne junge Königin bald ersticken mußte.“ Und so flüchtete sie sich schließlich in ihre Depression und war lange Zeit für alle gestorben, während die Falsche, die Stiefschwester im Königsbett lag.

„Als aber Mitternacht war und alles schlief, da trat die wahre Königin herein. Sie nahm das Kind aus der Wiege, legte es in ihren Arm und gab ihm zu trinken. Sie vergaß aber auch das Rehchen nicht, ging in die Ecke, wo es lag, und streichelte ihm über den Rücken. So kam sie viele Nächte und sprach niemals ein Wort dabei. Als nun so eine Zeit verflossen war, da fing die Königin in der Nacht an zu reden und sprach: 'Was macht mein Kind, was macht mein Reh?' ”

Jeder, der Märchen liest, weiß, daß in ihnen die Zahl drei eine Rolle spielt. Drei Aufgaben sind zu lösen, drei Hindernisse zu überwinden, drei Nächte zu durchwachen. Hat man drei dieser Schritte getan, geschieht etwas Viertes. Etwas Überraschendes, Neues tritt in Erscheinung, das man aber insgeheim immer schon geahnt hat. - Auch die schöne Königin kann ja nicht tot und der Bruder kein Reh bleiben. Wer könnte sie erlösen? Der König? Aber der ist doch immer auf der Jagd und weiß von nichts. - Vielleicht, wenn ihm seine Frau woanders begegnen würde? Vielleicht verspielt, zärtlich? Vielleicht nachts? (Am Tage herrscht in dieser Familie ja schon lange Krimistimmung bei zugezogenen Vorhängen.) Und tatsächlich, die depressive Königin macht eine Entwicklung in drei Schritten durch:

- Zuerst einmal steht sie auf und tut etwas, das sie gut kann und schon immer getan hat: Sie kümmert sich um das Kind und den Bruder. Vielleicht auch um das Kind in sich. Zuerst tut sie es stumm.
- Dann fängt sie an zu reden, zuerst mit sich selbst. Sie stellt Fragen, sie klärt ihre Rollen: Mutter, Tochter, Schwester, Ehefrau und ... wer ist sie selbst?

- In der dritten Nacht zeigt sie (wohl zum ersten Mal im Leben) den anderen ihre Grenzen und auch, daß sie es ernst damit meint: Wenn sich jetzt nichts ändert, ... „dann komm' ich noch diesmal und dann nimmermehr!“¹

Ein Neubeginn und ein gutes Ende

Und es ändert sich etwas! Im letzten, aber auch allerletzten Moment setzt der vielbeschäftigte König andere Prioritäten in seinem Leben. Die Liebesbeziehung zu seiner Frau wird ihm wichtiger als Stellung, Würde, Politik, Geld, und was es sonst noch so an großen Belangen gegeben haben mag. Wie kommt das? In der verspielten Zärtlichkeit der Nacht erkennt er sie wieder, die Schöne aus dem Waldhäuschen, die schwesterliche Geliebte. Nicht die Einäugige, Rechthaberische, Prunksüchtige, Neidische im königlichen Ehebett, nein! Diese hier ist die richtige, die wahre Königin. Zum zweiten Mal in seinem Leben ergreift er seine Chance.

„Da konnte sich der König nicht zurückhalten, sprang zu ihr und sprach: 'Du kannst niemand anders sein als meine liebe Frau.' Da antwortete sie, diesmal ohne Umschweife: 'Ja, ich bin deine liebe Frau', und hatte in dem Augenblick durch Gottes Gnade das Leben wieder erhalten, war frisch, rot und gesund.“

Die Königin ist nun bereit zu reden, wie sie es im Waldhäuschen geübt hat, und der König ist nun bereit zuzuhören. Beide sind bereit, sich gegenseitig zu respektieren, destruktives Handeln und fremde Einmischung aus ihrer Beziehung zu verbannen und Gerechtigkeit für alle wiederherzustellen. Erst dann wird auch das Reh aus seiner zärtlichen, aber triebhaften Gebundenheit erlöst. „Schwesterchen und Brüderchen aber lebten glücklich zusammen bis an ihr Ende.“ Was haben die beiden für ihr Glück getan?

Dies war keine Geschichte von Geschwisterstreit, wie es sie auch gibt. Die Gebrüder Grimm bewahrten für uns eine Geschichte von Geschwisterliebe und Treue. Liebe trat an die Stelle von Gewalt, Zärtlichkeit an die Stelle von Gleichgültigkeit, gegenseitiges Einverständnis an die Stelle von Machtkämpfen. So gelang es ihnen trotz widrigster Umstände, ihren Individuationsprozeß zu vollenden, jeder für sich, und auch beide zusammen.

¹ Dieses Märchen wurde übrigens - wir wissen es - vor vielen hundert Jahren schon erzählt für den Fall, daß "Frauen zu sehr lieben".

Nach 4000jährigem Bestehen schwindet das Patriarchat nun dahin und wird bald nicht mehr als universelles Gesellschafts- und Familienmodell angesehen werden. Ich glaube auch nicht, daß wir zum Matriarchat zurückkehren werden. Dies alles bedeutet ein Umdenken in unserem Erziehungskonzept.

Für eine bestimmte Art des Umgangs miteinander ist noch kein besseres Wort als Brüderlichkeit gefunden worden. Ich möchte es *Geschwisterlichkeit* nennen.

Schwestern werden die neuen Mütter und Brüder die neuen Väter sein. Und in der Ehe ist heute Geschwisterlichkeit am meisten gefragt. In der einst so großen unerforschten Welt wird nunmehr unser kleines, überfülltes Raumschiff Erde überhaupt nur dann überleben, wenn Bruder- und Schwestersein in *allen* Bereichen das erstrebenswerteste aller Ziele ist. Die jüngsten politischen Ereignisse haben uns wieder gezeigt: Wir werden gemeinsam überleben, oder gar nicht.

Literatur

- Bischof N (1985) Das Rätsel Ödipus. Piper, München
 Frauen der Goethezeit (1960) Ditzingen
 Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens (1987) de Gryter, Berlin New York
 Keyserlingk L v (1988) Brüderchen und Schwesterchen. Kreuz, Zürich Stuttgart
 Lévi Strauss C (1981) Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft. Suhrkamp, Frankfurt aM
 Olivier Ch (1987) Jokastes Kinder. Claassen, Düsseldorf
 Vielhauer I (1978) Bruder und Schwester. Bouvier, Bonn

Einführung in das Leitthema der zweiten Woche

Der Körper in der Psychotherapie

Die meisten von Ihnen werden schon einmal Michelangelos Bild *Die Erschaffung des Menschen* aus der Sixtinischen Kapelle des Vatikans gesehen haben. Ich möchte Sie bitten, dieses Bild vor Ihrem inneren Blick erstehen zu lassen. Wir sehen Gottvater mit großem Schwung von oben heranschweben, erfüllt von Schöpferdrang und Schöpferlust. Seine ausgestreckte Hand berührt die Hand Adams, der sich aus liegender Haltung ein wenig Gott entgegen erhebt. Gerade hat er zum ersten Mal die Augen aufgeschlagen; sein Blick, noch halb träumerisch, zeigt doch schon die ersten Spuren des Erkennens der Welt, in die hinein er geschaffen wird. Was wir hier sehen, sagt uns: *Wo Berührung geschieht, entsteht Bewußtsein!*

Das könnte der Leitsatz für das Leitthema dieser Woche sein, auch wenn er Ihnen etwas mystisch - dunkel klingen mag. Aber wenden wir uns zunächst dem Anfang zu, nämlich jener Sitzung im Januar 1990, als sich Leitung und Beirat der Lindauer Psychotherapiewochen zur Beratung der Leitthemen für die jetzige Tagung trafen. Dabei erfuhren wir etwas, was mir für das Thema *Der Körper in der Psychotherapie* typisch zu sein scheint: Es *berührte* uns, die wir uns damit beschäftigten, weit über Gedanken und Gefühle hinaus. Es ergriff uns bis hinein in die eigene Leiblichkeit. Und wir reagierten auf diese Anmutung so, wie gerade unser Körper, wie seine Befindlichkeit war.

Daraus läßt sich als eine allgemeine Erkenntnis ableiten: Im Umgang mit dem Thema *Der Körper in der Psychotherapie* werden Zustimmung und Skepsis entscheidend geprägt von der leiblichen Beschaffenheit und Befindlichkeit des einzelnen Therapeuten, vermutlich mehr als von den Begründungen, die - wissenschaftlich verbrämt - vorgebracht werden.

Ich kann hier natürlich nicht alle - oft recht verschlungenen - Pfade nachzeichnen, auf denen unsere Gedanken und Einfälle das Thema umkreisen. Es war - wie es das Protokoll vermerkt - „eine schwere Geburt“. So wie das Programm jetzt vor uns liegt, hat es noch manche Verwandlung durchgemacht. Aus der Vielfalt der Fragen, die wir bewegt, und die uns bewegt haben, möchte ich nur ein Problem

herausgreifen, weil es mir zentral wichtig zu sein scheint. Das Protokoll der Beiratssitzung bemerkt dazu:

„Es tauchte natürlich die Frage auf, was überhaupt mit psychologischen Mitteln bei der Beeinflussung des Körpers möglich sei und was nicht.“ An anderer Stelle: „Es wurde die grundsätzliche Frage des Leib-Seele-Problems aufgeworfen.“ Ferner: „Es wurde deutlich, daß die Verwendung des Wortes *Körper* schon eine Polarisierung beinhaltet. Dem sollte ein holistisches (ganzheitliches) Konzept gegenübergestellt werden. Im späteren Verlauf der Diskussion zeigte sich aber auch die Notwendigkeit, nicht zu rasch von dieser Polarität wegzugehen auf ein einheitliches Menschenbild, das weder dem Erleben noch der gesprochenen Sprache entspricht.“

Sie sehen das Problem, mit dem wir gerungen haben. Ich möchte es benennen als „die Beziehung der Teile zum Ganzen“. Die Spaltung in Soma und Psyche - also in die einzelnen Teile - hat es der Wissenschaft ermöglicht, vieles zu erhellen; sie hat andererseits aber auch Entscheidendes verdunkelt. Die Teile konnten erforscht werden, aber das Ganze ist mehr und mehr in eine Verborgenheit verschwunden.

Kann nun dieses Ganze wieder heraufgeholt, wieder hergestellt werden, indem wir der Psychotherapie die Körperlichkeit hinzufügen? So zu fragen erscheint als ein grundsätzlich verfehelter Ansatz. Wir würden nämlich immer nur weiter nach Modellen suchen, mit deren Hilfe etwas vorher Getrenntes im Sinn einer Hinzufügung, einer Addition, wieder verknüpft werden soll. Das Ganze aber ist bekanntlich mehr als die Summe der Teile, weshalb alle Versuche, das Getrennte auf der Ebene des Getrennten wieder miteinander zu verknüpfen, unzulänglich bleiben müssen.

Wie aber können wir das Ganze eines Menschen erfassen oder sagen wir bescheidener, etwas von dem Ganzen eines Menschen? Ich meine, daß dieses mit Hilfe einer veränderten Wahrnehmung möglich ist. Dahin führt uns das Einbeziehen des Leiblichen in die Therapie, denn es ermöglicht ein genaueres Erspüren der Welt und ihrer Probleme, ein Erspüren mit allen Sinnen. Verbunden damit verändert sich auch das Handeln. Dabei aber bleibt es nicht: Der so Wahrnehmende und Handelnde wandelt sich im ganzen. Denn das genaue Wahrnehmen schärft den Blick für neue Zusammenhänge. Dadurch aber wird, manchmal unmerklich, manchmal plötzlich und überraschend, eine Grenze überschritten zu einer anderen Dimension der Welterfahrung, zu einer anderen Art von Bewußtsein.

Und wenn wir uns nun noch einmal Michelangelos Bild vergegenwärtigen, so kann uns klar werden, was mit „Berührung“ und was mit „Bewußtsein“ gemeint ist: „Berühren“, das ist etwas anderes als „Anfassen“. Immer wieder wird das wechselt, so daß es zu den bekannten unfruchtbaren Diskussionen zwischen Analytikern und Körpertherapeuten kommt. Und „Bewußtsein“ ist etwas anderes

als bewußtes Denken. Das Berührt-Werden in dem hier gemeinten Sinn ist ein Angerührt-Werden, das über eine Veränderung des Selbstbildes zu einem *veränderten Selbstbewußtsein* führt. Zart, flüchtig und doch ungemein schöpferisch sind unsere leiblichen Empfindungen, genau wie uns dies Michelangelos Bild zeigt. Sie sind - wie mir kürzlich ein Kollege schrieb - „vieldeutiger, aber ehrlicher, weniger trügerisch als rationale Konstrukte“. Sie vermitteln oft eine erstaunliche Sicherheit der Erfahrung: „Aha, das ist es! Ja, so ist das!“

Diese Qualität des Vorübergehenden im leiblichen Erleben macht es uns aber auch so schwer, die Wirkung leiborientierter Verfahren in der Psychotherapie „dingfest“ zu machen. Wo wir glauben, uns mit etwas Materiellem, dem Körper, der Physis, beschäftigen zu können, sehen wir uns konfrontiert mit einer Veränderung des Bewußtseins in Richtung auf ein Ganzes, das wir letztlich nur metaphysisch begreifen können. Das muß den Naturwissenschaftler in uns verunsichern.

Hinzu kommt noch etwas anderes: Wo *das* Leibhaftige in unser Erleben tritt, erscheint da nicht auch zuweilen *der* Leibhaftige? Diese Frage sollten Sie nicht nur als Wortspiel nehmen. Sie verweist darauf, was sich alles ereignen kann, wenn wir uns mit der Körperlichkeit in der Psychotherapie beschäftigen: Der Diabolos, zu deutsch: Der Durcheinanderwirbler, kommt ins Spiel, wirkt anstößig, gibt Anstöße, schafft Bewegung. Ist es da nicht verständlich, wenn sich Angst vor Kontrollverlust einschleicht? Ich möchte Sie mit diesem Hinweis nicht abschrecken. Die therapeutische Aufgabe liegt ja gerade darin, dieses Anstößige als Anstoß zu gereifterem Selbstbewußtsein zu nutzen, für den Patienten und für uns selbst! Aber ich mußte Sie doch auf die Polaritäten aufmerksam machen, die im Leitthema dieser Woche enthalten sind, damit Sie sie erkennen. Denn sonst bestünde die Gefahr, daß wir die Polarität entweder dualistisch zu Gegensätzen stilisieren oder sie vorschnell zu harmonisieren versuchen. Beides würde die Beschäftigung mit den Fragen um den *Körper in der Psychotherapie* unfruchtbar machen (so wie es auch in der Therapie den Behandlungsprozeß zum Stillstand bringt).

Ich konnte hier nur mit wenigen Strichen das Bild der grundsätzlichen Problematik des Leitthemas dieser Woche skizzieren. Ich hoffe, daß es Sie anregt, nun mit Neugier in die vor uns liegende Arbeit einzutreten. Unsicherheit und Fragwürdigkeit bieten gerade hier die Chance, Grenzen zu übersteigen, ja sie zum Verschwinden zu bringen, um neue Landesteile im weiten Land der Psychotherapie wieder zu erschließen und zu bebauen.

Noch einmal, und jetzt variiert als persönliche Aufforderung: Lassen Sie sich vom Thema *Der Körper in der Psychotherapie* so berühren, daß in Ihnen neues und erweitertes Bewußtsein entsteht!

Helmuth Stolze, München

Psychotherapeuten und ihr Körper

Ursula Kost

Ist es nicht seltsam: Was vor unser aller Augen liegt, womit und wodurch wir leben, ist in der Geschichte der Menschheit zum Problem geworden. Religionen, Philosophien, Wissenschaften haben überaus komplizierte Denkgebäude entwickelt. Es fällt uns heute schwer, aus unseren zerstückelnden Denkgewohnheiten zurückzukehren zum Gedanken der Einheit, als die der Mensch geschaffen ist, der Einheit von Körper, Seele und Geist. Wir *sind* Körper, damit sind wir lebendig auf dieser Welt, können Beziehung zu uns selbst und zu unserer Umwelt, zur belebten wie zur unbelebten, herstellen. Aber wir *haben* auch unseren Körper, wir können ihn zum Objekt machen - zu einem Apparat, der zu funktionieren hat, der uns im Grunde fremd ist, dessen Sprache wir nicht verstehen. Einen Körper, der zum Mediziner gebracht wird, wenn er sich durch Schmerzen unliebsam bemerkbar macht, oder der, wie in der Psychoanalyse, als Wahrnehmungsfeld sehr subtil beobachtet wird. Der Körper ist unheimlich, deshalb ist er entwertet worden.

Dieser Sachverhalt ist wohl Ausdruck des Jahrtausende währenden Kampfes zwischen Matriarchat und Patriarchat. Vielleicht könnte dies eine Erklärung dafür sein, warum der Körper, als dem Patriarchat zugehörig, dem Geist untergeordnet wurde, dem Geist - der dem Patriarchat, und damit dem Mann zugeschrieben worden ist.

Auf die Entwicklung unserer abendländischen Zivilisation und Kultur auf dem Hintergrund der Spaltung von Körper und Geist, Psyche und Soma, kann ich hier nicht weiter eingehen. Etwas von dieser Trennung hat sich fortgesetzt in unserem Tätigkeitsbereich - der Psychotherapie. Auch in unserer Fachsprache finden Distanzierung und Verfremdung statt. Deshalb erscheint es mir wichtig, diesen Beitrag in unserer Muttersprache zu verfassen, die uns persönlich erreicht und anspricht. Im folgenden werden die Begriffe Körper, der immer beseelter Körper ist, und Leib synonym verwendet.

Wir wissen viel über den Menschen, über uns selber, über Bewußtes und Unbewußtes, aber ich frage mich, ob wir verstanden haben, daß unsere leibliche Entwicklung, die für uns alle nach den gleichen Regeln verläuft, die Grundlage dafür bildet, daß wir einander verstehen können? Wir alle werden auf dieselbe Weise

geboren, wachsen heran, reifen und vergehen. Und doch ist die Frage nach dem Stellenwert des Körpers in der Psychotherapie ein Thema, das seine Sprengkraft noch nicht verloren hat.

Seit Jahrzehnten werden in Lindau Kurse für die verschiedensten Therapieformen angeboten, auch für die sog. Körpertherapien. Welchen Stellenwert haben sie? In vielen Kliniken wird mit Konzentrativer Bewegungstherapie gearbeitet. Welchen Rang haben die sog. nonverbalen Therapeuten in der Klinikhierarchie?

Das Thema der diesjährigen Tagung nehme ich als hoffnungsvolles Zeichen. Es ist Ausdruck der alten Lindauer Tradition der Offenheit, die allen ernst zu nehmenden psychotherapeutischen Formen entgegengebracht wird. Sie soll in diesem Jahr dem Körper und seinem Stellenwert in der Psychotherapie zugute kommen.

Unsere persönliche Geschichte ist eine Körpergeschichte. Sie beginnt im Mutterleib. Unser Geschlecht, früher bis zur Geburt für die Eltern im Verborgenen, ist jetzt schon während der Schwangerschaft ein Faktor, der je nach äußerer oder innerer Situation der Mutter Auswirkungen auf die Beziehung zum noch ungeborenen Kind haben kann.

Ein weiterer Faktor ist unsere Konstitution: Ein zartes Kind wird anders behandelt als ein kräftiges, d. h., von klein an konstelliert unser Körper auch seine Umwelt mit. Ein lächelndes Kind wird eine freundliche Umwelt erleben, ein ängstliches, ernstes Kind eine eher kalte und abweisende.

Die Beziehung zum eigenen Körper und damit auch zur Welt entwickelt sich bekanntlich in der Beziehung zur Mutter, und - seit Vätern der Zugang zum Kinderzimmer gestattet ist - auch zum Vater. Eltern, die sich selber in ihrer Körperlichkeit akzeptieren, werden ihren Kindern, ob Buben oder Mädchen, ein gutes Körpergefühl vermitteln können. Sie werden aber auch ihre eigenen Grenzen und Ängste an ihr Kind weitergeben. Menschliches Leben vollzieht sich vom Tag der Empfängnis an im Dialog und unser Körper speichert unsere Geschichte. In der ganzheitlichen psychotherapeutischen Arbeit - mein Hintergrund ist die Konzentrativer Bewegungstherapie - tauchen immer wieder frühe Bilder auf, die wir als Ausdruck der Körpererinnerung betrachten und damit arbeiten. Unser Körper weiß viel mehr als unser bewußtes Ich vermutet. Wenn wir seine Sprache verstehen lernen, hilft er uns, lebendiger, offener, menschlicher zu werden.

Was unterscheidet Psychotherapeuten von anderen Menschen?

Diese Frage habe ich zunächst mir und dann Kolleginnen und Kollegen gestellt.

Zunächst mehrfach die spontane Antwort: Nichts! Dann aber, unsere Ausbildung! Der Anspruch, sich selber mit Bewußtem und Unbewußtem zu kennen und dadurch andere Menschen besonders gut zu verstehen. Bereitschaft und Befähigung zur Introspektion. Für Körpertherapeuten kommt noch eine lebendige Beziehung zum eigenen Leib, Sensibilität für Körperwahrnehmung und Körpersprache hinzu sowie Phantasie und Kreativität und die Fähigkeit, im Handeln innere Bilder erlebbar und verständlich werden zu lassen. Dies sind Antworten von unserer Seite. Von der anderen, quasi von außen, kommen Erwartungen auf uns zu, die oftmals überhöht sind und deshalb Angst machen. Die Vorstellung mancher Mitmenschen: Die können mir bis auf den Grund der Seele schauen, kann zu Isolation im Privatleben führen, die wir nicht unterschätzen dürfen.

Warum sind Sie selbst Psychotherapeut/in geworden?

Diese 2. Frage habe ich demselben Personenkreis gestellt und habe den Eindruck bekommen, daß es zwei große Gruppen gibt. Die eine, wohl die kleinere, hat aufgrund einer glücklichen Kindheit in einem sozial eingestellten Elternhaus einen guten Fundus an Tragfähigkeit und Interesse an anderen Menschen mitbekommen. Die andere, wohl größere Gruppe, setzt sich aus Menschen zusammen, die schon früh für Vater oder Mutter Verständnis aufbringen mußten, sich verantwortlich fühlten für das Wohlergehen ihrer Bezugsperson, z. B. der kluge kleine Mann für die vom Vater verlassene Mutter, mit allem, was dies auch an Verführung bedeuten mag, oder das verständnisvolle und meist sehr tüchtige kleine Mädchen, das den Vater so richtig liebte und verstand. Auf die Problematik dieser Konstellation brauche ich in unserem Kreis nicht weiter einzugehen.

Ganz kurz gefaßt könnte man sagen: Die erste Gruppe ist in der Kindheit verstanden worden und möchte nun andere verstehen. Die zweite Gruppe mußte früh andere verstehen und möchte nun selbst verstanden werden.

Dies sind wohl mehr unbewußte Beweggründe. Auf der bewußten Ebene ist Neugier, wissen wollen, was hinter der Oberfläche verborgen ist, die Frage nach

dem Sinn, aber ebenso der Wunsch nach Machtgewinn und nach sozialem Prestige, das Dazugehören zu einer Elitegruppe, aber auch die finanzielle Seite unseres Berufsstandes ist möglicherweise Triebfeder für diese Berufswahl. Harte Arbeit und große Opfer an Zeit und Geld werden auf sich genommen. Diese Lehrjahre verlangen auch Verzicht von Partnern und Familien, was nicht selten zur Trennung führt.

Die Möglichkeit, andere zu verstehen und ihr Leben mitzuleben bedeutet Bereicherung auf der einen Seite, aber auch die Gefahr, sich mit Leben aus zweiter Hand zufrieden zu geben. Unsere persönlichen Lebensbedingungen sollten nicht zu unbefriedigend sein, sonst besteht die Gefahr, eigene Bedürfnisse in der Therapie zu stillen. Die Intensität der therapeutischen Beziehung kann dazu führen, daß persönliche Kontakte schwieriger werden, weil unsere Ansprüche zu hoch geschraubt sind. Es ist nicht ganz leicht, zu unterscheiden zwischen dem „normalen“ Umgang von Menschen mit anderen Menschen und dem, was sich in unserem Arbeitsfeld abspielt. Wenn diese Unterscheidung nicht gelingt, können Beziehungen scheitern, die für uns Psychotherapeuten so überaus wichtig sind.

Kein anderer Berufsstand hat so viele Möglichkeiten, sich um seine eigenen Probleme zu kümmern wie wir, z. B. mit Hilfe der Supervision. Die Gefahr, daß dieses „immer wieder um sich selber kreisen“ überwertig werden kann, sollten wir nicht verkennen. Sicherlich kann in schwierigen Situationen nicht die private Beziehung der Ort sein, an dem eigene Hilfsbedürftigkeit ausgeglichen werden muß. Mit Reimer (1990) bin ich hier der Meinung, daß Therapeuten in einer bedrängten Lage etwas für sich selber tun sollten, nicht nur im Sinne von Supervision, sondern auch im Sinne einer Kurzzeittherapie. Dafür scheint mir eine Körpertherapie besonders geeignet. Dies setzt allerdings die Anerkennung eigener Bedürftigkeit voraus. Es ist oft sehr schwer, sich nach einer langen eigenen Berufserfahrung einzugestehen, daß wir selber etwas brauchen.

Warum haben Sie gerade die Schulrichtung gewählt, die Sie nun ausüben?

Nicht selten ist es eine eigene Therapie, die hilfreich war, z. B. die Psychoanalyse, die dann auch zum Ergreifen dieses Berufs geführt hat. Die Rolle, die der Körper in der eigenen Biographie gespielt hat, kann dazu führen, Körpertherapeut zu werden. Auch hier gibt es, wie bei der 1. Frage zwei Möglichkeiten: Eine gute Beziehung zum eigenen Körper bei der einen Gruppe - Mangel und Bedürfnis nach Wärme und Zuwendung bei der anderen. Im 2. Fall war oft eine Analyse vorausgegangen. Dann kommen Kommentare wie: Das blieb alles im Kopf, ich habe nicht das be-

kommen, was ich gebraucht hätte, während dies in der Konzentrativen Bewegungstherapie erlebbar ist. Bei der 1. Gruppe war die Beweglichkeit und Lebendigkeit oftmals eine Hilfe, mit Schwierigkeiten fertig zu werden.

Schon während des Medizinstudiums ist mir durch die Lektüre von Heyer (z. B. 1942) klar geworden, daß die Psychotherapie das ist, was ich suchte. So kam ich zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Als ich dann vor mehr als 30 Jahren durch Helmuth Stolze die Anfänge der Konzentrativen Bewegungstherapie miterlebte, habe ich die Möglichkeit, den Körper einzubeziehen, als beglückend und erweiternd erlebt (z. B. Stolze 1989). Bis heute arbeite ich mit diesen beiden methodischen Möglichkeiten.

Therapeuten sollten etwas für sich selbst tun

Nach diesen Fragen an uns selbst möchte ich nun einige Beispiele aus meiner Arbeit mit Kollegen vorstellen. Als 1. Beispiel Ausschnitte aus der Arbeit mit einem älteren Analytiker.

Herr A. ist mir aus einer KBT-Selbsterfahrungsgruppe für Therapeuten bekannt. Er leidet immer wieder unter Asthma, hat schon vielerlei Therapien hinter sich, außerdem treten von Zeit zu Zeit Schwächezustände auf, auch dagegen hat er schon mancherlei unternommen. In der ersten Doppelstunde äußert er körperliche Unruhe und den Wunsch nach Gehen. Dies nehme ich auf, er geht, findet sein eigenes Tempo, legt schließlich meinem Vorschlag folgend einen Stab quer über die Schultern, hängt die Arme hinein und merkt, daß er dadurch Atemraum bekommt, sich Innenraum schaffen kann. Später dann die Anregung, sich auch nach außen Raum zu schaffen, die Ellbogen mit aller Kraft einzusetzen und Töne kommen zu lassen, wenn sie kommen. Seine unterdrückte Aggression wird spürbar, kann ein wenig nach außen gebracht werden.

Er berichtet kurz zur Biographie: Ein übermächtiger Vater, ein Herr, wie er sagt, eine kühle, distanzierte Mutter, die sich dem Vater unterordnet. Was zählt ist Leistung, die nie genügt hat. Dies ist zu seinem Lebensgefühl geworden: leisten müssen, aber doch das Ziel nie erreichen.

Später folgt Arbeit an der Sitzhaltung. Herr A. sitzt mir gegenüber auf einem Stuhl, läßt den Kopf entweder hängen oder zieht die Schultern ganz hoch. Bei der Mitteilung meiner Wahrnehmung kommt die Antwort: Als Kind habe ich oft die Phantasie gehabt, mir werde der Kopf abgeschlagen. Durch die Kontaktaufnahme zum Boden über die Füße und die bewußte Wahrnehmung der Sitzfläche entsteht eine Beziehung zum eigenen Körper, die zuläßt, Kopf, Nacken, Oberkörper, Arme und Hände durch die Schwerkraft nach unten ziehen zu lassen, in der Endhaltung zu verweilen, so daß der Atem, der im

vorderen Raum eingeschränkt ist, seinen Weg in Rücken und Flanken sucht. Beim langsamen Aufrichten von unten her wird ein aufrechter, freier Sitz erreicht mit einem stolz getragenen, frei beweglichen Kopf. Jetzt, meint Herr A., jetzt kann ich frei atmen, so fühle ich mich wohl, jetzt könnte ich auch mit Menschen reden, die mir Angst machen. Er ist überrascht, daß er durch diese sanften und wenigen Anregungen zu einem Atemraum gekommen ist, der ihm ausgesprochen wohl tut. Er hat an anderen Stellen schon sehr aggressive Methoden erlebt. Nachdem eine therapeutische Beziehung entstanden ist, lege ich dem jetzt auf dem Boden sitzenden Mann zwei warme Sandsäckchen auf die Füße mit der Frage, ob er sie da lassen, oder anderswo haben möchte?

Die eigene Entscheidung des Patienten, die die *Wahrnehmung* der Situation voraussetzt, ist in unserer Arbeit sehr wichtig. Sie führt in diesem Falle dazu, daß Herr A. sich auf den Rücken legt und die beiden Säckchen auf Brust und Bauch plaziert. Es ist zu sehen, daß er längere Zeit völlig ruhig, gleichmäßig und entspannt atmet. Ich freue mich darüber und lasse ihn so einige Zeit bei sich sein. Sein Kommentar am nächsten Morgen: Er meint, es sei mir wohl recht gewesen, daß die Stunde so ruhig verlaufen sei, weil ich wohl müde gewesen sei und der Abend nahe war. Ich frage nun, ob er nicht glauben könne, daß er mir so wichtig sei, daß ich ihn um seinetwillen in dieser guten Ruhe belassen hätte. Diese, meine Vermutung trifft zu, er bestätigt sie. Für mich wichtig war seine Feststellung 2 Tage später beim Abschlußgespräch: „Das Eindrücklichste war die Phase, in der ich mich trotz, oder vielleicht gerade in Ihrer Gegenwart so ruhig und gut gefühlt habe. Das ist ein Zustand, den ich bisher nur sehr selten erlebt habe.“

Kollege A. konnte Vertrauen fassen, auch zu seinem Körper.

Nun ein Beispiel zur *Gestaltung einer therapeutischen Beziehung in der Körperarbeit*: Nachdem wir uns längere Zeit mit ihrer Arbeit beschäftigt hatten, frage ich Eva - eine junge Körpertherapeutin, was sie sich wünsche.

„Ich wünsche mir, daß Du Dich neben mich stellst“, sagt Eva. Das probieren wir aus. Wir stehen einige Zeit nebeneinander, schweigend, jede so, wie es für sie im Augenblick richtig ist, mit offenen oder geschlossenen Augen und erleben, daß dies eine gute Situation ist. Sie spürt dabei Gemeinsamkeit und doch bei sich selber bleiben können.

Ihr Atem paßt sich dem meinen manchmal an, aber geht dann wieder seinen eigenen Weg. Wir probieren aus, wie weit wir auseinandergehen können und uns doch noch spüren. Dann sage ich: „Ich bleibe jetzt stehen und Du schau, was sich für Dich weiterentwickelt.“ Da geht sie ganz vorsichtig an meinem Rücken vorbei auf die andere Seite. Sie möchte ausprobieren, wie es sich links von mir anfühlt. Sie muß lachen, weil sie sich auf dieser Seite viel größer vorkommt als ich. Wir stellen dann fest, daß sie jetzt so groß ist, wie ich früher gewesen bin. Sie ergreift meine Hand, befühlt sie mit beiden Händen und stellt sich dann vor mir auf, beide Hände deutlich und fest ergreifend. Ich mache nach einiger Zeit die Augen auf und sehe, daß sie mir sehr ernst ins Gesicht

schaat. „Das habe ich mir gewünscht, daß Du mich jetzt auch noch anschaust“, sagt Eva. So stehen wir ziemlich lange, geben uns beide Hände und schauen uns an. „Das ist jetzt etwas wie ein Gegenüber“, sagt sie. Ich antworte: „Du bist für mich auch ein Gegenüber“. Der Gedanke ist für sie zunächst eher beängstigend, aber dann doch sehr schön. Sie erlebt, daß wir jetzt auf der gleichen Stufe stehen, während sie mich sonst gerne auf ein Podest stellt. Sie kann es aber gut aushalten, daß dies jetzt anders ist.

Erfahrungen mit Lindauer KBT-Gruppen

Seit mehr als 20 Jahren führe ich hier Kurse für Konzentrierte Bewegungstherapie durch und habe viele Kollegen erlebt in ihrer Bewegung, ihrer Beziehung zu sich selber und zur Umwelt in Raum und Zeit. Wir sind uns bewußt, daß die Arbeit am Körper auch in einer begrenzten Zeit zu erschütternden Erlebnissen führen kann, deshalb arbeite ich nur mit einem Cotherapeuten. Sehr lebendig sind mir die Zeiten in Erinnerung, in denen wir hier mit der Gruppenarbeit begonnen haben. Weinende Gruppenmitglieder vor den Übungsräumen, umgeben von ratlosen oder tröstenden Kollegen, besorgte Gruppenleiter, die sich gegenseitig Mut machten. Die Dramatik aus dieser frühen Zeit hat sich verloren, es wäre reizvoll, den Gründen nachzugehen.

Einige Erlebnisse sind mir besonders in Erinnerung geblieben: Unvergessen ist die junge Analytikerin, die ihre Contergan-Mißbildung total verdrängt hatte und nun plötzlich mit ihrem ungeheuren Schmerz konfrontiert war, der sie für 2 Tage beinahe suizidal werden ließ und mir viel Angst machte. Oder der Psychiater, der beim Gehen mit geschlossenen Augen in eine ganz große Orientierungslosigkeit, Angst und Ratlosigkeit geriet, die er als Ausdruck seiner damaligen Lebenssituation erkennen konnte.

Dies sind Anstöße, die in vielen Fällen dazu führen, daß Menschen sich auf den Weg machen, um die Sprache ihres Körpers besser verstehen zu lernen, aber auch das Gegenteil ist der Fall. Für viele sind solche Erlebnisse so bedrohlich, daß sie sich hüten, sich weiter auf ihren Körper einzulassen und andere Wege suchen.

Aber es sind ja nicht nur erschreckende, ängstigende Erfahrungen, die in der KBT gemacht werden, ganz im Gegenteil! Die Hinwendung zum eigenen Leib, z. B. durch eine freundliche Berührung mit der ich-fernen Hand (d. h. beim Rechtshänder die linke und umgekehrt), die Zuwendung zu den bis dahin negativ besetzten Füßen durch die eigenen Hände oder die Hände eines Partners, kann sehr wohltuend sein. Ein Glücksgefühl kann entstehen, wenn eine äußere Bewegung der inneren Bewegung entspricht, oder durch das Erleben einer Gemeinschaft, wenn sich mit geschlossenen Augen ein Kreis gebildet hat, in den alle einbezogen sind.

Dies sind froh machende, oft ganz neue Erfahrungen. Neue, positive Erlebnisse sind oftmals heilend. Sie können in Sprache gebracht werden, müssen es aber nicht. Nicht selten reichen sie bis in frühe Phasen zurück, in denen Sprache noch nicht zur Verfügung stand.

Eine junge Psychologin sitzt über mehrere Stunden mit angstvollen Augen in der hintersten Ecke des großen Raums und verfolgt, was sich in der Gruppe an Bewegung und Beziehung entwickelt. In der 4. Sitzung macht sie einen großen Schritt. Sie setzt sich mit ihrer Decke in die Mitte des Raums, verläßt damit die unverbindliche Ebene von Gedanken und Phantasien, macht ihren Wunsch, dabei zu sein, Mittelpunkt zu sein, begreifbar, ja sogar angreifbar und erlebt, daß die Gruppe dies akzeptiert. Es muß nicht viel geredet werden. Sie hat verstanden, daß *sie* selbst etwas tun kann und ihr Steckenbleiben in Größenphantasien nicht mehr notwendig ist. Sie hat erlebt, daß Beziehung, Bewegung und Handlung zu einem anderen in-der-Welt-Sein führen kann.

Ein junger Kollege sagt im Abschlußgespräch:

„Bis jetzt habe ich im Kopf gelebt, und mein Körper hat funktioniert. Jetzt habe ich erlebt, daß *ich* mein Körper *bin*, und alles ist durcheinander gekommen.“

Was mich immer wieder mit Erstaunen erfüllt ist die Beobachtung, daß Männer und Frauen dann, wenn sie sich auf Erfahrungen mit ihrem Körper einlassen, in vielem ähnliche Erlebnisweisen beschreiben. Vor allem in einer eher regressiven Phase, einer Zeit also, in der das Reich der Mütter noch einmal belebt wird. Die Sehnsucht nach Liebe, Zärtlichkeit, Beachtetwerden ist bei beiden Geschlechtern gleich. Nicht selten wird das kleine Kind, das in jedem von uns steckt und oft ein weinendes Kind ist, sichtbar. Manchmal kann es getröstet werden, unter Umständen schon dadurch, daß im richtigen Augenblick die helfende Hand da ist, die früher so schmerzlich vermißt worden ist. Aber ebenso schön ist es, wenn dieses weinende Kind zum spielenden Kind wird. Wir spielen ja auch viel in der KBT, und immer wieder einmal erlebe ich, daß jemand sagt: Dies war zum ersten Mal in meinem Leben, daß ich spielen konnte und durfte.

In späteren Phasen der Arbeit, in denen Sexualität, Leistung, Rivalität zum Thema wird, gibt es vielleicht eher geschlechtsspezifische Verhaltensweisen. Gesellschaftliche Forderungen nach echt männlichem oder echt weiblichem Verhalten können hier auftauchen, verlieren aber im Gruppenprozeß bald an Bedeutung. Die spezifisch weibliche Problematik: mißbrauchte Tochter, Schwester oder Frau zu sein, die auch bei Therapeutinnen in erschreckend hohem Maße anzutreffen ist, hat natürlich zu einer durch Entwertung und Verleugnung gekennzeichneten Haltung dem eigenen Körper gegenüber geführt. Hier ist ein langer, schmerzlicher Weg vonnöten, um zu einer positiven Beziehung sich selbst und damit auch dem eigenen Körper gegenüber zu finden.

Wenn Psychotherapeuten alt werden

Wenn die Lesebrille ständig verloren geht, die Gelenke nicht mehr so richtig wollen, die Muskelkraft geringer wird, die Namen, die wir eigentlich wissen müßten, immer erst nach einer Begegnung auftauchen, dann wird es Zeit, das eigene Tempo zu überprüfen, sich zu fragen, wie gehe ich mit mir selbst um? Wieviel Raum habe ich im Laufe des Tages zur inneren Sammlung, zur Bewegung? Wie freundlich oder unfreundlich betrachte ich mich im Spiegel, wieviel Aufmerksamkeit, vielleicht auch Zärtlichkeit lasse ich meinem Körper zukommen? Er braucht dies alles jetzt wahrscheinlich mehr als in der Jugend! Wenn im Berufsleben deutlich wird, daß der Traum vom Erreichen der obersten Sprosse wohl ein Traum bleiben wird und zu all dem die Kinder aus dem Haus gehen, dann werden Themen im eigenen Leben wichtig, die uns in der Arbeit mit anderen sicher schon oft beschäftigt haben. Ich meine das Thema „Lassen, Loslassen.“

Manches loslassen, was wir vielleicht noch allzu verbissen festhalten und dabei glauben, von außen festgehalten zu werden, nicht merken, daß wir es sind, die sich anklammern an Aufgaben, Dinge, Menschen, vielleicht sogar leiden unter diesen vermeintlichen Zwängen.

Eine kleine Geschichte vom indischen Affen, die ich erzählt bekommen habe, möchte ich hier einflechten:

Ein indischer Affe greift von außen mit seiner Hand durch die Stäbe eines Käfigs und hält mit aller Kraft eine wertvolle Beute fest. Er fühlt sich gefangen, weil er diesen Besitz nicht loslassen will und seine Hand so nicht zurückziehen kann. Er wäre doch frei, sobald er losließe. Was halten wir selbst fest?

Meine Erfahrung ist die, daß immer dann, wenn wir uns selbst einem Problem stellen, das vor uns liegt, Menschen zu uns kommen, die ähnliche Probleme haben. Dann ist es gut, wenn wir wenigstens einen kleinen Schritt weiter sind, vielleicht sogar Mut machen können durch die eigene Erfahrung, daß Älterwerden und Altwerden nicht nur Verzicht oder Verlust bedeutet. Dazu ein paar Sätze aus dem Brief einer Kollegin:

„Solange ich vor dem Älterwerden Angst hatte, habe ich versucht, bei mir nicht so genau hinzusehen, möglichst lange jung und vor allem beweglich, sportlich, wendig zu sein. Dann kam das sehr bewußte Erleben der Wechseljahre mit Depression, Enttäuschungen, Abrechnungen, Hoffnungen, Ängsten. Diese Jahre entwickelten mein eigenes Gefühl, und ich konnte die versteckten Ängste meiner Patientinnen viel besser verstehen. Übrigens genieße ich das Ältersein in der Arbeit im Moment sehr. Es ist so entlastend. Ich muß mich nicht mehr so an irgendwelche analytischen Regeln halten,

sondern kann mehr zu meiner eigenen Art ja sagen. Ich merke, wie menschlich begrenzt ich mit dem bin, was ich ermöglichen kann, aber ich bin auch froh darüber. Vielleicht ist das Wichtigste ja das Bereitsein zum Dasein. ”

Altwerden bedeutet auch, schon lange unterwegs sein. Bedeutet, vieles gesehen, gehört, erlebt und erlitten, manches wohl auch verstanden haben. Es ist ein Geschenk, bei guter Gesundheit alt zu werden, noch Weggefährten zu haben, mit denen wir uns verständigen können über Dinge, die zu unserer Geschichte gehören. Mit seinem Alter leben kann der jüngeren Generation Mut machen, wenn es uns Alten gelingt, unser erfülltes Leben auch nach außen spürbar werden zu lassen. Daß die Arbeit für mich noch immer zum erfüllten Leben gehört, die Möglichkeit, von dem, was mir wichtig geworden ist, etwas weiterzugeben, und daß wir in unserem Beruf selbst entscheiden können, wie lange wir arbeiten wollen, gehört sicherlich mit zum Thema. Daß dies auch Verantwortung bedeutet, unser lange geübtes Nachdenken über uns selbst jetzt besonders wichtig wird, möchte ich nicht verschweigen.

Meine sehr verehrte Lehranalytikerin, Jutta von Graevenitz, sagte mir bei einem meiner letzten Besuche bei ihr im hohen Alter: „Ich arbeite nicht mehr“. Meine damals sehr oberflächliche Antwort, die wir sicher alle häufig geben, war: „Sie haben so viel gearbeitet in Ihrem Leben“, und ich weiß heute, daß ich sie damit nicht erreicht habe.

Daß die Gruppe der älteren Psychotherapeuten wächst, wirkt sich wohl auch positiv aus auf unsere älteren Mitmenschen. Wir können doch nicht die eigene Beweglichkeit sowohl körperlich als auch geistig und seelisch unseren Altersgenossen absprechen! Das bedeutet, daß Altersgrenzen der Therapierbarkeit, es waren wohl einmal 40 Jahre, heute nicht mehr haltbar sind. Dies setzt allerdings voraus, daß wir mit immer größerer Gelassenheit unsere eigene Form finden, und die Methode oder die Technik immer mehr in den Hintergrund treten, wieder zum Mittel werden und nicht Selbstzweck bleiben.

Auch Psychotherapeuten werden krank

Krankheit ist nicht gleich Krankheit. Es gibt gesellschaftlich anerkannte, nicht anrühige Krankheiten, z. B. eine Blinddarmentzündung, aber das bei uns so häufig und leicht verwendete Wort vom „Somatisieren“ macht es uns Psychotherapeuten selbst schwer, krank zu werden. Wir können nicht einfach krank sein und uns vertrauensvoll von einem Arzt behandeln lassen. Wir müssen uns fragen, warum gerade jetzt, was hat dies zu bedeuten, was habe ich vielleicht falsch gemacht?

Eine sehr erfahrene Kollegin schreibt mir:

„Schon im Arbeitsalltag habe ich es immer vermessen gefunden, auf der Hand liegende Hinweise auszusprechen. Trotzdem und deshalb habe ich es als besonders erschwerend und mühevoll erlebt, nach vielen Ankündigungen und doch plötzlich - gravierend und anhaltend krank zu sein. Bewegungstherapeutin, die sich ganz eingeschränkt unter Schmerzen bewegen muß, sichtbar für alle. Was habe ich versäumt, falsch gemacht, wo liegt meine Schuld bei dem ganzen Geschehen? Der Unterschied zwischen Schuld und Verantwortung, die Bedeutung erkennen können, es ist schwer. Beschämend ist dabei, daß ich früher trotz aller Zurückhaltung doch immer etwas besser gewußt habe.“

Das Selbstverständnis des Therapeuten

Die Frage nach dem Selbstverständnis des Therapeuten stellt sich neu und drängend. Wie kann ich anderen helfen wollen, wenn ich selbst so wenig im Gleichgewicht bin? Das kennen Sie wohl alle von sich, diese schweren Zeiten, in denen wir uns als Therapeuten in Frage stellen müssen. Stimmt der Satz, ich kann jemand nur soweit begleiten, wie ich selbst gekommen bin? Wie viel, oder wie wenig Vertrauen habe ich in die Selbstheilungskräfte meiner Patienten? Kann ich mich damit begnügen, jemandem den Weg zu zeigen, den ich nicht mehr mitgehen kann? Moses durfte das verheißene Land nur noch von Ferne sehen, aber er starb mit der Gewißheit, daß sein Volk das Ziel erreichen würde. Ich denke, daß so leidvolle Erfahrungen, wie sie oben zitiert wurden, mit dem eigenen Körper dann, wenn noch genug Kraft übrig bleibt, in der Einzelarbeit hilfreich sein können, wie mir dies auch von einem Lehranalytiker bekannt ist. Denn Leid, Schmerz, Krankheit und Tod gehören zu unserem Leben, auch wenn wir über weite Strecken glauben, die Dinge in der Hand zu haben.

In Gruppen ist die Frage nach meiner Erfahrung eine andere. Vor vielen Jahren habe ich als Teilnehmerin in einer der ersten fraktionierten analytischen Selbsterfahrungsgruppen in Lindau erlebt, daß der Leiter, entgegen seiner bis dahin geübten analytischen Zurückhaltung, beim Bericht eines Gruppenmitglieds über den Tod ihres Mannes, der in vieler Hinsicht sehr problematisch war, über seine kürzlich gerade noch überstandene bedrohliche Herzattacke berichtete. Er war dann nicht mehr in der Lage, den Sturm, der in dieser nicht sehr tragfähigen Gruppe ausbrach, zu besänftigen, und die Gruppe ist auseinandergebrochen. Erst viel später habe ich verstanden, daß die Todesangst des Gruppenleiters, die hier plötzlich für uns erlebbar wurde, zu einer massiven Bedrohung der Gruppe geführt hat, und daß wir die Angst durch Aggression zu bewältigen versuchten ohne die Möglichkeit,

das Ganze zu bearbeiten und in ihm kein Gegenüber mehr hatten. Jahre später habe ich - selbst mit einem frischen Gipsverband versehen - eine Selbsterfahrungsgruppe über 5 Tage geleitet, die so dramatisch verlaufen ist, in der so massive Aggressionsbearbeitung stattgefunden hat, wie ich dies vorher nie erlebt hatte. Danach war dann Rücksichtnahme und Freundlichkeit mir gegenüber möglich. Meine eigene Ausbildungsgruppe hat kurz darauf gleichfalls mit massiver Aggression reagiert. Mit ihr konnte ich bearbeiten, was dahintersteckte, und es wurde deutlich, daß eine uralte Kindheitsangst, die Mutter könnte ausfallen, zu diesem Verhalten geführt hat. Erst da habe ich verstanden, warum Mütter eigentlich nicht krank werden dürfen. Ich denke, daß plötzlich spürbare deutliche Schwäche des Therapeuten Angst machen muß, denn die Möglichkeit zu Regression, zum Zurückgehen, setzt voraus, daß einer da ist, der stark genug ist, um dies auszuhalten und der wieder auf den sicheren Boden zurückführen kann, auf dem der Erwachsene weiterleben muß.

Eine Kollegin berichtet über eine Patientin, bei der ein richtiger Wutanfall auf das Krankwerden der Therapeutin erfolgt ist.

„So ist es ja schon immer in meinem Leben gewesen, alle gehen weg, wenn Sie mich mögen würden, wären Sie nicht krank geworden!“

Schließlich wird auch die Therapeutin wütend. Das führt zu ihrer großen Überraschung zu einer Entlastung der Patientin. Endlich fühlt diese sich ernst genommen und akzeptiert.

Die Auseinandersetzung mit dem Tod des Therapeuten

Vor Monaten ist ein jüngerer Kollege durch einen Verkehrsunfall plötzlich gestorben. Bei einigen seiner Patientinnen und Patienten war eine große Verzweiflung aufgetaucht, Schmerz, Angst, die ganzen dramatischen Erlebnisse von Verlassenwordensein wurden neu belebt. Wut darüber, verbunden mit massiven Schuldgefühlen haben bei einzelnen Patienten zum Aufflammen ihrer weit zurückliegenden Suizidalität geführt. In einer Kollegengruppe, die vom Tod ihres Freundes sehr betroffen war, konnten wir uns Gedanken und Empfindungen zum Thema Leben und Sterben nähern. Tiefe Trauer konnte zugelassen werden, Betroffenheit, Schmerz, aber auch Hoffnung und Vertrauen darauf, daß der Tod nicht das Letzte ist.

Eine Art Wiedergutmachung zeigt das nächste Beispiel: Ein Analytiker kann jetzt durch die Beziehung zu seiner Therapeutin, die ihren Tod vor Augen hat, erle-

ben, was mit der eigenen Mutter nicht möglich war. Er begleitet sie auf ihrem Weg. Die Mutter hat er gehaßt. Sie ist alleine gestorben.

Die Auseinandersetzung mit dem Tod hat viele Gesichter. Nach meinem Eindruck ist es nicht nur das Sterben als solches, auch nicht das Totsein, was Angst macht. Was uns ältere Menschen zunehmend mehr belastet ist die Sorge, hilflos und pflegebedürftig zu werden. Aus einer solchen Situation möchte ich ein paar Sätze zitieren, die ein Theologe kurz vor seinem Tod geschrieben hat.

„Ein paar Wünsche auf den Weg - aus der Schwäche und der Erfahrung der Schwäche heraus geschrieben“ - „Das Angewiesensein ist eine Grundform unserer Existenz, die wir Erwachsene erst spät wieder entdecken und ungern einüben. Das Angewiesensein hat mancherlei Formen. Es ist eine Weise offen eingestandener Unvollkommenheit, die anderen wohlthuende sichtbare Mitteilung, daß einer von selber nicht ans Ziel kommt. Dieses Eingestehen verbindet stärker als vieles andere in der Welt, so wie das Vollkommenseinmüssen abstößt und verwundet, in die Ferne treibt. Die ganze Wahrheit ist freilich die, daß wir selbst alle miteinander gehalten sind.“

Was bewirkt ernste Krankheit des Therapeuten, wenn sie nicht angesprochen werden kann und darf? Ist es denkbar, daß in dem subtilen Beziehungsgeflecht von Übertragung und Gegenübertragung etwas so Gravierendes nicht mit einfließt?

Zu dieser Frage habe ich einen mündlichen Bericht bekommen. Ein Lehranalytiker habe bis zuletzt sein Karzinom verheimlicht, an dem er dann gestorben sei. Posthum sei seine letzte Arbeit wunschgemäß veröffentlicht worden. Sie habe die Karzinophobie einer Patientin zum Inhalt gehabt. Dem Autor war verborgen geblieben, daß diese Frau sein Problem bearbeitet hat.

Ich habe mich gefragt, welches Ziel ich mit diesem Beitrag erreichen will? Die Antwort möchte ich Ihnen mit einem Bild geben. Wenn wir jetzt als KBT-Gruppe hier beisammen wären, könnte mein Vorschlag so lauten:

Schließen Sie die Augen. Nehmen Sie Beziehung auf zu Ihrem Stuhl. Versuchen Sie dann, ohne zu reden - mit geschlossenen Augen - eine Brücke miteinander zu bauen, eine Brücke aus Ihren Stühlen. Sie muß nicht kunstvoll sein, aber tragfähig. So, daß Sie nachher über diese Brücke aufeinander zugehen können.

Literatur

Heyer GR (1942) Menschen in Not. Hippokrates, Stuttgart

Reimer C (1990) Abhängigkeit in der Psychotherapie. Prax Psychother Psychosom 35: 294-305

Stolze H (1989) Die Konzentrationale Bewegungstherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Der Körper in der Psychoanalyse

Helmut Thomä

Am Anfang war nicht das Wort, sondern der Körper: „Das Ich ist vor allem ein körperliches, ...“ (Freud 1923b, S. 253). Dem Kontext dieser oft zitierten Stelle können wir entnehmen, was Freud mit dieser entwicklungspsychologischen Aussage, also doch mit dem Wort, gemeint hat:

„Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen können. Er wird wie ein anderes Objekt gesehen, er gibt aber dem Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann. Es ist in der Psychophysiologie hinreichend erörtert worden, auf welche Weise sich der eigene Körper aus der Wahrnehmungswelt heraushebt“ (Freud 1923b, S. 253).

Dem Schmerz wird von Freud, wahrscheinlich unter dem Einfluß von Brentano (s. hierzu Schmitz 1982, S. 60), eine wichtige Rolle bei der Art und Weise zugeschrieben, wie man zur Vorstellung seines eigenen Körpers komme.

Der Körper und die „exzentrische Position“

Der Kontext des Zitats, daß das Ich vor allem ein körperliches sei, gibt an, worum es in der psychoanalytischen Methode nur gehen kann: Um das Körpererleben. Freuds Beschreibung impliziert jene exzentrische Position, die in der phänomenologischen Anthropologie Schelers (1954) und Plessners das Ich dem Körper gegenüber einnehmen kann. Die „exzentrische Position“ des Menschen wird häufig durch die Gegenüberstellung von Haben und Sein zum Ausdruck gebracht: „Ich habe einen Körper, und ich bin ein Leib“.

Plessner hat die in seinem Werk „Lachen und Weinen“ (1941, zit. n. 1982) getroffene Unterscheidung „Leib sind wir, und Körper haben wir“ später in der Arbeit

„Zur Frage der Vergleichbarkeit tierischen und menschlichen Verhaltens“ (1965, zit. n. 1982) revidiert. Diese Korrektur betrifft nicht die phänomenologisch und anthropologisch bedeutungsvolle Beschreibung der „exzentrischen Position“, die zum Körper in gradueller Abstufung besteht und beispielsweise in Lachen und Weinen und noch mehr in allen pathischen Zuständen, also im Leiden, aufgehoben sein kann.

„Die pathischen Kategorien“ nehmen im *Personverständnis des modernen medizinischen Denkens* geschlossen einen hervorragenden Platz ein (Christian 1952).

Im Vergleich mit Sprache, Gesten und mimischen Ausdrucksbewegungen dienen Lachen und Weinen als Beispiele einer „unübersehbaren Emanzipiertheit des körperlichen Geschehens von der Person“ (Plessner, zit. n. 1982, S. 236). Lachen und Weinen lassen an andere Reaktionen oder an reflektorische Vorgänge denken, die einer mehr oder weniger großen Abspaltung vom Bewußtsein unterliegen können (wie Erröten, Erbleichen, Schweißsekretion, Erbrechen, Husten). Diesen abspaltbaren Vorgängen fehle der bewußte Antwortcharakter, obwohl diese situativ ausgelöst werden können. Der Patient verliere seine personale Verfügungsgewalt über seinen Körper bei allen neurotischen und erst recht bei allen körperlichen Erkrankungen.

Seine frühere Aussage „Leib sind wir, Körper haben wir“ werde, so sagt Plessner später, durch die Erfahrung widerlegt.

„Das Zusammen von Leib und Körper als Verschränkung dieser beiden physischen Daseinsmodi läßt sich bald im Ausdrücken des Seins, bald in Ausdrücken des Habens und Gehabtwerdens bezeichnen ...“ (1983, S. 291).

Leib und Körper, das Sein, das Haben und das Gehabtwerden können also durch ihr Verhältnis zur exzentrischen Positionalität gekennzeichnet werden. Alle Formen von Psychotherapie wenden sich an die Person mit dem Ziel, den eingeschränkten Freiheitsspielraum zu vergrößern. Die Konsequenzen des Verlusts der exzentrischen Position im Gehabtwerden durch den Körper sind unmittelbar evident.

Wortspiele über den „subjektiven Leib“ und den „objektiven Körper“ sind übrigens auf unsere Sprache beschränkt. Im Englischen und Französischen umfassen „the body“ und „le corps“ den gesamten subjektiven und objektiven Bedeutungsgehalt von „Leib“ und „Körper“. So lautet der Titel des Meisterwerks von Kantorowicz „The king's two bodies“. Der mystische Leib (des Königs) wird sprachlich im Englischen nicht von seinem sterblichen und konkreten Körper unterschieden. Zum deutschen Titel „Die zwei Körper des Königs“ (1990) ist eine redaktionelle Anmerkung aufschlußreich, welche die wörtliche Übersetzung - neben der Mehrdeutigkeit von „body“ für „Körper“ und „Leib“ - mit dem Bezug zur institutionellen, als ewig gedachten „Körperschaft“, im Bild des Königs vereint, begründet.

Die exzentrische Position des Menschen zu seinem Körper kann nicht soweit gehen, daß er, ohne sein Leben zu riskieren, ganz aussteigen könnte. Jede Entfremdung vom eigenen Körper bricht bei einem einschließenden Zahnschmerz ebenso zusammen wie nach einer unfallbedingten Fraktur. „Einzig in der engen Höhle des Backenzahnes weilt“, nach Wilhelm Busch, „die Seele“. Kein Psychoanalytiker und auch kein Körpertherapeut käme als betroffener Patient auf den Gedanken, solche Schmerzen als unbewußte Körpersprache aufzufassen. Trotz unserer Sehnsucht nach Ganzheit sind wir im Ernstfall dankbar, einen Spezialisten zu finden, der sein Handwerk beherrscht. Spezielle Behandlungstechniken gehen allerdings mit Einschränkungen einher, die zu Skotomen führen können und das Problem der Integration aufwerfen.

Die Einheit der Person und ihre Störung von der seelischen und körperlichen Seite her läßt sich an Freuds Metapher über das Verhältnis von Es und Ich im Bild von Pferd und Reiter verdeutlichen. Einheit stellt sich in harmonischer Bewegung und im natürlichem Rhythmus dar. Es und Ich befinden sich beim Gehen im Gleichklang. Reiter und Pferd sind auf das gleiche Ziel ausgerichtet. Störungen recht unterschiedlicher Art können durch Variationen der Metapher ausgemalt werden. Hierbei klingen bereits recht komplizierte Fragen an: Ist das Pferd von sich aus gestolpert, oder hat der Reiter ungeschickt gezügelt? Und wie ist es mit der exzentrischen Position beim Sturz? Kommt der Hochmut auch hier vor dem Fall? Wer seinen Körper übermäßig beobachtet und kontrolliert, ist auf dem Weg zum Hypochonder. Durch Variationen dieser Metapher ließe sich ein großes Spektrum der Psychopathologie beschreiben.

Das psychoanalytische Es ist im körperlichen Unbewußten verankert, auch wenn dieses der Methode selbst unzugänglich ist. Das Pferd in Freuds Metapher, das psychoanalytische Es, ist nicht der bewußtlose Körper als Gegenstand der naturwissenschaftlichen Medizin. Wie tiefgreifend auch immer die Auswirkungen unbewußter Phantasien im Spannungsfeld zwischen Es, Ich und Realität, also im Konfliktfall sein und das körperliche Befinden bestimmen mögen, die *direkte* Reichweite der psychoanalytischen Methode endet bei den unbewußten Phantasien und dort, wo Physiologie und Neurophysiologie beginnen. Insoweit ist von Uexküll zuzustimmen, wenn er sagt, daß

„wir den Körper in seiner prinzipiell unbewußten, niemals bewußtseinsfähigen Tiefendimension nicht in den Blick bekommen“ (v. Uexküll 1985, S. 100).

Diese Begrenzung ist methodisch begründet, und sie gilt für alle psychotherapeutischen Techniken. Läßt man sich durch die Nomenklatur nicht täuschen, gilt auch für alle Körperpsychotherapien, daß sie sich mit dem Körpererleben oder mit dem „Körperbild“ befassen.

Es gibt keine ganzheitliche Methode, die gleichzeitig der Seele und dem Körper gerecht würde. Die ganzheitliche psychosomatische Einstellung des Arztes zum Patienten als Person führt nicht zu einer einheitlichen psychosomatischen Methode, sondern bestenfalls zur Integration von Befunden, die durch heterogene Techniken gewonnen werden. Diese methodische Beschränkung ist unvermeidlich. Der Methodenvielfalt entspricht die Komplexität der Krankheitslehre. Es gilt eben nicht nur der alte Satz: *mens sana in corpore sano*; gültig ist auch: *mens aegrotata in corpore sano*. Das seelische Befinden kann jedoch auch in einem kranken Körper ungestört bleiben. Deshalb gilt es als besondere menschliche Tugend, daß die Seele sich über den Körper erheben kann: *mens sana in corpore aegrotata*.

Das Körperbild

Geht man vom Körpererleben aus, gelangt man zu den subjektiven Krankheitstheorien und zu Vorstellungen über den Körper, die weit entfernt von der Krankheitslehre der naturwissenschaftlichen Medizin liegen können. Von Uexküll hat Freuds berühmte Aussage, daß die Trieblehre sozusagen unsere Mythologie sei, dahingehend verallgemeinert, daß in ihr die mythologischen Vorstellungen der Psychoanalyse über den Körper zum Ausdruck kommen (v. Uexküll 1985, S.100). Ohne hier auf das Problem der Triebmythologie eingehen zu können, so ist von Uexkülls Kritik bei allen Aussagen zu beherzigen, die Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Körpererleben und körperlichen Störungen und Krankheiten feststellen (Thomä u. Kächele 1985, 1988).

Es gehört zu den grundlegenden Erkenntnissen Freuds, daß sich unbewußte Absichten auf ein äußeres Objekt oder auf dessen Abbild richten. Das letztere kann sich im eigenen Körper als Selbstbild einprägen. Welche unbewußten Phantasien sich - im tiefen Sinn des Wortes verstanden - „einzubilden“ vermögen, variiert von Fall zu Fall. Man ist gut beraten, bei allen Dismorphophobien - also bei allen Körperbildstörungen, bei denen irgendwelche Deformitäten oder Mißbildungen, die tatsächlich nicht vorhanden sind, aber erlebt werden - abgewehrte, also unbewußt gewordene aggressive Impulse zu vermuten. Diese regelmäßige Beobachtung wird verständlich, wenn man zur Kenntnis nimmt, daß bei Identifizierungen der Schatten aufgegebenen Objekte auch auf das Körperbild fällt, um Freuds bekannte Metapher zu modifizieren. Hierbei wird eine aggressive Auseinandersetzung, bei der dem Kontrahenten (dem „Objekt“) ein vermeintlicher oder ein tatsächlicher Schaden zugefügt wurde, am eigenen Körperbild dargestellt, indem man sich unbewußt partiell an die Stelle des anderen setzt. Dieser Prozeß kann einfachen Imitationen ebenso zugrunde liegen wie der mystischen Partizipation.

Bei spontanen Handlungen, und im unreflektierten Lebensvollzug sind wir mit uns selbst identisch. Das Selbsterleben in Einheit mit dem Körper kann unterbrochen und gestört werden, wenn die tastende Hand den Körper zum Objekt macht. Im Tastakt wird die Reflexion vorbereitet, die es später dem Ich ermöglicht, dem eigenen Körper gegenüberzutreten. Die taktile Selbstwahrnehmung unterscheidet sich von der Fremdwahrnehmung eines anderen menschlichen Objekts, richtiger eines Subjekts. Deshalb sollte von „Subjekt“- anstatt von „Objektbeziehungstheorien“ gesprochen werden. Hierbei konstituieren sich Abgrenzungen auf der Grundlage von Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung des eigenen und des anderen Körpers. Freuds Entdeckung, daß die Identifizierung als früheste Äußerung einer Gefühlsbindung an eine andere Person aufzufassen ist (1921c, S. 115), kann nicht wörtlich genug genommen werden: Was die Hand dem Objekt zufügt, betrifft unbewußt auch den eigenen Körper und umgekehrt. Es gibt keine Störung des Selbstgefühls ohne Objektbeziehungsstörung. Keine phobische oder hypochondrische Symptomatik beschränkt sich auf irrationale Befürchtungen, die nur der eigenen körperlichen Existenz gelten, obwohl die selbstbezogenen Klagen diesen Eindruck machen können. Bei genauerer Untersuchung der Struktur solcher Symptome kann nachgewiesen werden, daß die unbewußte Verbindung zu den bewußt aufgegebenen Objekten bei deren Verinnerlichung erhalten bleibt - trotz aller Abwehrprozesse. In der Übertragung manifestieren sich diese Verbindungen wieder. Die phobischen und hypochondrischen Befürchtungen gelten nun auch wieder dem bedeutungsvollen Anderen, als Subjekt. Das neurotische passive Erleiden läßt sich in der Wiederholung der Übertragung als Folge des unbewußten aktiven Zufügens von Leiden begreifen, also als Wendung gegen die eigene Person oder als Identifizierung mit dem deformierten Objekt, das ins eigene Selbst, ins Körper selbst internalisiert wurde.

Der Begriff des Körperbildes ist von Schilder (1933, 1935) in eine umfassende Theorie des Körpererlebens eingebettet worden, in die heute viele humanwissenschaftliche Erkenntnisse von der Psychoanalyse bis zum symbolischen Interaktionismus integriert werden müßten. Die Lehre von der Entstehung des Körperbildes und dessen Wandlungen im Lebenszyklus reicht vom Thema der subjektiven Krankheitstheorien bis zum Coping. Wegen der grundlegenden Bedeutung von Körperschema und Körperbild in der Krankheitslehre überhaupt erläutere ich diesen Begriff in Anlehnung an Joraschky (1983) .

Schilder hat in die neurologische Theorie des Körperschemas psychologische und tiefenpsychologische Befunde integriert, so daß er im späteren Buch „The image and appearance of the human body“ vom „body image“ sprach (Schilder 1935). Von besonderer bedeutungstechnischer Relevanz ist seine Auffassung, daß Körper und Welt Korrelatbegriffe sind.

Das Bewußtsein der Körperlichkeit, das dreidimensionale Bild unserer selbst, das wir in uns tragen, muß ebenso aufgebaut werden wie die Kenntnis von der

Außenwelt. Es wird aus den taktilen, kinästhetischen und optischen Rohmaterialien konstruiert.

„... Das erlebte Körperbild wird so zur Landkarte der Triebregungen“ (Schilder 1933, S. 368).

Die beständige Wechselwirkung zwischen dem eigenen Körperbild und dem anderer Personen geht selbstverständlich weit über das Vergleichen nach ästhetischen Gesichtspunkten hinaus. Zur sozialen Spannung gehört das Verhältnis von Nähe und Distanz. Von klinischen Beobachtungen ausgehend, hat Schilder die sozialpsychologischen Dimensionen der Körperbildentwicklung hervorgehoben. Gemüts- und Ausdrucksbewegungen sowie Handlungsfragmente im Sinne hysterischer Symptome haben also stets eine enge Beziehung zu Aspekten des Körperbilds, die mehr oder weniger unbewußt sind. Wegen seiner vielen Schichten kann man das Körperbild mit einem Gemälde vergleichen, das mehrmals übermalt wurde, so daß sich auf derselben Leinwand Bilder befinden können, die zueinander passen - oder auch nicht. Die Person ist als Maler insofern Teil ihres Körperbilds, weil sie lebenslang an das gebunden ist, was da eingezeichnet wurde. Zwischen Idee und Abbild kann eine produktive oder eine destruktive Spannung herrschen.

Die Bilder, die wir von uns selbst haben, und die sich unsere Umgebung von uns macht, beziehen sich nicht nur auf persönliche Eigenschaften und Verhaltensweisen oder auf den Charakter, sondern stets auch auf die leibliche Existenz. Selbst- und Fremdbilder umfassen wie die persönliche Identität das Körperbild, das keineswegs einschichtig ist, sondern - in sich spannungsreich - die erlebte Selbstsicherheit wesentlich mitbedingt.

Krause (1990) hat eine umfassende Übersicht gegeben, wie es im Kontext interaktioneller, affektiver und kognitiver Erfahrungen Schritt für Schritt zum Aufbau des Körperbildes kommt. Störungen des Affektsignalsystems finden dementsprechend auch ihren Niederschlag im bewußten und unbewußten Körpererleben. In Fortentwicklung der Auffassung von Darwin kann man die Primäraffekte als die Ankündigung von Handlungen charakterisieren. Selbstverständlich gibt es unvollkommene, im vorbewußten oder unbewußten Gefühl steckenbleibende Ausdrucksbewegungen schon vor der ödipalen Entwicklungsphase. Das Aufgeben der triebökonomischen Hypothesen des Konversionsbegriffs erleichtert die Einbeziehung primärer Affekte in die psychoanalytische Abwehrtheorie. Nebenbei bemerkt wurden unter „Prägenitale Konversionsneurose“ Syndrome und Erkrankungen subsumiert, die in Ätiologie und Verlauf nichts miteinander gemein haben. Psychogene Tics, Stottern, extrapyramidale Bewegungsstörungen, wie das Gilles de la Tourette-Syndrom und das Asthma bronchiale liegen nosologisch weit auseinander. Zentral ausgelöste Bewegungsanomalien bei neurologischen Systemerkrankungen haben keinen

Ausdrucksgehalt. Deshalb ist es falsch, diesen Erkrankungen unter Ausdehnung des Regressionsbegriffs eine Präsymbolik zu unterstellen und ihm ätiologisch eine averbale Affektabfuhr zuzuschreiben.

Die Renaissance des Körpers

Die Renaissance des Körpers in den Körpertherapien und in der Psychoanalyse (Müller-Braunschweig 1986; Schöpf 1988) bezieht sich, wie man dem informativen Buch von Brähler (1986) über Körpererleben und dem Untertitel „Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele“ entnehmen kann, auf das Körperbild. Um dieses geht es T. Moser (1987) in seiner Begeisterung für die Körpertherapien, zu deren Entstehen auch der Ausschluß des Körpers in einer besonderen Form psychoanalytischer Abstinenz beigetragen haben mag, die leider nicht nur in der Karikatur von Moser existiert. Ich teile seine Kritik, plädiere aber im Gegensatz zu Moser für eine Reform der psychoanalytischen Technik auf dem Boden der psychoanalytischen Methode. Erfolge oder Mißerfolge von Analysen sind von so vielen Bedingungen abhängig, daß es unmöglich ist, das Scheitern der klassischen Technik bei Patienten mit „psychosomatischer Struktur“ auf eine hypothetische frühe Störung zurückzuführen. Noch nicht einmal auf der phänomenologischen Ebene der Diagnostik besteht hier ein Konsens - ganz zu schweigen von der Rekonstruktion der Entstehungsbedingungen. Ich mache mein therapeutisches Handeln davon abhängig, ob die zugrundeliegenden Theorien wenigstens plausibel sind. In diesem Zusammenhang ist es bedenklich, daß die heterogenen Körpertherapien bisher zur Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen keine überzeugenden Studien vorgelegt haben.

Nicht nur wegen der Anleihen, die in der Bioenergetik und in der psychomotorischen Therapie bei den psychoanalytischen Theorien, insbesondere bei Reich und Ferenczi, gemacht werden, ist es unerlässlich, daß ich mich mit einigen Aspekten der Körpertherapien befasse. Die Körpertherapien oder Körperpsychotherapien begründen ihre Gegenposition zur Psychoanalyse mit dem Argument, daß das Wort trotz seiner magischen Kraft zu schwach sei, um den Körper zu erreichen. Die Körpertherapien versprechen einen direkten Zugang zum Körper, um über den Leib die Seele zu heilen, wie im Programm des Dritten Internationalen Kongresses für Somatotherapie angekündigt wird.

Die aus der Psychoanalyse abgeleiteten Körperpsychotherapien bleiben weit hinter den theoretischen und methodischen Ansprüchen zurück, die seit Alexanders Unterscheidungen (s. unten) und in der modernen Verlaufs- und Ergebnisforschung erfüllt werden müßten. Nun gibt es glücklicherweise hilfreiches Handeln, das auf

eine falsche Theorie zurückgeht. Wurde beispielsweise ein Patient jahrelang schwer frustriert, halte ich es für denkbar, daß Berührungen Wunder wirken können. Mit Traumatisierungen im 1. Lebensjahr und deren Ausgleich anlässlich eines solchen fiktiven Neubeginns hat das Ganze wenig oder nichts zu tun. Offenkundig wird hierbei, daß es schädlich ist, Patienten zu frustrieren, ohne ihnen die Gelegenheit zu geben, das zu meistern, was ihnen angetan wurde. Was immer die Heilwirkung von Berührungen ausmachen mag, so sind das Erleben und die Entstehung von Mängeln oder Defekten des körperlich verankerten Selbstgefühls eine recht komplexe Angelegenheit. Bedenklich ist schließlich, daß der psychoanalytische Körpertherapeut auf einer „Als-ob-Ebene“ agiert, aber angeblich an der passenden Stelle mütterliche oder väterliche Dinge tut, denen ein besonders tiefer Realitätsgehalt zugeschrieben wird. Wie kommt man vom „Als-ob“ zur tieferen Realität?, ist die Frage! Denn es sind ja nicht die faktischen Berührungen, sondern ihr Bedeutungsgehalt, der für das Erleben wesentlich ist.

Konversion

Hält man sich an Darwins Beschreibung von Gemütsbewegungen, die für moderne Affekttheorien wegweisend geblieben ist, entfällt das Problem der Konversion, d. h. die Hypothese der Umwandlung von seelischer in körperliche Energie bzw. Erregung. Es genügt für das diagnostische und therapeutische Verständnis vieler funktioneller Symptome, wenn wir in ihnen einen unbewußten Ausdruck von Gemütsbewegungen sehen.

Die Konversion wurde von Freud dem Darwinschen Prinzip der „Ableitung der Erregung“ (Freud 1895d, S.147) zugeordnet. So heißt es beispielsweise in der Krankengeschichte Frau Elisabeth von R.:

„All diese Sensationen und Innervationen gehören dem Ausdruck der Gemütsbewegungen an, der, wie uns Darwin gelehrt hat, aus ursprünglich sinnvollen und zweckmäßigen Leistungen besteht“ (Freud 1895d, S. 251).

Bereits in Freuds Krankengeschichten finden sich viele Beispiele von Symptomen, in denen beispielsweise aggressive Strebungen unbewußt zum Ausdruck gebracht werden. Der Ausdrucksgehalt hysterischer Symptome ist nicht auf die Sexualität eingeschränkt. Ohne auf die Annahme über die Umwandlung von seelischer in körperliche Energie zurückgreifen zu müssen, können wir festhalten: Hysterische Symptome sind nichts anderes als zur Darstellung gebrachte unbewußte Phantasien (Freud 1895d, S. 194).

Hysterische Symptome und viele funktionelle Syndrome sind fragmentarische, sensorische oder motorische Akte, die aufgrund von Abwehrprozessen nur noch partiell, also parsprototo zum Ausdruck gebracht werden. Der ideatorische Anteil, also die Vorstellung und die Zielrichtung, ist dem Patienten selbst nicht mehr zugänglich. Daraus ergeben sich eindeutige kausale und prognostische Kriterien für die Therapie und die klinische Beweisführung im Sinne von Grünbaums (1984) Forderung. Das empirisch ohnedies nicht lösbare Leib-Seele-Problem kann man hierbei ebenso auf sich beruhen lassen wie den dazugehörigen „rätselhaften Sprung vom Seelischen ins Körperliche“ (Freud 1916/17, S. 265; 1926d, S. 141). Denn hysterische Symptome als rudimentäre und ursprünglich sinnvolle Leistungen sind in ihrer Psychophysiologie nicht rätselhafter als zielgerichtete Handlungen (Rangell 1959).

Um die Sprache der Hysterie verstehen und Symptombildungen erklären zu können, kommt man mit der psychoanalytischen Methode auf der Grundlage der tiefenpsychologischen Theorie Freuds aus:

„Indem wir das Unbewußte zum Bewußten fortsetzen, heben wir die Verdrängungen auf, beseitigen wir die Bedingungen für die Symptombildung, verwandeln wir den pathogenen Konflikt in einen normalen, der irgendwie eine Entscheidung finden muß. Nichts anderes als diese rein psychische Veränderung führen wir beim Kranken hervor: So weit diese reicht, so weit trägt unsere Hilfeleistung. Wo keine Verdrängung oder ein ihr analoger psychischer Vorgang rückgängig zu machen ist, da hat auch unsere Therapie nichts zu suchen (Freud 1916/17, S. 451).“

Bei hysterischen und manchen funktionellen Symptomen werden Affekte an ihrer vollen Expressivität gehindert. Ein Teilausdruck steht für das Ganze. Bei solchen pars-pro-toto-Darstellungen fehlt dem Kranken v. a. ein Zugang zu seinen Absichten. Diese werden, um Freuds Worte zu wiederholen, „von der bewußten Verarbeitung abgehalten“. Wesentlich ist, daß die Unterbrechung des Zusammenhangs durch Verdrängung als kausal notwendige Bedingung rückgängig gemacht werden kann. Anders verhält es sich bei den Symptomen körperlicher Erkrankungen.

„Es ist ein methodischer Irrtum“, sagte Alexander bereits 1935, „wenn man ein organisches Symptom psychologisch zu deuten versucht, obwohl es erst das Endergebnis eines physiologischen Zwischenprozesses ist“ (Alexander 1935, S. 192).

Die unmittelbare Reichweite von Psychotherapien endet unabhängig von der Landessprache vermutlich in allen Kulturen dort, wo die Körpersprache aufhört oder beim „Gehabtwerden“ durch eine körperliche Erkrankung niemals ein averbales Ausdrucksphänomen vorlag. Verlaufen körperliche Prozesse eigengesetzlich

und ohne jeden unbewußten Ausdrucksgehalt, also ohne Symbolik im weitesten Sinn des Wortes, ist auch keine Übersetzung oder Rückübersetzung in die Sprache von Affekten möglich, weder analytisch noch körpertherapeutisch.

Diese Auffassung entspricht Freuds klaren methodischen Richtlinien bezüglich symbolisch deutbarer körperlicher Störungen (Freud 1910i, S. 101). Damit kann man Anschluß an moderne Handlungs- und Affekttheorien finden. Daraus ergibt sich, unter welchen pathogenetischen Bedingungen ein unbewußter Ausdrucksgehalt mit Symptomen verknüpft ist. Fehlt diese Voraussetzung, läßt sich nichts reinszenieren. Manche Richtungen der jüngeren psychoanalytischen Psychosomatik und nun auch einige Körpertherapien sind jedoch in die Zeit der Symboldeutungen allen körperlichen Geschehens, also hinter die methodische Klärung Alexanders, zurückgefallen. Als abschreckendes Beispiel hierfür sei Canzlers (1990) Interpretation von Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen im Rahmen der „Orthotonie“ genannt. Rückenschmerzen werden kurzerhand nach dem Modell der prägenitalen Konversion symbolisch gedeutet. Seelische Fehlhaltungen werden hierbei in direkte Beziehung zum Auftreten von Rückenschmerzen gesetzt. Daß sich Fehlhaltungen ganzheitlich äußern können, gehört zum ärztlichen Allgemeinwissen, auch wenn immer wieder um eine psychosomatische, ganzheitliche Einstellung gekämpft werden muß. Diese Einstellung in konkrete Diagnostik und Therapie umzusetzen und den Nachweis zu führen, daß eine Fehlhaltung diese Beschwerden verursacht oder mit diesen in einem gewissen Zusammenhang steht, ist eine Sache, die nicht durch Symboldeutungen zu lösen ist. Rückenschmerzen und Bandscheibenbeschwerden gehören zum Berufsrisiko von Analytikern, wenn diese keinen Ausgleich für ihren sitzenden Beruf finden oder keine körpergerechten Sessel haben. Psychoanalytiker mögen auch die eine oder andere Fehlhaltung aufweisen. Eine ihrer Berufskrankheiten, ihre Rückenbeschwerden, möchte ich nicht nach dem Konversionsmodell buchstabieren und, was mich selbst angeht, rein körpertherapeutisch behandelt wissen.

Regression und frühe Störung

Mit der Zurückdatierung der Pathogenese in die früheste, präverbale Lebenszeit hat sich die Psychoanalyse als „talking cure“, als Gesprächstherapie anscheinend selbst in ein Dilemma gebracht. Der Schein trügt, wie Bittner (1988) gezeigt hat. Auf den ersten Blick scheint es freilich konsequent zu sein, daß präverbal entstandene Störungen nicht durch das Wort, sondern durch heilende Körpererfahrung behandelt werden müßten. Nehmen wir also an, es gäbe sehr früh entstandene Selbst- oder Ich-Defekte, und gehen wir weiterhin davon aus, daß strukturschwache Grenzfälle

ebenso wie die Ich-Defekte, durch Mängel der verschiedensten Art in der intrauterinen und frühen Kind-Mutter-Beziehung entstanden seien. Dann läge der Gedanke nahe, diesen Mangel auszugleichen und sich nicht durch das Scheitern Ferenczis von neuen und besseren Versuchen abhalten zu lassen. Wir haben also ein vielfältiges Problem vor uns, das sich allerdings rasch auflöste, wenn eine Wiedergutmachung des erlittenen Mangels gar nicht möglich wäre, weil eben die Uhr der Lebenszeit nicht zurückzudrehen ist.

Die mir bekannten kasuistischen Darstellungen von Körpertherapeuten, die psychoanalytische Ideen integriert haben, lassen erkennen, daß das Wesentliche nicht die körperliche Interaktion ist, sondern deren Metaphorik oder Symbolik, also die interpretative Bedeutungszuschreibung. Es geht also um die *Psychomotorik* oder um unvollständige emotionale Ausdrucksbewegungen, ganz im Sinne Darwins, Freuds und der modernen Affekttheorien (Krause 1983, 1990).

Der angenommene Mangel kann nicht konkret behoben werden. Möglich ist es hingegen, in jeder Psychotherapie Affekte und Handlungspotentiale freizusetzen und mit unbewußten Phantasien, die mit dem eigenen Körper zu tun haben, zu verknüpfen.

Zusammenfassend möchte ich mit Bittner (1988) dem Glauben entgegenreten, in körperlichen Aktionen lasse sich mehr und Tieferes ausdrücken als in der analytischen Imagination.

„Es ist genau umgekehrt: Die seelisch/symbolischen Ausdrucksmittel sind unendlich viel differenzierter als die sinnlich/körperlichen, und darum zur Entfaltung der 'zentralen Körperphantasie' um vieles geeigneter“ (Bittner 1988, S. 141).

Ganz abgesehen von der Ätiologie stellt sich das diagnostische Problem der Klassifikation seelischer und psychosomatischer Erkrankungen. Mosers (1986, 1990) essayistischen Darstellungen kann ich nicht entnehmen, daß bei den beiden Patientinnen eine schwere seelische Erkrankung vorgelegen hat - ganz zu schweigen von der Ätiologie und der hypothetischen Annahme einer frühen Störung. Die vage Diagnose einer „psychosomatischen Struktur“ und andere spekulative Annahmen über das Psycho/Soma bei den Fällen von McDougall (1985) rechtfertigen in erster Linie eine Kritik an Auswüchsen der psychoanalytischen Psychosomatik. Moser übernimmt indes diese wahrscheinlich theoretisch falschen und methodisch irreführenden Spekulationen. Gleichzeitig karikiert er die von McDougall vertretene psychoanalytische Technik. Publikumswirksame Schlagwörter gelten der ganzen psychoanalytischen Berufsgemeinschaft als den „Hintercouchlern“ mit „Berührungängsten“, die als „sprechende Attrappe(n)“ figurieren. In der Psychoanalyse ist scharfe, ad hominem gerichtete Kritik, die im Mißverhältnis zu sachbezogener Auseinandersetzung steht, gang und gäbe. Ich kenne aber keinen Autor in der psychoanalytischen Literatur, der so weitreichende

theoretische und methodische Veränderungen mit einigen wenigen feuilletonistischen Darstellungen aus eigenen Behandlungen, im wesentlichen aber mit „körpertherapeutischen Phantasien“ (1989) im Dienste sarkastischer Kritik an der Behandlungsführung von Kollegen begründet, wie Moser. Selbst Freuds Novellen als Krankengeschichten haben als Darstellungen von „Behandlungsberichten“ heute ausgedient (s. hierzu Thomä u. Kächele 1988). Mit Moser teile ich die Auffassung, daß vieles in der Psychoanalyse reformiert werden müßte (Thomä 1991a). Revolutionäre Ideen sollten aber, soweit es um Therapie geht, durch Kranken- und Behandlungsberichte begründet werden, die sich heutigen wissenschaftlichen Ansprüchen wenigstens annähern.

Es mag dahingestellt bleiben, inwieweit McDougall dem Körpererleben ihrer Patienten therapeutisch gerecht geworden ist. Körpertherapeutische Verbesserungsvorschläge treffen ins Leere, wenn die Modellvorstellungen über die Entstehung körperlicher Erkrankungen unter seelischen Einflüssen falsch sind, oder durch eine Mystik des Leibes ersetzt werden.

Ein weiteres Beispiel für irreführende Ausdehnungen der Regressionstheorie ist die Konzeption Schurs (1974) über den Zusammenhang psychosomatischer Störungen mit Reifungs- und Regressionsvorgängen, wobei die Entwicklung eines gesunden Kindes von ihm als Prozeß der „Desomatisierung“ aufgefaßt wird. Aus der undifferenzierten und unentwickelten Struktur des Neugeborenen, in dem Psychisches und Somatisches untrennbar miteinander verbunden seien, und das aufgrund seines Entwicklungsstands vorwiegend körperlich und unbewußt reagiere, entwickle sich durch die Reifung eine eher bewußte und seelische Reaktionsweise. Somatische Reaktionsformen treten in den Hintergrund, das Kind lerne, kognitiv-psychisch anstelle von somatisch, d. h. durch körperliche Erregungszustände zu reagieren. Diesen Prozeß der Desomatisierung bringt Schur mit der Ich-Leistung der Neutralisierung von Triebenergien in Zusammenhang. Im Falle einer psychosomatischen Erkrankung seien Konfliktsituationen nicht mehr mit frei verfügbaren, neutralisierten Energien durch das Ich zu bewältigen. Durch die damit einhergehende Angst komme es zu einer Regression auf die Ebene früher Verhaltensmuster, also auf die Ebene der somatischen Reaktionsform (psychophysiologische oder psychosomatische Regression). Energien, die vorher durch den Abwehrprozeß der Neutralisierung gebunden waren, werden durch den partikularen Zusammenbruch des Ich freigesetzt und äußern sich entsprechend dem Regressionsstadium undifferenziert somatisch. Mit Hilfe der Annahme einer „psychophysiologischen bzw. psychosomatischen Regression“ und der zusätzlichen Spekulation, daß frühe Traumata die Einheit Psyche-Soma treffen, scheint jede schwere körperliche oder seelische Erkrankung, vom Krebs bis zur Schizophrenie, von einem Punkte aus erklärt werden zu können. Von der sog. „psychosomatischen Struktur“ läßt sich scheinbar alles ableiten.

Es ist erstaunlich, welche Faszination von der Idee der psychophysiologischen Regression ausgeht, die von Margolin (1953) propagiert und als psychosomatische Regression neuerdings besonders von McDougall (1974, 1987) als allumfassendes Erklärungsprinzip für seelische und körperliche Erkrankungen vertreten wird. Der Begriff der psychophysiologischen Regression, längst von Mendelson et al. (1956) als unhaltbar kritisiert, scheint seinem Inhalt nach ebenso unsterblich zu sein wie die Hoffnung auf ein ewiges Leben und hat möglicherweise in ihr überhaupt seinen Ursprung. Die Sinnfindung als persönliche Wahrheit bestimmt das menschliche Leben mehr als die Wahrheit wissenschaftlicher Theorien und daraus abgeleiteter Technologien und Handlungsanweisungen.

Zur persönlichen Sinnfindung gehört das Suchen nach der wechselseitigen Stellvertretung von Leib und Seele, verbunden mit der aus der Psychoanalyse stammenden Idee der unbewußten Verborgenheit. Aufgrund dieser Annahmen gelangt man zum Prinzip der Äquivalenz und der gegenseitigen Vertretbarkeit der somatischen und der psychischen Symptomatik V. v. Weizsäckers, was ebenfalls auf einen Panpsychismus in der These hinausläuft: „Nichts Organisches hat keinen Sinn“. Bezüglich des Äquivalenzprinzips spricht Schäfer (1990) zutreffend von einem mystischen Modell (S. 90).

Es bedarf gründlicher methodischer Überlegungen, um das von Bittner benannte Problem zu klären:

„Das Problem beginnt, wenn körperorientierte Methoden eingesetzt werden, um in das seelische Erleben anregend und stimulierend einzugreifen - zumeist, um an jene Schichten des Seelischen heranzukommen, die angeblich die Analyse nicht oder nur zu langsam, zu spät, zu umständlich erreicht“ (Bittner 1988, S. 135).

Meine nachfolgenden Ausführungen zeigen, daß mein Verständnis der psychoanalytischen Methode und meine Erfahrungen mit dem therapeutischen Prozeß mit körperpsychotherapeutischen Handlungen kaum zu vereinbaren sind. Nimmt das körperliche Erleben in der Analyse von Übertragung und Gegenübertragung im Hier und Jetzt einen hervorragenden Platz ein, ist eine gewisse Distanz notwendig, um den Spielraum des Patienten zu sichern und einzurahmen. Im Notfall in der analytischen Situation ärztlich tätig zu sein und eine klinische Untersuchung durchzuführen oder ein Rezept zu verschreiben, ist ein abgrenzbares Faktum, auch wenn dieses selbstverständlich bewußte und unbewußte Bedeutungen annimmt. Es ist sekundär innerhalb des analytischen Prozesses interpretierbar. Fortlaufende Vermischungen von Rollen und Konfusionen der Beziehungsebenen und Interaktionen vervielfältigen den Bedeutungsgehalt ins Unendliche. Das Chaos ist unvermeidlich. Unter welchen Bedingungen, und in welchem Rahmen es möglich ist, körpertherapeutische Übungen (Bewegung, Tanz, Entspannung usw.) mit psychotherapeutischen Mitteln der Deutung und der Reflexion über die Beziehung

in einer Hand zu kombinieren, möchte ich der zukünftigen Diskussion überlassen (s. u.). Keinen Zweifel habe ich daran, daß sich beim Ausdruck von Gemütsbewegungen die Selbstwahrnehmung vertieft. Entsprechende Erfahrungen mache ich täglich in Analysen, ohne Körpertherapeut zu sein.

Methoden und Technik

Die psychoanalytische Methode der Untersuchung des Seelenlebens unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses unbewußter Prozesse auf Denken und Handeln eröffnet keinen Zugang zum Körper als Objekt der somatischen Medizin. Die Untersuchungen des Körpererlebens richten sich vielmehr auf die subjektiven, bewußten und unbewußten Körperbilder und deren lebensgeschichtliche Einbettung in kognitive und affektive interpersonale Szenen. Der implizierte *Methodendualismus* oder Pluralismus macht mir keine Kopfschmerzen, weil ich diesen, wie A. E. Meyer (1987) und H. Schaefer (1990) im Gegensatz zu T. v. Uexküll in weiter Entfernung von Descartes *ontologischem* Dualismus, also der Trennung in zwei verschiedene Seins-Bereiche, der *res extensa* und der *res cogitans*, ansiedle. Auf dem Weg zum Zahnarzt, und während der Fahrt zum Unfallchirurgen beschäftigen sich Patienten nicht mit dem Leib-Seele-Problem, sondern mit der Frage, ob sie einen kompetenten Spezialisten finden, der in Entfaltung des methodischen Pluralismus sein Handwerk beherrscht. Als Patient mit Störungen meines seelischen Befindens, die häufig mit körperlichen Beschwerden verbunden sind, würde ich wissen wollen, welchen Körperbegriff mein Psychoanalytiker hat, wie er seine Theorien in therapeutisches Handeln umsetzt und inwieweit überhaupt diese oder jene psychoanalytische Technik den Anforderungen der Methode gerecht zu werden vermag. Mit dem letzten Satz wird eine Spannung zwischen psychoanalytischen Techniken und der grundlegenden Methode eingeführt, die mit Rapaport als Variante der teilnehmenden Beobachtung und Reflexion über die gegenseitige Beeinflussung bezeichnet werden kann (Rapaport 1956, S. 129).

Zwischen der Methode und ihrer Anwendung in der speziellen Behandlungstechnik bestehen fließende Übergänge. Die jeweilige Behandlungstechnik muß sich von der Methode her rechtfertigen lassen. Hierzu gehört die Frage, ob eine behandlungstechnische Regel, beispielsweise das Liegen auf der Couch oder eine bestimmte Anwendung der Neutralitäts- und Abstinenzregel in optimaler Weise der Erkenntnis und der Therapie dient. Meine Kritik an der Handhabung technischer Regeln und mein Plädoyer für eine größere Flexibilität, die dem körperlichen Erleben zugute kommt, hat mich zugleich für die methodischen Voraussetzungen der Psychoanalyse sensibilisiert. Um unbe-

wußte Motive und seelische Vorgestalten kognitiver und affektiver Prozesse erkennen zu können, ist eine besondere Art und Weise der teilnehmenden Beobachtung erforderlich. Da sich die psychoanalytische Methode bei behandelungstechnischen Anwendungen bewähren muß, ergeben sich wechselseitige Abhängigkeiten. Beispielsweise hat das neue Verständnis der Gegenübertragung die Teilnahme des Analytikers am therapeutischen Prozeß intensiviert und seine Interventionsmöglichkeiten erweitert. Beobachtung und Selbstreflexion setzen freilich eine gewisse Distanz zum Geschehen voraus. Aus diesem Grund ist die psychoanalytische Methode daran gebunden, daß der Therapeut sein Mitmachen in der Schwebelage hält. Freud hat im Namen des Erkenntnisgewinns und in der Absicht, zu wissenschaftlich begründeten Wahrheiten zu gelangen, das Einhalten von Regeln empfohlen. Die gegenseitige Beeinflussung, in die sich ein Patient mit therapeutischen Erwartungen einläßt, macht es unerlässlich, daß sich der Analytiker mit einem Bein auf sicherem Grund außerhalb der emotionalen Verwicklung befindet und einen kühlen Kopf behält, so schnell auch sein Herz in der Gegenübertragung schlagen mag.

Es liegt also in der Natur der Sache, nämlich im Interesse des gemeinsamen Nachdenkens über die Übertragung, daß der Analytiker sein Mitmachen bei der Reinszenierung lebensgeschichtlicher Szenen einschränkt. Meine Bedenken gegen leichtfertige Verschiebungen von Grenzen sind primär methodisch begründet, treffen aber mit anthropologischen und ethischen Prinzipien zusammen. Daraus ziehe ich eine zusätzliche Bestätigung für meine Auffassung.

Um meinen Standpunkt zu erläutern, möchte ich einige Worte zum psychoanalytischen Rahmen sagen, in welchem einige Körpertherapien von Anfang an standen, wie beispielsweise die Bioenergetik. Andere können tiefenpsychologisch interpretiert werden, wie die konzentrierte Bewegungstherapie (Becker 1989). Erlebnisse und Ereignisse, die in Psychotherapien auftreten, können auch psychoanalytisch interpretiert werden. Die Komplexität der psychoanalytischen Theorie erleichtert dieses Fremdgehen. Was als Vorzug erscheint, erweist sich aus verschiedenen Gründen als folgenreicher Nachteil. Die methodisch strenge Nachprüfung, die genau genommen nur auf dem psychoanalytischen Mutterboden erfolgen kann, unterbleibt oft. Schlimmer noch: sie kann aus inneren und äußeren Gründen gar nicht erfolgen. Andererseits ist bekannt, daß die Praxis besser sein kann, als es die Theorie, von der sich ein Psychotherapeut leiten läßt, zuließe. Insofern ist es denkbar, daß man beispielsweise in einer Körpertherapie beim Bioenergetiker Lowen (z. B. 1975) bessere Erfahrungen machen kann, als es die abstrusen Theorien, die in der Nachfolge Reichs propagiert wurden, zuließen. Im allgemeinen führen falsche Theorien aber tatsächlich in die Irre. Übrigens soll nicht bestritten werden, daß Patienten bei einem Körpertherapeuten, der im Sinne Mosers vorgeht, neue und hilfreiche Erfahrungen machen können. Es ist auch nicht überraschend, daß Körpertherapien als Selbsterfahrung nach vorausgehenden Analysen

gesucht werden. Unzufriedenheiten und Mißerfolge werfen viele Fragen auf, die letztlich nur individuell und bei genauer Kenntnis der Therapeut-Patient-Beziehung beantwortet werden können. In gründlichen Studien ist nach den systemimmanenten Schwächen und Beschränkungen einer Behandlungstechnik zu fragen. Behandlungstechniken werden durch ihre Grenzen bei der Anwendung definiert. Deshalb ist für die Therapieprüfung Purismus erforderlich.

Die Körpertherapien psychoanalytischer Herkunft beanspruchen einen Zugang zu jenen Schwerkranken zu finden, deren Störung auf Traumatisierungen im frühesten Lebensalter einschließlich der pränatalen Entwicklungsphase zurückgeführt wird. Diese Behauptung, die sich in die schlagkräftige Formel kleidet, der intrauterin, perinatal und im frühen Kindesalter geschundene Körper vergesse nichts, würde nahelegen, die präverbal entstandene Störung mit nonverbalen Mitteln zu behandeln.

Es ist freilich abwegig, den Körperzellen selbst oder dem sich entwickelnden Gehirn des Fötus Erinnerungen zuzuschreiben. Erhöhungen des Muskeltonus können als rudimentäre Abwehrhandlungen im Kontext verjährter Angstbedingungen als unbewußte Erinnerung erhalten bleiben und sich situativ verstärken oder günstigenfalls durch neue positive Erfahrungen in- und außerhalb von Psychotherapien verändern. Es ist kein Zufall, daß die unschöne Metapher des Charakterpanzers auf den Körper ausgedehnt wurde. Der Charakter führt eben keine abgehobene Existenz, sondern drückt sich im Körper aus, weil sich die betroffene Person reflektorisch überall auf einen Abwehrkampf einstellt. Ob man nun rascher zu den pathogenen Szenen gelangt, wenn man als Körpertherapeut die Hand auf die gespannte Stelle legt und damit in gewisser Weise an die Druckprozedur oder Massage Freuds anknüpft, möchte ich unter Hinweis auf Bittners (1986) gründliche Studie verneinen. Die Assoziationen des Patienten bewegen sich im Kontext von Symptomen bei Beachtung des Widerstandes regelmäßig auf die auslösenden Situationen - zwischen Vergangenheit und Gegenwart hin und herpendelnd - zu. Es kommt hinzu, daß die berührende Hand auch des Körpertherapeuten, der mit der Psychoanalyse nichts im Sinn hat, rasch mit Bedeutungen belegt wird, die den besten Absichten des Therapeuten zuwiderlaufen können. Es werden Erwartungen geweckt, die in einer Therapie nicht erfüllt werden können, ohne daß beruflich festgelegte Grenzen überschritten werden.

Um nicht mißverstanden zu werden: Über das Körpererleben mit der persönlichen Ausdrucksfähigkeit auf einen vertrauten Fuß zu gelangen, ist in und außerhalb von Therapien wesentlich. Besonders bei stationären Psychotherapien in psychosomatischen Kliniken haben sich Körpertherapien bewährt. Beispielsweise fördern psychomotorische Übungen und die von Stolze (1989) systematisierte konzentrierte Bewegungstherapie die Selbstwahrnehmung ausdruckspsychologischer Phänomene, wodurch auch der tiefenpsychologische Zugang zu Patienten erleichtert werden kann. Einige Probleme der stationären Psychotherapie werden beson-

ders bei der Nachbehandlung deutlich. (Umgekehrt gilt mutatis mutandis das Gleiche.) In psychosomatischen Kurkliniken machen Patienten Erfahrungen, die während der Vorbehandlung fehlten. Die Kombination verschiedener Behandlungen oder Übungen, die durch eine größere Anzahl von Personen vermittelt werden (Psychodrama, Gestalttherapie, Malen, Musizieren, Tanzen etc.), stellt hohe Ansprüche an die Integrationsfähigkeit von Patienten und Personal. Erfahrungen bei der ambulanten Nachbehandlung belegen, daß nicht wenige Patienten hierbei überfordert werden. Ein ähnliches Problem ergibt sich, wenn verschiedenartigetherapeutische Mittel in denselben Händen liegen. Selbst wenn der Therapeut sich selbst sicher ist, daß seine rechte Hand weiß, was die linke tut, sind auf seiten des Patienten schwerwiegende Verwechslungen möglich, die unkorrigierbar bleiben können. Daraus ergeben sich Bedenken gegen Vermischungen des therapeutischen Handelns.

Das Feld der Körpertherapien, die oft nach dem Namen der Schulgründer benannt werden (z. B. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Eutonie nach G. Alexander, psychomotorische Therapie nach A. Pessó, etc.), hat viele Angrenzer. Durch Anleihen der verschiedensten Art - bei Jung, Freud u. a. - entstehen „wilde“ (Körper-) Psychotherapien. Die Bezeichnung Körpertherapie ist mißverständlich, und die Mischform Körperpsychotherapie verdeckt sachliche und methodische Probleme. Diese Mischformen müssen Bedenken hervorrufen.

Mein Zweifel richtet sich beispielsweise gegen die mit der Diagnose einer frühen Störung begründeten, in einer Hand liegenden psychoanalytischen Körpertherapien. Die vielfältigen Verwirrungen, die Rollen- und Identitätskonfusionen der Grenzfälle verstärken sich häufig noch, wenn Therapeuten sich nicht an einen Rahmen halten und im Wechsel verschiedene Rollen übernehmen. Theoretisch und behandlungstechnisch geht es vor allem um das Problem der Entstehung und der Heilung von Selbstfragmentierungen, die mit der Angst vor dem Zerfall des Körpers, des Körper-Selbst oder des Körper-Ich einhergehen. Diese beiden Phänomenbereiche können übrigens nicht voneinander unterschieden werden. Körpertherapeuten gehen von der Vorstellung aus, durch konkrete körperliche Übungen oder gemeinsame Aktionen solche Ängste dauerhaft beschwichtigen zu können. Tatsächlich bezieht sich die Fragmentierungsangst aber nicht auf den materiellen Körper, der durchaus intakt ist, sondern auf Vorstellungen über den Körper. Es ist bemerkenswert, daß beim körpertherapeutischen Umgang, offenbar weitgehend unerkannt, Kohuts Ideen über die Heilung narzißtischer Körper selbstverletzungen in die Tat umgesetzt werden.

Auf verschiedenen Wegen geht es um das Ausfüllen, um das Beheben von Defekten, sei es durch die heilende Hand, sei es durch den behahenden Blick. Wiewohl es streng genommen keine Wiedergutmachung für erlittene Beschädigungen geben kann, hängt therapeutisch sehr viel davon ab, in welcher Weise der Analytiker seine Möglichkeiten als Stellvertreter bei der Vermittlung

neuer mutativer Erfahrungen ausschöpft. Es gäbe wahrscheinlich weder Kohuts Selbstpsychologie noch psychoanalytisch orientierte Körperpsychotherapien, wenn in der jeweiligen Standardtechnik der ichpsychologischen, der Kleinianischen, der Lacanianischen Richtung etc., die auf das Körperbild bezogene Anerkennung nicht „vergessen“ worden wäre. Zugleich greift die Redeweise vom „vergessenen Körper“ in vieler Hinsicht zu kurz. Hierbei bleibt nämlich außer acht, daß bei allen körperbezogenen Zerfalls- und Fragmentierungsängsten unbewußte Phantasien am Werk sind, die sich am Selbstobjekt, am eigenen Körper und am äußeren Objekt - im Sinne von Schilders Korrelation - einprägen. Dieses Strukturmerkmal vieler Neurosen, das von Kernberg (1979) und von Rosenfeld (1981) besonders bei Grenzfällen beschrieben wurde, ist freilich keineswegs umweltstabil. Es ist situationsabhängigen Schwankungen unterworfen, die in der Therapie in hohem Maße von der Gestaltung, also vom Beitrag des Analytikers, abhängig sind. Rosenfeld (1981) hat demonstriert, wie ein neurotischer Patient in eine Übertragungspsychose hineingeriet und wie dieser Mann bei veränderter Haltung des Analytikers die induzierte Verrücktheit wieder verlor. Solche kasuistischen Beschreibungen, eigene Erfahrungen und psychodynamische Überlegungen haben mich davon überzeugt, daß der „vergessene Körper“ in die psychoanalytische Methode, aber nicht in eine verworrene Körperpsychotherapie zurückgeholt werden sollte. Der Einwand, daß ich über die Körperpsychotherapie spreche, ohne einschlägige eigene Erfahrungen zu haben, hat wenig Zugkraft. Man muß nicht alles selbst konkret erlebt haben, um die ätiologische Plausibilität und die Wirksamkeit einer Therapie beurteilen zu können. Die Selbsterfahrung hat nicht das letzte Wort!

Ich habe eine relativ große Zahl von schwerkranken Patienten aus einem breiten nosologischen Spektrum behandelt und bezweifle, daß eine signifikante Korrelation zwischen der Schwere der seelischen oder somatischen Erkrankung und einer früh durch ein oder einige Traumata entstandenen Störung besteht. Bei der Zurückdatierung der Ätiologie scheinen manche Formen der Körpertherapie eine Verbindung mit der von Janus (1989) vertretenen pränatalen Psychologie einzugehen, die in manchen Aspekten kaum mehr von der Scientology Hubbards (1984) zu unterscheiden sind (Thomä 1990). Diese Regression ad infinitum verleugnet nicht nur Freuds Prinzip der Nachträglichkeit, also die retrospektive Zuschreibung durch induzierte Phantasien, sondern die Bedeutung des Hier und Jetzt im Verständnis der therapeutischen Situation. Die Vernachlässigung der Aktualität hat ungünstige Auswirkungen sowohl bezüglich der Rekonstruktion der Entstehung von Erkrankungen als auch hinsichtlich der Optimierung des therapeutischen Prozesses (Thomä 1991a). Es muß sich antitherapeutisch auswirken, wenn in Patienten Illusionen geweckt werden, so als gäbe es unbewußte Fixierungen der Wahrnehmung derart, daß ein 30jähriger Patient oder eine 20jährige Patientin den Analytiker ausschließlich als Partialobjekt oraler Herkunft erleben.

Die Täuschung, als könnte der Therapeut erlittenes Leid wiedergutmachen - durch symbolische Wunscherfüllung oder ganz konkret -, vergrößert die Illusion des Patienten bezüglich unbewußter Auswirkungen erlittener Kränkungen und passiv erduldeten Unrechts. Anna Freud (1976) hat einmal gesagt, daß wir nur therapieren können, was das Ich getan habe, nicht aber, was ihm angetan wurde. Ich möchte diese Feststellung dahingehend ergänzen, daß die therapeutischen Chancen dort liegen, wo das unbewußte Handlungspotential lahmgelegt wurde und der Patient wegen ungünstiger Kräfteverhältnisse damals nicht tun konnte, was er wollte. In analogen Situationen der Übertragung neue Erfahrungen geglückter Selbstbehauptung machen zu können, geht mit einem veränderten Körpergefühl einher. Denn destruktive unbewußte Phantasien deformieren stets auch die Gestaltwahrnehmung des Objekts, sei es in der Gestalt des anderen oder des eigenen Körperbildes.

Freuds ätiologische Theorie besagt, daß frühere Traumata anlässlich von Retraumatisierungen wiederbelebt werden, so daß ein komplexes Bedingungsgefüge von notwendigen und hinreichenden Ursachen angenommen werden muß. Mit diesem theoretischen Problem hängt das behandlungstechnisch außerordentlich relevante Thema des Zurückphantasierens zusammen, das C. G. Jung als erster beschrieben und als Widerstand erkannt hat (s. hierzu Thomä u. Cheshire 1991; Cheshire u. Thomä 1991). Ich habe großen Respekt vor dem im Unbewußten wirksamen und verflochtenen Bedingungsgefüge. Sinnlichkeit, Zärtlichkeit und Sexualität sind zwar phänomenologisch und entwicklungspsychologisch voneinander zu differenzieren, aber es hat zugleich einen tiefen Sinn, daß Freud alle Phänomene der Lust durch die Libidotheorie miteinander verknüpfte.

Mit Hilfe von Spaltungsprozessen kann ein Therapeut so tun, als ob eine erwachsene Frau oder ein volljähriger Mann geschlechtslose Wesen ohne ödipale Konflikte seien, die - in einem umfassenden Sinn verstanden - nicht auf die infantile Frühblüte der Entwicklung der Geschlechtsrolle eingeschränkt werden können. Anscheinend dient die Diagnose sog. prägenitaler oder früher Störungen dazu, averbale körpertherapeutische Maßnahmen zu begründen und Berührungen oder andere gemeinsame körperliche Handlungen zu verharmlosen. Zugleich werden Analytiker wegen ihrer angeblichen Berührungsängste lächerlich gemacht. Den Patienten und den Therapeuten durch Regeln zu schützen, liegt aber primär nicht auf der Ebene von Tabus oder der Abwehr von Ängsten, wiewohl Regeln sekundär mißbraucht werden können. Folgt der Therapeut der Illusion, als könnten körperliche Bedürfnisse klar voneinander unterschieden und isoliert befriedigt werden, kommt es auf seiten des Patienten zu Selbsttäuschungen und beim Erwachen von den erzeugten Illusionen zu schweren Krisen.

Von den heillosen Verwirrungen durch sexuellen Mißbrauch abhängiger Patientinnen brauche ich hier angesichts beunruhigender Veröffentlichungen nicht zu sprechen. Es geht mir darum, aus prinzipiellen Gründen für eine therapeutische

Wir-Bildung zu plädieren, bei der zugleich Autonomie und Selbstreflexion gepflegt und gerade bei großer emotionaler Nähe eine sichere Distanz erhalten bleibt. Je intensiver eine Beziehung mit therapeutischen Zielsetzungen unter analytischen Gesichtspunkten gestaltet wird, desto weniger ist es möglich, den Körper konkret einzubeziehen und gleichzeitig den unbewußten Bedeutungsgehalt ins Auge zu fassen. Würde es zutreffen, daß die Berührung des Körpers eines Kranken durch den Arzt im Verlauf jeder Behandlung mehr oder weniger schwerwiegende libidinöse Bedeutungen annimmt, wie von Uexküll (1985, S.100) meint, müßten ständig erhebliche Komplikationen entstehen. Ich halte diese Behauptung von Uexkülls zwar in der Verallgemeinerung für falsch, entnehme ihr aber eine Warnung an die Körperpsychotherapeuten. Wäre das Handauflegen in der objektivierenden Körpermedizin ein libidinisierter Akt, müßten noch viel größere Probleme dort entstehen, wo es von vornherein nicht um die Objektivierung körperlicher Störungen, sondern um das subjektive, personale Körpererleben geht. Deshalb ist es wesentlich, daß sich der Analytiker eingehend mit der Beschreibung körperlicher Symptome befaßt, um, soweit er Arzt ist, auch zu erkennen, inwieweit die körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitstheorie des Patienten Elemente enthalten, die auf eine körperliche Erkrankung hinweisen und zusätzliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich machen könnten. Es ist mehr als ein Ärgernis, daß Psychoanalytiker nicht nur in der Karikatur von den körperlichen Beschwerden ihrer Patienten oft unzureichend Kenntnis nehmen. Tatsächlich führen solche Vermeidungen zur Zerstörung der therapeutischen Beziehung und zu unauflösbaren negativen Übertragungen.

Der in die Geschichte der psychosomatischen Medizin eingegangene unbekannte Heidelberger Patient, der durch seinen Satz berühmt wurde: „Herr Doktor, mir fehlt's nicht im Kopf, ich hab's im Magen“, hat viele Leidensgenossen, deren körperliche Beschwerden in psychoanalytischen Gesprächen nicht ernst genug genommen werden. Es ist höchste Zeit, dem Körper in der psychoanalytischen Methode den ihr nach der Triebtheorie zukommenden hervorragenden Platz zu geben. Die Renaissance des Körpers in den Körpertherapien ist auch als Wiederkehr des in vielen Formen der psychoanalytischen Technik verleugneten Körpers zu verstehen. Die Besinnung auf die wesentlichen inneren Merkmale der psychoanalytischen Methode ermöglicht die Einbeziehung des körperlichen Erlebens in den interaktionellen psychoanalytischen Prozeß. Größte Bedenken habe ich dagegen, körperbezogene Übungen mit der Analyse von Übertragung, Widerstand und Gegenübertragung und insgesamt mit dem analytischen Prozeß in einer Hand zu vereinen. Auf einer anderen Ebene liegt die Kombination von Körpertherapien mit analytischer Psychotherapie, sofern diese nebeneinander herlaufen und von verschiedenen Personen verantwortet werden. Daß sich diese Kombination im stationären Bereich bewährt hat und bei ambulanten Therapien aus der Kombination wichtige Anstöße auch für den analytischen Prozeß kommen können, hat Müller-

Braunschweig (1987) aufgewiesen. Die Körpertherapeuten neigen aber dazu, sich als Körperpsychotherapeuten zu profilieren. Es liegt in der Natur des Menschen, daß in der Psychomotorik Expressivität und Sinn enthalten ist, der latent bei allen Bewegungsübungen mitschwingt. Physiotherapeuten, die sich als Körperpsychotherapeuten verstehen, müssen sich aber fragen, ob nicht sehr viel verlorengeht, wenn beispielsweise das isometrische Muskeltraining und andere Formen primär körperbezogener Gymnastik psychologisiert werden. Auch deshalb plädiere ich dafür, daß Schuster bei ihren Leisten und Schneider bei ihren Ellen bleiben und jeder Handwerker sein Tun nach bestem Wissen und Gewissen ausübt. Wie auf dem Boden der Spezialisierung die Integration zu leisten ist, ist eine von allen Beteiligten zu lösende Aufgabe.

Literatur

- Alexander F (1935) Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen. *Int Z Psychoanal* 21 : 189-219
- Becker H (1989) Konzentrative Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozeß. Thieme, Stuttgart New York
- Bittner G (1986) Vernachlässigt die Psychoanalyse den Körper? *Psyche* 8 : 709-734
- Bittner G (1988) Heilende „Körpererfahrung“? In: Rechenberger HG, Werthmann H-V (Hrsg) Psychotherapie und Innere Medizin. Pfeiffer, München, S 135-144
- Bittner G (1989) Psychoanalyse und Körper. In: Werthmann H-V (Hrsg) Unbewußte Phantasien. Pfeiffer, München, S 285-300
- Brähler E (1986) Körpererleben - ein vernachlässigter Aspekt der Medizin. In: Brähler E (Hrsg) Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 3-18
- Canzler P (1990) Das Kreuz mit dem Rücken - Zur Psychoanalyse der Körperhaltung. *Psychoanalyse im Widerspruch* 2 : 6-20
- Cheshire N, Thomä H (1991) Metaphor, neologism and „open texture“: Implications for translating Freud's scientific thought. *Int Rev Psychoanal* 18 : 429-455
- Christian P (1952) Das Personverständnis im modernen medizinischen Denken. Mohr, Tübingen
- Feldenkrais M (1978) Bewußtheit durch Bewegung. Der aufrechte Gang. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Freud A (1976) Contribution to plenary session on „Changes in psychoanalytic practice and experience: theoretical, technical and social implications“. Reported by Shengold L and McLaughlin JT. *Int J Psychoanal* 57 : 261-274
- Freud S (1895d) Studien über Hysterie. *GW Bd 1*, S 75-312
- Freud S (1910i) Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. *GW Bd 8*, S 93-102
- Freud S (1916-17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW Bd 11*
- Freud S (1921c) Massenpsychologie und Ich-Analyse. *GW Bd 13*, S 71-161
- Freud S (1923b) Das Ich und das Es. *GW Bd 13*, S 235-289
- Freud S (1926d) Hemmung, Symptom und Angst. *GW Bd 14*, S 111-205

- Grünbaum A (1984) The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique. Calif Univ Press, Berkeley Los Angeles London
- Hubbard LR (1984) Dianetik. New Era Publ, Kopenhagen
- Janus L (1989) Die verdeckte pränatale Dimension im Konzept Melanie Kleins. Forum Psychoanal 5 : 333-341
- Joraschky P (1983) Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion. Minerva Publ Saur, München
- Kantorowicz EH (1990) Die zwei Körper des Königs. Eine Studie zur politischen Theologie des Mittelalters. DTV, München
- Kernberg OF (1979) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Krause R (1983) Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. Psyche 37 : 1016-1043
- Krause R (1990) Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: Scherer K (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie, Bd C/IV/3 : Emotionen. Hogrefe, Göttingen, S 630-705
- Lowen A (1975) Bioenergetics. Coventure, London
- Margolin SG (1953) Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes. In: Deutsch F (ed) The psychosomatic concept in psychoanalysis. Int Univ Press, New York, pp 3-34
- McDougall J (1974) The psychosoma and the psychoanalytic process. Int Rev Psychoanal 1 : 437-459
- McDougall J (1985) Plädoyer für eine gewisse Abnormalität. Suhrkamp, Frankfurt aM
- McDougall J (1987) Ein Körper für zwei. Forum Psychoanal 3 : 265-287
- Mendelson M, Hirsch S, Weber CS (1956) A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine. Z Psychosom Med 18 : 363-373
- Meyer AE (1987) Das Leib-Seele-Problem aus der Sicht eines Psychosomatikers. Modelle und ihre Widersprüche. Psychother Med Psychol 37 : 367-375
- Moser T (1986) Das erste Jahr. Eine psychoanalytische Behandlung. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1987) Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Eine Streitschrift. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1989) Körpertherapeutische Phantasien. Fallgeschichten neu betrachtet. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1990 a) Das zerstrittene Selbst. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1990 b) Formen der Gegenübertragung in der psychoanalytisch orientierten Körper-Psychotherapie. Psychoanalyse im Widerspruch 2 : 42-65
- Müller-Braunschweig H (1986) Psychoanalyse und Körper. In: Brähler E (Hrsg) Körpererleben. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 19-33
- Pesso A (1986) Dramaturgie des Unbewußten. Eine Einführung in die psychomotorische Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Plessner H (1982) Gesammelte Schriften, Bd 7 : Ausdruck und menschliche Natur. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Plessner H (1983) Gesammelte Schriften, Bd 8 : *Conditio humana*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Rangell L (1959) The nature of conversion. J Am Psychoanal Assoc 7 : 632-662. (Dt: (1969) Die Konversion. Psyche 23 : 121-147)
- Rapaport D (1960) Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Versuch einer Systematik. Klett, Stuttgart
- Rosenfeld H (1981) Zur Psychopathologie und psychoanalytischen Behandlung einiger Borderline-Patienten. Psyche 35 : 338-352

- Schaefer H (1990) Das Prinzip Psychosomatik. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg
- Scheler M (1954) Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. GW Bd 2. Francke, Bern
- Schilder P (1933) Das Körperbild und die Sozialpsychologie. Imago 19 : 367-376
- Schilder P (1935) The image and appearance of the human body. Kegan, London
- Schmitz H (1982) Der Leib. Bouvier, Bonn
- Schöpf A (1988) Die Einstellung zum Leib in der klassischen Psychoanalyse. In: Rechenberger HG, Werthmann HV (Hrsg) Psychotherapie und Innere Medizin. Pfeiffer, München, S 43-54
- Schur M (1974) Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: Brede K (Hrsg) Einführung in die Psychosomatische Medizin: Klinische und theoretische Beiträge. Fischer-Äthenäum, Frankfurt aM, S 335-395
- Stolze H (1989) Die Konzentrierte Bewegungstherapie, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H (1990) Zur Wiederentdeckung des Geburtstraumas in der peri- und pränatalen Psychologie. Forum Psychoanal 6 : 260-269
- Thomä H (1991a) Was hat sich in meinem Verständnis des psychoanalytischen Prozesses seit den 60er Jahren gewandelt? Prax Psychother Psychosom 36 : 2-11
- Thomä H (1991b) Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Ein Plädoyer für Reformen. Psyche 45 : 385-433 und 481-505
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1 : Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 2 : Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Cheshire N (1991) Freud's Nachträglichkeit and Strachey's 'deferred action': Trauma, constructions and the direction of causality. Int Rev Psychoanal 18 : 407-427
- Uexküll T v (1985) Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin. Prax Psychother Psychosom 30 : 95-103
- Weizsäcker V v (1950 a) Diesseits und jenseits der Medizin. Köhler, Stuttgart
- Weizsäcker V v (1951) Fälle und Probleme, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart New York

Körpertherapie in der Praxis

Hildegund Heintl

Körpertherapie in der Praxis - ein weit gefaßtes Thema mit vielen offenen Fragen. Einige werde ich herausgreifen und näher beleuchten. Im Mittelpunkt unserer Betrachtungen steht eine zentrale leibtherapeutische Frage.

Wie finde ich Zugang zum Patienten, wenn die Sprache versagt?

Wie erreiche ich ihn? Wie entdecke ich die auch ihm verborgenen Pforten zu seinem Körper, die den Schmerzensweg zu seinem Problemfeld öffnen? Wie verknüpfe ich Körperhaltung und -ausdruck, Bewegungsmuster und -rhythmus, vegetative und muskuläre Antworten auf Berührung wie Haut- und Gefäßreaktionen, Angst- und Fluchtreaktionen, Schutz- und Angriffshaltungen, muskuläre Verspannung und Erschlaffung mit erlebnisbezogenen Aussagen des Patienten in einen Sinn- und Wirkzusammenhang, um gemeinsam mit ihm die wortlose Sprache seiner Symptome und deren Bedeutung zu entschlüsseln?

Anhand von 6 Fallbeispielen aus der orthopädischen und psychotherapeutischen Praxis werde ich die *Mannigfaltigkeit der durch konkrete Lebenserfahrungen und Lebensereignisse ganz individuell gestalteten Körperphänomene* aufzeigen und zu verdeutlichen versuchen, wie diese auf Strukturen des Denkens, des Fühlens, des Erlebens und Verhaltens des Individuums verweisen.

Hintergrund meiner leibtherapeutischen Arbeit sind meine 40jährige orthopädische Praxistätigkeit, eine 20jährige psychotherapeutische praktische Erfahrung und die theoretische Auseinandersetzung mit den Konzepten der *leiborientierten Integrativen Gestalttherapie* (Hartmann-Kottek-Schroeder 1983; Petzold 1988). Diese Konzepte werden im einzelnen im Beitrag von Ilse Orth in diesem Band vorgestellt. Die auf die Bewegungsorgane bezogenen psychosomatischen Arbeitshypothesen und Konzepte habe ich während meiner orthopädischen Praxistätigkeit entwickelt. Behandlungsmethodik und Interventionstechniken wer-

den in einigen Falldarstellungen beschrieben (Heinl u. Spiegel-Rösing 1977; Heinl u. Petzold 1982; Heinl et al. 1982; Heinl 1986, 1990, 1991).

Ich möchte Sie nun in meine Praxis einladen. Meine *diagnostisch-therapeutische Vorgehensweise* ist in der Regel *symptomorientiert*. Sie orientiert sich am *gegenwärtigen Erscheinungsbild des Patienten in seinem Kontext*, an dem, was ich unmittelbar wahrnehme. Sie hat sich aus den alltäglichen Erfordernissen der Praxistätigkeit entwickelt und bewährt. Die Fallbeispiele veranschaulichen die unterschiedlichen nonverbalen Zugangswege zum Problemfeld, die Vielfalt der individuell gestalteten Körperphänomene und der Körpersymbolik. Sie illustrieren leibtherapeutische Konzepte, wie leibliche Prägung und szenisches Gedächtnis, individuelle Ausgestaltung des Symptoms und seiner Lokalisation im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation und ermöglichen neue Konzepte für die psychosomatische Orthopädie. Es handelt sich um Patienten mit einer Krankheitsdauer vor dem Erstkontakt mit der Therapeutin von wenigen Tagen bis zu 25 Jahren. Die Dauer der leibtherapeutischen Sitzung beträgt 30-50 Minuten in Einzel- oder Gruppentherapie. Bis auf einen Patienten waren mir alle vorher nicht bekannt. Es handelt sich um Patienten ohne und mit Therapieerfahrung. Die Darstellung erfolgt in Form von Vignetten. Die phänomenologische Vorgehensweise mag zunächst befremdlich erscheinen. Mein Anliegen ist es, zu dieser neuen Sichtweise anzuregen und Denkanstöße zu geben.

Kasuistik

Der Zugang über Körperberührung

1. Fallbeispiel

Ein junger Mann, der in den letzten Jahren öfter und jetzt akut über Kreuzschmerzen klagt. Die Wirbelsäule ist aus orthopädischer Sicht in der Funktion unauffällig. Während der Untersuchung löst die Berührung meiner Hand in der Region der Lendenwirbelsäule jedoch eine Ausweichbewegung aus. Die Lendenwirbelsäule überstreckt sich, die Lendenmuskeln spannen sich kräftig an, und das Gesicht des Patienten verschließt sich. Als meine Hand den Bereich zwischen den Schulterblättern untersucht, bemerke ich, wie die Gesichtszüge des Patienten sich lösen und ein leises Lächeln um seinen Mund spielt. Ich fühle, wie sein Rücken gleichermaßen „sich-mir-in-die-Hand-legt“. Diese so gegensätzlichen Empfindungen und Körperreaktionen im Bereich des Rückens, die keiner Funktionsstörung zuzuordnen sind, verweisen nach meiner Erfahrung auf unterschiedliche konkrete Leiberfahrungen in der Vergangenheit, die der

Erinnerung des Patienten nicht mehr zugänglich sind. Das *therapeutische Ziel* ist es, im phänomenologischen Vorgehen durch *erlebnisaktivierende Körpertechniken*, hier mit der Berührung durch die Hand der Therapeutin, die jeweilige Körperregion zu stimulieren, unter gleichzeitiger Fokussierung der Selbstwahrnehmung des Patienten auf diese Region, die *Schlüsselszenen* ins Gedächtnis zurückzurufen. Der junge Mann, noch im Setting der Wirbelsäulenuntersuchung, ist nach wenigen Sätzen der Erklärung möglicher psychosomatischer Zusammenhänge seiner Schmerzsymptomatik zur weiterführenden Diagnostik bereit. Ich berühre die Lendenregion wie bei der Untersuchung und leite ihn gleichzeitig dabei an, seine Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung seiner Schmerzregion zu richten. Danach fordere ich ihn auf, sein Leben in Bildern zurückzugehen und emotional sowie körperlich belastende Szenen aufzuspüren. Es ist oft erstaunlich, wie rasch diese sich einstellen. Bei unserem Patienten tauchen bei den zwei Regionen des Rückens ganz unterschiedliche Szenen aus der Kindheit auf, die die Beziehungsmuster zu zwei wichtigen Bezugspersonen repräsentieren. Die Lendengegend ist der Ort der Prügel, die ihm der Vater verabreicht. Er legt ihn übers Knie und schlägt ihn. Im Schultergürtelbereich wird die liebevolle Beziehung zur Großmutter lebendig. Sie begrüßt ihn jedes Mal, wenn er sie besucht, mit den Worten: „Grüß Gott, Büberl!“ und legt dabei ihre Hand zärtlich auf seine Schulterblätter. Er läßt sich noch heute gerne von seiner Frau in dieser Region streicheln. Der Kreuzschmerz war im Zuge eines aktuellen Autoritätskonflikts aufgetreten, in dem er sich seinem Vorgesetzten ohnmächtig ausgeliefert fühlte - so wie damals dem Vater. Ohne daß dem Patienten die Zusammenhänge bewußt sind, beantwortet sein Körper den analogen aktuellen Konflikt mit körperlichem Schmerz *am Ort der frühen Schmerzerfahrung*. In der Abwehr der neuerlichen Kränkung durch eine Autorität verspannt sich, analog der ursprünglichen Szene, die Lendenmuskulatur und führt zum körperlichen Schmerz. Mit dieser Körpererfahrung und dem Begreifen der Zusammenhänge wird der Patient beschwerdefrei.

Mein Ziel für die orthopädische Praxis war die *Früherkennung biopsychosozialer Störungen* vor der Chronifizierung und - mit aller hier notwendigen Einschränkung - einer idealiter ganzheitlichen Diagnostik und Therapie. Der Integrationsprozeß der beiden so unterschiedlichen methodischen Ansätze Orthopädie und Psychotherapie vollzog sich mit zunehmender psychotherapeutischer Erfahrung in mir und ermöglichte die Entwicklung von neuen Konzepten und Arbeitshypothesen. Unter dem Druck der Praxisrealität von Zeit und organisatorischem Ablauf habe ich mir mit Hilfe eines für die orthopädische Praxis konzipierten Fragebogens mit einer differenzierten Beschwerdeanalyse und speziellen psychovegetativen Fragestellungen, die auf eine psychosomatische Störung hinweisen können, einen Zeitfreiraum für das Gespräch mit dem Patienten geschaffen. Das Neue an meinem Fragebogen ist, daß die Patienten *selbst* auf der Umrißzeichnung eines menschlichen Körpers mit rotem

Stift die Lokalisation und den Verlauf ihrer Beschwerden einzeichnen. Die Selbstdarstellung der Beschwerden erlaubt es oft, sozusagen auf den ersten Blick, wertvolle diagnostische Hinweise zu gewinnen. Die diagnostische Vorgehensweise in der Praxis habe ich immer im Einzelfall nach den Erfordernissen für den Patienten und meiner Praxisrealität entschieden.

Neben dem Zugang zum Konfliktfeld über Körperberührung veranschaulicht der Fall eine integrierte orthopädisch-psychotherapeutische Diagnostik, in der somatische Hinweise und erlebnisbezogene Aussagen des Patienten sich sukzessiv gegenseitig überprüfen. In jedem Fall ist die eingehende somatische Untersuchung obligat. Sie ist nicht nur zur Absicherung eindeutiger somatischer Ätiologie erforderlich, sondern ist auch eine wesentliche Quelle für Hinweise auf seelische Anteile. Sie werden für den Therapeuten zum Anlaß, seine wache Aufmerksamkeit auf die Reaktionen auf Berührung zu richten und Informationen zu sammeln. Weiterhin veranschaulicht der Fall das *Konzept der leiblichen Prägung* (Petzold 1988; Orth 1992), *des szenischen Gedächtnisses* (Petzold 1988) und *der individuellen Ausgestaltung des Symptoms und seiner Lokalisation aufgrund früher Beziehungserfahrungen*. Selbstverständliche Voraussetzung für diesen Zugang über den Körper, der tiefe emotionale und regressive Prozesse hervorrufen kann, ist eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, in der der Patient sich auch körperlich aufgehoben fühlt. Diese wird durch eine authentische, sehr differenzierte Qualität der Berührung entscheidend mitgestaltet.

Zugang über Körperhaltung und Bewegung

Von Bedeutung ist die Frage, wie *verhaltene Gefühle*, wie in diesem Fall ungelöste Trauer, zu muskulärer Erstarrung und demzufolge zu einer intensiven Schmerzsymptomatik und Funktionseinschränkung führen können.

2. Fallbeispiel

Im Rahmen der psychosomatischen Weiterbildung klagt ein Kollege, er ist Wirbelsäulenspezialist, über quälende Rücken- und Nackenschmerzen, seit Monaten kontinuierlich in allen Körperlagen, im Gehen, Stehen, Sitzen und Liegen. Der Schlaf ist gestört. Er kämpft durch aufrechte Haltung gegen den Schmerz - ohne Erfolg. Sein klinischer und röntgenologischer Wirbelsäulenebefund erkläre die Intensität der

Schmerzen nicht. Er wolle sich nun auf eine leibtherapeutische Arbeit einlassen, um die Quelle seiner Schmerzen zu finden. Ich weiß, daß er über Monate einen väterlichen Freund, so wie damals seinen Vater, im qualvollen Sterben begleitet hatte. Er nimmt auf einem Stuhl Platz. Im Sitzen sinkt er in eine skoliotische Haltung zusammen, die rechte Schulter hängt tiefer als die linke, der Rumpf weicht nach links aus, der Kopf ist nach rechts geneigt. Ich habe den Eindruck, als ob er gerade noch das Gleichgewicht halten könne; meine *Anmutung* ist das Bild eines Menschen, der im Schmerz seinen Kopf an eine Schulter anlehnen möchte. Meine *Arbeitshypothese* ist, daß er in der beruflichen Belastung und Verantwortung keinen Raum für seine Trauer um den Verlust des väterlichen Freundes findet, daß er den Wunsch und die Sehnsucht, sich anzulehnen, nicht spürt und auch nicht wahrhaben will. Mein *Ziel* ist es, ihn seine Körperhaltung erleben zu lassen, in der Hoffnung, daß er dadurch in Kontakt mit seinen abgewehrten Gefühlen kommen kann. Es ist eine Alltagsbeobachtung und aus Untersuchungen der Ausdruckskunde - und unter Schauspielern - bekannt, daß willentliches Herbeiführen von bestimmten Körperhaltungen und mimischer Muskelbewegung den damit ausgedrückten Affekt tatsächlich hervorrufen kann - Haltung als eine Momentaufnahme eines Bewegungsvollzugs, eine innegehaltene Bewegung. Ich schlage ihm daher vor, seine Kopfhaltung in zwei gegensinnige Bewegungen überzuführen. Das gelingt ihm nicht, er blockiert. Um ihm seine Körperhaltung und die Rechtsneigung des Kopfs bewußt zu machen, trete ich hinter ihn und nähere meine rechte Hand behutsam dem Kopf, so daß sie nur die Spitzen des üppigen Haupthaars an der rechten Kopfseite berührt. Er spürt diese Fastberührung und nähert den Kopf nun aktiv, vorsichtig, etwas mißtrauisch meiner Hand, bis ein Kontakt zwischen meiner Hand und seinem Kopf entsteht. Als seine Anlehnbewegung deutlich wird, lege ich ein Kissen zwischen meine Hand und seinen Kopf. Jetzt wird die Tendenz, den Kopf auszuruhen, sichtbar und auch ihm bewußt. Seine Gesichtszüge, die düster von Schmerz und Trauer verschlossen waren, lösen sich langsam, die Entspannung erfaßt den ganzen Körper und, indem er sich meinen Händen anvertraut, bricht sich ein tiefes Schluchzen und Weinen Bahn. Es verebbt langsam. Ich ermuntere ihn, sich auszuruhen, und er legt seinen Kopf in den Schoß einer Teilnehmerin in der Gruppe.

In der Nachbesprechung gehen wir nochmals auf die für ihn in bestimmten Lebenssituationen charakteristische Sitzhaltung ein. In zahlreichen körpertherapeutischen Behandlungen habe ich *wechselseitige Wirkzusammenhänge* zwischen Körper, Raum und Beziehungsmustern und -erleben in der *Ursprungsfamilie* finden können. Es ist, als ob die *frühen Beziehungserfahrungen mit ihrer emotionalen Qualität*, ihren Wünschen, Ängsten und Phantasien *sich in den Körper eingravieren* und als *Raumbild und kinästhetische Assoziationskette im Gedächtnis gespeichert werden*, durch entsprechende Stimulierung aktiviert und, je nach Qualität und Grundstimmung der Beziehungen, pathogen wirken können.

Von dieser Hypothese ausgehend fordere ich ihn auf, die *Sitzordnung am Familientisch seiner Kindheit* im Raum aufzubauen. Er sitzt zwischen den Eltern, rechts der Vater, links die Mutter. Nach links, zur Mutter hin, fühlt er sich belastet mit Verantwortung; die Mutter weint sich bei ihm aus. Er muß sie trösten. Nach rechts zum Vater spürt er Sehnsucht und gleichzeitig Mißtrauen. Er möchte sich an den Vater anlehnen, aber er mißtraut ihm. Also blickt er geradeaus und hält sich unter emotionaler Belastung starr und aufrecht. Seine Nacken- und Rückenschmerzen sind Ausdruck dieser Erstarrung zwischen Sehnsucht nach Anlehnung und Hingabe und Aufforderung zur Haltung, zur Übernahme von Verantwortung und Last. Er berichtet am nächsten Morgen, daß die seit Monaten anhaltenden Schmerzen verschwunden sind. Er bewegt sich frei und leicht, seine Augen sind noch gefüllt von Trauer, seine Gesichtszüge jedoch gelöst und entspannt. Durch diese Erfahrung mit sich selbst ist er ein überzeugter Psychosomatiker geworden.

Zugang über den Schmerz und die Funktionsstörung

3. Fallbeispiel

Eine Patientin aus der orthopädischen Praxis. Das Beispiel zeigt, wie es möglich ist, einen Affektstau infolge eines *aktuellen Beziehungskonflikts*, der im Symptom Schmerz seinen Ausdruck findet und im therapeutischen Gespräch nicht zu lösen ist, durch eine symbolische Handlung zu entlasten und damit die Schmerzspirale zu unterbrechen und Schmerzfreiheit, das erklärte Ziel der Patientin, zu bewirken (Heinl 1977, 1982, 1985).

Die Patientin kommt aus dem Dorf, Anfang 50, vorzeitig gealtert, der Körper von schwerer Arbeit gezeichnet. Sie klagt über starke Schmerzen im rechten Arm.

Die orthopädische Diagnose. Schmerzhaftes Schulterarmsyndrom rechts, wie ich meine, infolge körperlicher Überlastung. Sie jammert mir ein bißchen viel. Ich verordne Bestrahlungen und Massagen und entlasse sie mit beruhigenden Worten. Nach 14 Tagen kommt sie wieder, trotz der Behandlung keine Besserung, im Gegenteil, sie klagt mehr: „Nun kann ich gar nichts mehr arbeiten“, und vermeidet jede Bewegung mit dem rechten Arm. Ich höre den Appell an mich. Ich zögere: Diese schlichte, von Normen eingeengte Frau, was soll ich da tun? Ich seufze innerlich. Aber sie erreicht mich doch in ihrem Schmerz, und ich wende mich ihr zu. Ob sie Kummer habe. Da bricht der ganze Jammer aus ihr heraus mit Vorwurf und Verzweiflung in der Stimme. Ihr Sohn macht ihr Schande im Dorf. Er läßt sich scheiden, läßt Frau und Kinder im Stich wegen einer anderen, einer „Dahergelaufenen“. Aus Kummer geht ihr Mann jeden Abend ins Gasthaus und

kommt spät nachts betrunken nach Hause. Ich höre ihr zu, zeige ihr, daß ich ihre Situation verstehe und bemühe mich in einem therapeutischen Gespräch, ihr das Verhalten „ihrer Männer“ verstehbar zu machen, um ihr eine gewisse Distanz zum Geschehen zu ermöglichen. Allerdings, die vorsichtige Andeutung auf einen Zusammenhang ihres Konflikts mit den Schmerzen wehrt sie strikt ab. Die physikalische Therapie wird fortgesetzt, und sie verabschiedet sich, wie mein Eindruck ist, erleichtert.

Nach wenigen Tagen kommt sie wieder - nichts hat sich an ihrer inneren Haltung und ihren Armschmerzen geändert. Sie ist fest in ihrer Vorstellungswelt gefangen. Ich erkenne, daß es im Hinblick auf meine augenblickliche Praxisrealität und auf ihre Lebensrealität nicht möglich sein wird, aufdeckend mit ihr zu arbeiten. Sie wird jede Deutung als Angriff auf ihr Wertesystem auffassen. Sie ist durch ihren Sohn und ihren Mann gekränkt, enttäuscht und - für mich spürbar - auf beide voller Zorn, den sie sich selbst und anderen gegenüber nicht eingestehen kann.

Ein Gedanke kommt mir als Ausweg aus der Situation: Wie, wenn ich versuche, auf der Symbolebene Entlastung zu bewirken? Das geht nur mit einer unkonventionellen körperlichen Behandlung im Sinne einer *symbolischen Aktion*. Ich sage zu ihr, während ich die Muskulatur abtaste und die Schmerzpunkte aufsuche: „In Ihrem Arm ist noch so viel Spannung“ - und bestätige damit die Auffassung der Masseurin -, „kein Wunder, daß er so schmerzt. Wollen wir versuchen, die Spannung durch eine Übung aus dem Arm herauszubringen?“ Das leuchtet ihr ein, und sie bejaht. Ich gebe ihr ein Handtuch in die Hand, lege ein Kissen auf den Untersuchungstisch und fordere sie auf, vorsichtig mit dem Handtuch auf das Kissen zu schlagen. Sie folgt der Anweisung, und der eben noch in Schonhaltung gehaltene Arm - Schonhaltung hier als Widerstandsphänomen - hebt sich und schlägt, erst zögernd, behutsam, dann immer kräftiger auf das Kissen ein. Das Gesicht zeigt Spannung. Sie beißt die Zähne aufeinander. Die Mimik ist voller Aggressivität. Sie ist nun in Kontakt mit ihrem Zorn. Das Gesicht wird lebendig, die Haut rötet sich, die Augen glänzen, bis ich ihr sage, daß es nun genug sei. Ich verordne ihr, jeden Abend vor dem Schlafengehen diese „Übung mit dem Kopfkissen“ in ihrem Schlafzimmer durchzuführen. Wenige Tage später kommt sie wieder, es geht ihr viel besser, sie hat jetzt nur ein Gefühl „wie Muskelkater“ im Arm. Auf meine Nachfrage berichtet sie, daß sie nicht nur abends, sondern mehrmals am Tag „geübt“ hat. Die Behandlung konnte damit abgeschlossen werden.

„Das Schlagen auf Kissen“ wird oft als Kritikpunkt gegen die Körpertherapien ins Feld geführt, berechtigt dann, wenn es konzeptlos, unreflektiert, inkompetent angewandt wird. Es bedarf einer sehr differenzierten Analyse des therapeutischen Prozesses, einer Bewußtheit der Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation und der feinen Verhaltensanalyse der Bewegungsimpulse im Körper des Patienten, um den blockierten Affekt und seine Gerichtetheit zu erkennen und, je nach Indikation, durch eine angemessene Intervention bahnen zu helfen. Dann

wird das Kissen Kristallisationskern für die diffus erlebten, noch nicht differenzierten, durch Angst und Scham blockierten Gefühle und verwandelt sich vielleicht in die Gestalt des Peinigers oder den dicken Bauch der Mutter, gegen den das vierjährige Kind im Trotz trommelt oder in das runzlige Gesicht der sterbenden Großmutter, von der die Enkelin, es zärtlich streichelnd, in Tränen Abschied nimmt oder in den Teddybär, der auf der Flucht verlorenging und mit ihm die Kindheit.

Der Zugang zum Problemfeld über die Körpersymbolik

4. Fallbeispiel

Vorstellungsrunde in einem 5tägigen Seminar. Der Kandidat ist Ende 30. Ich kenne ihn nicht. Er kommt zu mir vorrangig in der Hoffnung, ein Körpersymptom, das ihn seit 3 Jahren zunehmend beunruhigt, loszuwerden. Er hat das seltsame Gefühl, als ob die rechte Schulter viel größer würde, die linke sich senke, und er mit der Zeit schief werde, mit gebeugtem Rumpf. Coenästhetisches Leiberleben? Aus welcher Quelle? Ich bitte ihn, sich zu stellen und dem Körpergefühl nachzugeben. Er hebt leicht die rechte Schulter, und während er weiterspricht, führt er seine rechte Hand von der Stirnmitte über die Mittelachse zur Brust und andeutungsweise weiter nach links, dann sinkt der Arm herab. Ich meine, die *Bedeutung der unvollendeten Geste* zu erkennen und ermuntere ihn, die Bewegung zu wiederholen und zu vollenden, ohne daß ich sie deute. Und er schlägt das Kreuz. Er ist überrascht und berichtet uns von seiner katholischen Erziehung, die ihn geprägt hat. Dabei wird er lebhaft und begleitet seine Worte mit kreisenden Bewegungen der rechten Hand. Ob er Ministrant gewesen sei, frage ich. Er lächelt, wieder überrascht, nein, er habe aber den brennenden Wunsch gehabt wegen des Weihrauchdufts, den er geliebt habe. Aber er habe die vielen Lieder nicht auswendig lernen können. Wir kennen uns alle in der Gruppe mit 18 Teilnehmern nun erst 1/2 Stunde. Die Beziehung ist vertrauensvoll, die Atmosphäre gelöst. Ich wende mich wieder seinem Symptom zu. Ich leite ihn an, seine Wahrnehmung auf das Körpergefühl zu fokussieren. Die rechte Schulter hebt sich kräftig, die linke sinkt, er geht schwer gebeugt, schleppend, als ob er eine große Last auf dem Rücken trüge. Und indem er sie leiblich spürt, erkennt er, daß er ein Kreuz trägt, wie Christus.

Seit 3 Jahren hatte er zuviel berufliche und seelische Last auf sich genommen. Und er erkennt die Opferrolle, die er schon als Kind angenommen hat.

Drei Wochen später berichtet er mir, daß es ihm sehr gut geht. Die kurze Leibarbeit hat ihn in einer tiefen Schicht berührt und bewegt. Er setzt sich seitdem in der Therapie mit der Kirche, die eine bestimmende Rolle in seiner Kindheit gespielt hat, auseinander

und ist auf der Suche, wie er seine Religiosität heute leben kann. Was bisher für ihn nicht greifbar, nur atmosphärisch, diffus, beunruhigend, verwirrend spürbar gewesen ist, ist nun durch die Rückführung auf die konkrete Kindheitserfahrung eingegrenzt, hat für ihn an Prägnanz und Klarheit gewonnen. Die Skulptur des kreuztragenden Christus von der Wallfahrtsstation, die er mit seiner Mutter oft besucht hatte, hatte der Knabe als *Leitfigur in seinen Körper* aufgenommen (Heintl 1985).

Der Zugang über Malen

5. Fallbeispiel

Das Malen in der Therapie ist ein bekanntes wirksames Medium, das ich auch bei Patienten mit chronischen therapieresistenten Rückenschmerzen eingesetzt habe (Orth 1992). Sie nahmen an einem fünftägigen diagnostisch-therapeutischen Intensivseminar teil.

Die Bilder entstehen am Anfang des Seminars nach einer meditativen Einstimmung auf die Schmerzen. Die Aussagekraft über das Schmerzerleben ist oft faszinierend. Der Zugang über Formen, Farben oder Bildsymbolik ermöglicht, tiefe emotionale, körperliche und kognitive Prozesse in Gang zu setzen.

Die Patientin ist 49 Jahre, Adipositas, Hochdruck, Nephrektomie links, Cholezystektomie, Allergien, seit 25 Jahren unvermindert sehr starke Nacken- und Kreuzschmerzen. Erstbehandlung mit 25 Jahren, 3 Monate Gipsbett und Korsett wegen Verdachts auf Spondylitis TbC. Röntgenbefund 1988 kein gravierender Befund. Sie sagt: „Ich kann mich nicht erinnern, mich in meiner Haut je wohl gefühlt zu haben, die Schmerzen haben mich immer begleitet. Ich fühlte mich immer allein, verlassen, nicht genügend, sündig und war immer unter Druck, daß alles offenbar würde, spätestens beim Jüngsten Gericht“ - denn sie wurde vom 6. - 12. Lebensjahr von drei verschiedenen Männern aus ihrem sozialen Umfeld sexuell mißbraucht, und das bei einer autoritären, pietistischen Erziehung. Zum ersten Mal konnte sie darüber sprechen, ihre Angst überwinden und in einer tiefen leibtherapeutischen Arbeit ihrer Scham, Schmerz, Wut, Enttäuschung und Trauer Ausdruck geben.

Am ersten Tag des Seminars hatte sie ihren schmerzenden Rücken mit einem schwarzen Joch über dem Schultergürtel und einer Flamme über dem Kreuzbein dargestellt. Am letzten Tag läßt sie auf dem Bild eine Seerose aus der Wirbelsäule erblühen und schreibt dazu: „An meine Seerose. Du ruhst in dir auf dem Wasser, du bist offen für den Tag, du nimmst die Sonne mit in die Nacht, du freust dich am Spiel des Windes, du bist sehr schön.“

Heute, ein dreiviertel Jahr danach, geht es ihr gut. Sie hat 20 Pfund abgenommen. Die Schmerzen haben sich wesentlich gebessert, treten immer nur dann auf, wenn sie sich emotional mißbraucht und in der Arbeit ausgebeutet fühlt, ohne es wahrzunehmen. Das *therapeutische Ziel* ist die Sensibilisierung für Machtmißbrauch und Unterdrückung, für Mißachtung ihres Lebensraums, und Ziel ist es für sie, zu lernen, sich dagegen zu schützen und zur Wehr zu setzen.

Der Zugang über das Medium Ton

Im Rahmen von Seminaren für Körpertherapie und Psychosomatik fertigen die Teilnehmer das eigene Körperabbild aus Ton an. Dieses Körperabbild formen Patienten und Kandidaten mit geschlossenen Augen, nachdem ich sie auf die Selbstwahrnehmung ihres Körpers eingestimmt habe - mit geschlossenen Augen, damit die Kontrolle nach ästhetischen - und Leistungsaspekten wegfällt und Körpererleben und Körperbild in der Tonfigur Ausdruck finden.

Die Tonfiguren geben uns einen Einblick in die reiche Körpersymbolik ihrer Schöpfer, die deren Weise ihres In-der-Welt-Seins Ausdruck verleiht.¹

Beispiel 1. Wie eindrucksvoll dieses Abbild! Wie die Kandidatin um Form und Konturen ihres Körpers weiß, ohne zu „wissen“, ohne Spiegelkontrolle, sich ihrem Erleben und ihren Händen überlassend. Sie ist sich der für uns Orthopäden deutlich sichtbaren lumbalen Kyphose mit der leichten Rechtsschwingung der Lendenwirbelsäule nicht bewußt - ihrer für sie typischen Sitzhaltung.

Beispiel 2. Der Kandidat hat nicht den ganzen Körper geformt - nur einen Torso - *seinen Rücken*, abbildhaft, naturgetreu. Und doch, da ist noch etwas anderes, was mich damals beunruhigt hat: die Figur ist Ausdruck von körperlichem Schmerz. Sie gleicht dem Torso eines sich im Schmerz aufbäumenden, verwundeten griechischen Kriegers. Und an meinen Fragen tastet er sich vor in das Dunkel der Erinnerung; plötzlich erkennt er: es ist *auch* der Rücken seines verschollenen Vaters: in den letzten Kriegstagen hatte dieser sich unter Lebensgefahr von der Truppe entfernt, war heimlich in der Nacht zuhause aufgetaucht und leise wieder verschwunden. Die letzte Erinnerung des 4jährigen Knaben an seinen Vater ist der Schatten seines starken Rückens, als er aus der Tür für immer ins Dunkel der Nacht tritt. Und der erwachsene Mann verabschiedet sich 30 Jahre danach in tiefer Trauer endgültig von seinem verlorenen Vater.

¹ Die Abbildungen der im folgenden erläuterten Tonfiguren finden sich in Heintz 1991, S. 153 f.

Beispiel 3. Hier wird die Tonfigur eines etwa 35jährigen Kandidaten dargestellt. Ich kannte ihn und seine Geschichte nicht. Ein flacher, knieender Körper, der gesenkte Kopf, der Rumpf leicht nach hinten geneigt und gebeugt, die Arme fehlen. Er berichtet, daß er seit langem an Schmerzen im Bereich des rechten Schultergürtels mit Ausstrahlung in den rechten Arm leidet. Seit Wochen habe er wiederholt Träume mit aggressiven Gefühlen, ohne konkrete Bilder, außer, daß er mit einem Messer umgeht. Personen erscheinen nicht. Im aktuellen Leben habe er keinen Bezug dazu. Die klinische Untersuchung ergibt frei bewegliche, unauffällige Gelenke der oberen Gliedmaßen, Schmerzdruckpunkte rechts im Bereich der Schultergürtelmuskulatur und am Ursprung des Musculus trizeps. Die Brustwirbelsäule ist abgeflacht mit einer leichten Linksbiegung im oberen Abschnitt, sonst unauffällig.

Ich gehe von folgender *Arbeitshypothese* aus: Der Schmerz im Schultergürtel mit Ausstrahlung in den rechten Arm ohne Funktionseinschränkung eines Gelenks, die typischen Schmerzdruckpunkte an den Sehnenansätzen bzw. -ursprüngen der Kennmuskeln Trizeps und Rhombodei sprechen - eine körperliche Überlastung des Schultergürtels ist anamnestisch nicht zu eruieren - für eine *psychomotorische Blockierung eines Handlungsvollzugs, eines unbewußt gebliebenen Bewegungsentwurfs* (Tholey 1980; Christian 1986; Heintl 1977, 1990, 1991). Die betroffene Muskelgruppe spricht für eine Bewegung aus dem Schultergelenk heraus mit gestrecktem Arm. Die Hypothese wird erhärtet durch sein Erleben des Körpers, wie es in der Tonfigur Ausdruck findet: Der gesenkte Kopf - ist er Ausdruck von Trauer, Resignation oder Demut? Und das Fehlen der Arme? Sie existieren nicht; darf er sie nicht benutzen? Und wozu darf er sie nicht benutzen?

Vielleicht zum Schlagen, oder zum Festhalten, oder zum Streicheln? Und an wen richtet sich der Bewegungsentwurf? Wer ist der Mensch, mit dem er vielleicht einen Konflikt nicht auszutragen wagt? Muß er den in die Handlung drängenden muskulären Impuls abwehren, vom Erleben abspalten, die Bewegung „einfrieren“? Diese führt zwar zur Innervation der Kennmuskeln, die Handlung aber wird nicht ausgetragen. Es resultiert ein erhöhter Dauertonus der betreffenden Muskelgruppe, der zur Schmerzsymptomatik führt.

6. Fallbeispiel

In der *therapeutischen Arbeit* gehe ich von der Haltung der Tonfigur und ihrem Ausdruck aus. Ich lasse den Patienten diese Haltung einnehmen. Er steht, der Kopf fällt nach vorn, das Kinn auf die Brust. Die Arme hängen schlaff, leblos, wie abgeschaltet, am Rumpf, der Blick ist auf den Boden gerichtet. Aus dieser Position

kann er seinem Gegenüber nicht ins Auge sehen. Er fühlt sich klein, ängstlich, ohnmächtig, bedrückt. Ich frage ihn, ob er sich vorstellen könne, wem er so gesenkten Hauptes gegenüberstehe und ermuntere ihn, den Kopf zu heben, die Augen zu öffnen, um sein Gegenüber anzuschauen.

Nur zögernd ängstlich hebt er den Kopf und öffnet langsam die Augen. Er sieht seinen Vater vor sich stehen in wortloser Strenge. Der Versuch eines Dialogs mit dem Vater im Rollenspiel scheitert nach wenigen Sätzen, als er in der Rolle seines Vaters sagt: „Ich weiß, was Du fühlst und denkst, ich weiß, was für Dich richtig und gut ist.“ Der Sohn ist wie paralytisch. Die aufkommende Wut auf den Vater richtet er gegen sich selbst.

Ich greife seinen Traum mit dem Messer und den aggressiven Gefühlen auf. Während er immer noch wortlos dem imaginierten Vater gegenübersteht, beobachte ich minimale Kontraktionen der Armmuskulatur rechts. Ich fordere ihn auf, sich diesen Bewegungsimpulsen zu überlassen. Er entwickelt das Bewegungsmuster eines Messerwerfers mit dem Gesichtsausdruck eines traurigen 8jährigen Knaben. Er überläßt sich den inneren Impulsen. Er richtet sich auf, die Rückenmuskulatur spannt sich kräftig an, Trauer weicht Trotz und Entschlossenheit im Gesicht. Er stellt sich, seine Armbewegungen werden gezielt, kräftig, drahtig, sein Gesicht wird lebendig, die Augen blitzen, und er wirft dem Vater die Worte wie Messer entgegen. Dann hält er, befreit und erlöst inne. Seinen Arm erlebt er als lebendig, warm, durchblutet. Die Schultergürtelmuskeln, die seit Wochen geschmerzt haben, sind entspannt und schmerzfrei. Er berichtet, daß er noch nie gewagt habe, sich seinem Vater oder einem Vorgesetzten zu widersetzen. Auf meine Frage, ob er sich erinnern könne, wann dieser aktive aggressive Körperausdruck blockiert worden und verschwunden ist, taucht aus der Erinnerung eine Szene aus dem ersten Schuljahr auf.

Er besucht die Schule bei katholischen Patres. Die Kinder müssen aufrecht sitzen, mit verschränkten Armen, die Hände in der Achselhöhle. Wer sich rührt, kriegt rechts und links Ohrfeigen und Schläge. Jeglicher Bewegungsimpuls wird im Keim erstickt. Einmal wöchentlich Beichte - die gleiche Körperhaltung wie in der Tonfigur, knieend, mit gesenktem Kopf.

Sechs Wochen später schickt er mir ein Foto seiner Tonfigur und schreibt dazu: „Die Arbeit hat mir Spaß gemacht. Ich fühle mich gut in und mit meinem Rücken. Und der Schmerz ist kaum noch spürbar. Ich habe ein Holzbrett geschenkt bekommen, wo ich Pfeilchen hereinwerfen kann, und es gibt schon viele Löcher. Die Arbeit mit Ihnen wird mir immer im Gedächtnis bleiben!“ Heute, ein Jahr danach: „... es geht mir gut, ich habe keine Schmerzen mehr, und ich kämpfe und setze mich durch“.

Schlußbetrachtungen

Ziel meiner Ausführungen war es, Sie so nah und unmittelbar wie möglich an meine Vorgehensweise in der Praxis heranzuführen, und Sie nacherleben zu lassen, wie sich im Einverständnis mit dem Patienten, unter Wahrung seiner Würde, verborgene Bereiche seiner inneren Wirklichkeit im Zugang über den Körper seiner Selbstwahrnehmung und seiner Reflexion öffnen können. Die dargestellten Vignetten sind in ihrer Prägnanz und Eindringlichkeit Modellbeispiele für die Vielgestaltigkeit und Bedeutungsvielfalt der Körperphänomene und Symptome - Zeichen und Ausdruck der Einmaligkeit des Individuums, seiner wechselwirksamen Bezogenheit zu seiner Lebenswelt, seines Geworden-Seins in seiner Lebensgeschichte.

Man könnte aus einem anderen Blickwinkel die Vignetten neu betrachten und auf Konzepte wie die der therapeutischen Beziehung, der Übertragung und Gegenübertragung, des Kontakts und der Begegnung, der selektiven Offenheit des Therapeuten und seines partiellen Engagements, des Tabus der Berührung, der temporären Regression und anderem mehr beleuchten. Die Arbeit am Widerstand ist, so denke ich, deutlich geworden: den Widerstand auch als Schutzfunktion der Seele anzuerkennen und, im Einverständnis mit dem Patienten, auf behutsame und kreative Weise zu umgehen oder sich mit ihm bewußt auseinanderzusetzen.

Vom Therapeuten erwarten wir eine hohe Bewußtheit für die eigenen seelisch-körperlichen Prozesse, für die eigene Leibgrenze, damit er Nähe und Distanz sehr sensibel wahrnehmen und indikationsspezifisch regulieren kann. Wir erwarten Feinheit und Genauigkeit in der Beobachtung, die sich auf das Offensichtliche bezieht, wahrnehmen mit allen Sinnen, spüren, fühlen unter gleichzeitiger Reflexion des therapeutischen Prozesses, eine sehr flexible Bereitschaft, Hypothesen zu überprüfen und ggf. zu verändern, wertfreies Sammeln der Informationen und Phänomene, szenisches Erfassen und Kreativität. Diese Voraussetzungen und die Fähigkeit zum analytisch-strukturellen und bildhaft-symbolischen Denken auf der Matrix unserer Lebenserfahrung und unseres Wissens befähigen uns, den Patienten in seinem Bemühen zu begleiten, das vielfarbige und vielgestaltige Mosaik seiner Lebensgestalt zusammenzufügen.

Literatur

- Christian P (1986) Moderne Handlungstheorien und der „Gestaltkreis“. *Prax Psychother Psychosom* 31 : 78-86
- Hartmann-Kottek-Schroeder L (1983) Gestalttherapie. In: Corsini RJ (Hrsg) *Handbuch der Psychotherapie*. Beltz, Weinheim
- Heinl H, Spiegel-Rösing I (1977) Gestalttherapie und Orthopädie. In: Petzold H (Hrsg) *Die neuen Körpertherapien*. Junfermann, Paderborn, S 347-355
- Heinl H (1985) Körper und Symbolisierung. *Integrative Therapie* 4 : 227-231
- Heinl H (1986) Groddeck und die Integrative Leibtherapie. In: Groddeck Almanach. Stroemfeld/Roter Stern, Basel Frankfurt aM, S 179-185.
- Heinl H (1990) Störungen in der Arbeitswelt als Ursache psychosomatischer Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane. In: Willert H-G (Hrsg) *Psychosomatik in der Orthopädie*. Huber, Bern
- Heinl H (1991) Psychosomatische Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane - der Zugang der Gestalttherapie In: Eich W (Hrsg) *Psychosomatische Rheumatologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 145-157
- Heinl H, Petzold H (1982) Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention in der Behandlung von Störungen in der Arbeitswelt. In: Petzold H, Heinl H (Hrsg) *Psychotherapie und Arbeitswelt*. Junfermann, Paderborn
- Heinl H, Petzold H, Walch S (1982) Konzepte und Erfahrungen aus der gestalttherapeutischen Arbeit mit Angehörigen sozial benachteiligter Schichten. In: Petzold H, Heinl H (Hrsg) *Psychotherapie und Arbeitswelt*. Junfermann, Paderborn
- Lichtenberg JD (1989) Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In: *Selbstpsychologie*. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien, S 75-106
- Orth J (1992) Leibliche Begegnung. Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) *Lindauer Texte* 1991. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Petzold HG (1988) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*, Bd 1/2. Junfermann, Paderborn
- Tholey P (1980) Erkenntnistheoretische und systemtheoretische Grundlagen der Sensumotorik aus gestalttheoretischer Sicht. *Sportwissenschaft* 1 : 7-35

Leibliche Begegnung

Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie

Ilse Orth

Ich möchte ein Verfahren vorstellen, in dem versucht wurde, verschiedene Erfahrungen leibtherapeutischer und psychotherapeutischer Arbeit zu integrieren. Vielleicht können meine Ausführungen einige Ordnungsgesichtspunkte bereitstellen, eine Folie, mit der die Vielfalt leibtherapeutischer Verfahren bzw. Ansätze körperorientierter Psychotherapie in einem übergreifenden Zusammenhang betrachtet werden kann.

Hintergrund des Verfahrens

Integrative Leib- und Bewegungstherapie ist ein Verfahren phänomenologisch und tiefenhermeneutisch begründeter Behandlung, die den Menschen in seiner Ganzheit, seiner körperlichen Realität, seinen seelischen Regungen, seinen geistigen Strebungen und seinem sozialen und ökologischen Eingebundensein zu erreichen sucht. Sie ist in diesem Sinne keine „Körpertherapie“, gehört nicht zu den „reichianischen Verfahren“, sondern schöpft aus anderen Quellen: Der „aktiven und elastischen Technik“ der Psychoanalyse Ferenczis (1931, 1988), der französischen Leibphänomenologie Marcel's (1985) und Merleau-Pontys (1966), den Traditionen der Atem- und Bewegungstherapie aus dem Kreis um Elsa Gindler (1926) sowie den fernöstlichen Formen der Bewegungsmeditation. Die Technik wurde in den vergangenen 20 Jahren von Petzold (1988n), Hildegund Heint (1985), Ilse Orth (z. B. 1991) und anderen Mitarbeitern des „Fritz Perls Instituts“ entwickelt. Das besondere Charakteristikum dieses Ansatzes besteht in der Verbindung tiefenpsychologischen Denkens und erlebnisaktivierender Praxis, wie sie etwa aus der Gestalttherapie und dem Psychodrama bekannt sind, mit einem „verstehenden Ansatz“, einer Tiefenhermeneutik, der es nicht nur um das Erschließen sprachlich gefaßten Sinnes geht, sondern die auch in den „sprachlosen Raum“, in den Bereich

präverbaler und transverbaler Erfahrungen vorzudringen sucht, der nicht nur das „Offensichtliche“ und Bewußte betrachtet, sondern auch auf das Verborgene, Verdrängte, das Unbewußte gerichtet ist.

Theoretische Perspektiven

Einige theoretische Kernkonzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, die zum Verständnis ihrer Praxis vielleicht hilfreich sind, seien kurz vorgestellt. Dabei sind anthropologische Perspektiven von besonderer Bedeutung, weil sich von ihnen einerseits die übergeordneten Therapieziele herleiten und begründen lassen und sie andererseits auch für Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie und Krankheitslehre grundlegend sind.

Aus anthropologischer Perspektive wird der Mensch als *Leibsubjekt in der Lebenswelt* gesehen, mit seinen Sinnen auf die Welt gerichtet, der Welt verbunden mit jedem Atemzug. Deshalb kann man mit Merleau-Ponty (1966) die fundamentale Intentionalität des Leibes herausstellen: Der Mensch ist ein „etre-aumonde“, leibhaftig zur Welt gerichtet. Man kann weiterhin mit Marcel (1985) sagen, daß der Mensch als Leibsubjekt *wesensmäßig* ein Koexistierender ist. Mit George Herbert Mead schließlich können wir die grundsätzliche Bezogenheit des Menschen herausstellen, dessen sprachliche Kommunikation in leiblich-konkreten „vokalen Gesten“ wurzelt, und dessen Leib dazu bestimmt ist, Rollen zu *verkörpern*. Diese Autoren haben mit jeweils unterschiedlicher Argumentation das Konzept der *Zwischenleiblichkeit* erarbeitet, das besagt: Der Mensch ist aufgrund seiner Leiblichkeit dem Wesen nach ein Bezogener.

Der Begriff *Körper* kennzeichnet die materielle Grundlage des Subjekts, seine physikalische, biochemische und biologische Realität.

Der Begriff *Leib* greift weiter. Er umschließt die Dimensionen Körper, Seele, Geist, aber auch Sozialität und Ökologie, denn er ist Teil der Lebenswelt. In ihm koinzidieren Subjekt und Objekt. Er ist Erkennender und Erkannter zugleich. In diesem Sinne kann der Mensch - darin stimmen die Leibphilosophen (z. B. Marcel, Merleau-Ponty, Plessner, Buytendijk, Schmitz) überein - immer nur „Leib sein“ und letztlich nicht oder allenfalls nur virtuell „Leib haben“, wie Schmerzen oder die Prozesse des Alterns zeigen.

Der Mensch kann im sozialen Kontext Erfahrungen sammeln und verleiblichen (incarnation), er kann aber auch Erworbenes verlieren: Durch physiologische Veränderungen (z. B. die Alzheimersche Krankheit) oder psychologische Einwirkungen (Menschen, denen „das Rückgrat gebrochen“ wurde, die ihre Haltung verlieren oder ihre Weichheit und sich statt dessen verhärten usw.). Wir

sprechen dann von „Dekarnation“. Als transmateriell bezeichnen wir all das, was in den Leib an „Information“ eingegraben ist: genetische Ausstattung und - wichtiger noch für unseren Kontext - Einflüsse der Sozialisation. Der „informierte Leib“ (Petzold 1988n) und der „informierbare Leib“ ist das, was uns in der körperorientierten Psychotherapie besonders interessiert. In den „Archiven des Leibgedächtnisses“ ist - jede Lach- und Gramfalte macht dies deutlich - die Geschichte des Lebens eingegraben: *Bio-graphie*. Auch wenn sie zerebral gespeichert ist, so ist ihr Niederschlag doch sichtbar, in Verkörperungen „eingefleischt“. Man kann mit Hermann Schmitz (1989) von „Einleibung“ oder mit Merleau-Ponty (1966) auch von „incarnation“ sprechen. In ihr hat In-formation Form gefunden, deren Inhalte sichtbar sind: Der verbitterte Zug um den Mund, die gramgebeugte Haltung, der müde Gang, der klare Blick usw.

Das, was wir unter der „transmateriellen Dimension“ der Leiblichkeit verstehen, wird besonders plastisch an zwei Beispielen: Den *Phantomphänomenen* (z. B. Phantomglied, Phantomschmerz): Ein Teil des materiellen *Körpers* ist durch Unfall oder Operation nicht mehr vorhanden, der *Leib* aber ist noch spürbar präsent als Niederschlag propriozeptiver Erfahrungen, d. h. Informationen, durch die im Verlaufe der Biographie das Körperschema allmählich ausgebildet wurde. Das andere Beispiel sind die *Inkarnationsdefizite* und *Dekarnationsphänomene* (Petzold 1970c; Orth u. Petzold 1991), etwa die leblosen, schlaffen Hände, die wir häufig bei depressiven Menschen finden. Hände, die nichts be-greifen, nichts ertasten durften und dürfen, die zwar als Teil des materiellen Körpers präsent sind, aber in denen sich nur wenig „leibliche Anwesenheit“ feststellen läßt, so als habe sich der Leib aus diesen Regionen des Körpers zurückgezogen. In der Dekarnation sind Wahrnehmungs- und Ausdrucksvermögen beeinträchtigt. Das, was wir in unserem anthropologischen Entwurf den „perzeptiven Leib“ nennen, die sinnhafte Wahrnehmung ist durch Wahrnehmungsverbote anästhesiert worden; und das, was wir als „expressiven Leib“ bezeichnen, ist behindert worden, eine Art transmaterieller Amputation, die den materiellen Körper intakt ließ und den Leib verstümmelte durch Einengung, Beschneidung, Strafen. Wo ein Mensch zuviel Schmerzliches wahrnehmen mußte, wo die Verhinderung leiblichen Ausdrucks zu grausam war - und der Leib ist ja seinem Wesen nach expressiv, die E-motion will sich herausbewegen, sich zeigen -, da wird auch das Leibgedächtnis, der „memorative Leib“ beeinträchtigt. Er wird amnesiert: All´ dieses Schlimme, das man nicht spüren und nicht ausdrücken durfte, darf man auch nicht erinnern.

Methodische Perspektiven der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie

Weil der Leib von seiner gesamten Ausstattung her auf den anderen Menschen und die Welt gerichtet ist, muß Leibtherapie immer „Praxis zwischenleiblicher Begegnung“ sein, und die in ihr verwandten Methoden, Techniken und Medien müssen deshalb immer „im Prozeß“ dieser Begegnung zum Tragen kommen. Dies gilt für die drei Modalitäten unseres therapeutischen Ansatzes (Petzold 1970c, 1988n, S. III ff.), die indikationsspezifisch je für sich oder kombiniert eingesetzt werden können:

- Die *übungszentriert-funktionale* Modalität des Vorgehens, in der auf einem tiefenpsychologischen Verstehenshintergrund Entspannung, Atmung, Beweglichkeit durch Übungen gefördert werden sollen,
- die *erlebniszentriert-stimulierende* Modalität therapeutischer Arbeit, in der durch kreative Bewegungsimprovisation, durch spielerisches Vorgehen alternative Formen des Leiberlebens und des Ausdrucks vermittelt werden sollen,
- die *konfliktzentriert-aufdeckende* Modalität der Behandlung schließlich, wo im Sinne einer „körperorientierten Psychotherapie“ versucht wird, Defizite, Traumata, Konflikte und Störungen aufzufinden, die „in den Leib verdrängt wurden“ und leiblich-konkret Niederschlag gefunden haben.

Heilende Atmosphären oder das „therapeutische Klima“

Die Grundvoraussetzung leibtherapeutischer Arbeit ist die „Stimmigkeit“ des Klimas in der therapeutischen Beziehung. Zwischen Therapeutin und Klient muß eine Vertrauensbasis gewachsen sein, die es möglich macht, daß leibliche Berührung als Form therapeutischen Handelns geschehen kann. In der Regel wird die Leibarbeit durch längere Sequenzen verbaler Therapie, durch die Arbeit mit „kreativen Medien“, z. B. Ton oder Fingerfarben, mit Materialmedien, z. B. Bälle, Tücher, Seile (vgl. Petzold u. Orth 1990a) und durch Übungen, die Bewegung und eigenleibliches Spüren anregen, vorbereitet (Brooks 1979).

Da Therapie immer ein „dyadisches Geschehen“ ist, müssen Patient *und* Therapeut(in) für leibtherapeutische Behandlungssequenzen bereit sein. Auf der Seite des Patienten finden wir zumeist eine „benigne Regression“ (Balint 1987), d. h. die Bereitschaft, sich auf frühe Bereiche seiner Biographie einzulassen, in denen er neben lebensfördernden Erfahrungen, die ihn wachsen ließen, traumatischen Ereignissen, Defiziten oder anderen schädigenden Einflüssen (adversive

events) ausgesetzt war. Derartige widrige Einflüsse müssen als leiblich konkrete Einwirkungen gesehen werden: Innere Spannungen, die z. B. aufgrund von Konflikten zwischen den Eltern aufkommen, sind immer auch mit *muskulären Verspannungszuständen* verbunden, die sich durchaus chronifizieren können, wenn man „immer auf dem Pulverfaß sitzt“. Schläge, Mißhandlungen, Druck oder Mangelzustände, jeder negative Einfluß aus dem Sozialisationsfeld wird leiblich konkret erfahren. Der Leib ist atmosphärischen Einflüssen ausgesetzt, guten und schädigenden. Atmosphären werden von Hermann Schmitz (1989) als „ergreifende Gefühlsmächte, die randlos in den Raum ergossen sind“ definiert. Sie sind nach Petzold (1970c, 1991a)

„ein Zusammenspiel subliminaler und supraliminaler Sinnesinformationen und die mnestiche Resonanz auf diese Eindrücke“.

Das therapeutische Klima muß deshalb „gestaltet“ werden. Die Therapeutin muß auf die Bereitschaft des Patienten zur benignen Regression antworten können, indem sie auf Wünsche nach Geborgenheit, Sicherheit und Verbundenheit aus einer Position elterlicher bzw. „mütterlicher Zärtlichkeit“ (Ferenczi 1931) antworten kann. Sie muß selbst eingestimmt sein, ihren Patienten gleichsam „emotional zu adoptieren“, um ihm die „Wohltaten einer guten Kinderstube zuteil werden zu lassen“, wie es Ferenczi (1931) einmal formuliert hat. Die Verinnerlichung solcher „heilenden Atmosphären“, die an die frühen Formen der Zuwendung und Liebe (Balint 1988) anschließen und in einem regressiven Milieu der therapeutischen Beziehung leibhaftig und konkret erfahren werden, kann auf die Dauer eine innere Umstimmung bis in die leibliche Befindlichkeit hinein ermöglichen (Petzold 1991a).

Auf diese Weise geschieht die „korrigierende Erfahrung“ im „potentiellen Raum“ (Winnicott 1973) der Therapie, die neue Möglichkeiten bereitstellt.

Nachsozialisation - Therapie zwischen Bedürfnisbefriedigung und Grenzsetzung

Mit dem Bereitstellen heilender Atmosphären und eines „facilitating environment“ wird in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie das Konzept der „Nachsozialisation“, des Nachnährens, der Neubeelterung, der reparentage (Iljine 1942, 1990) vertreten. Eine solche Auffassung bedeutet nun nicht, daß wir als Leibtherapeuten den Anspruch haben, alle Defizite, die ein Mensch in früher Kindheit und über sein Leben hin erfahren hat, ausfüllen zu können. Der Weg

Ferenczi stellt nur *eine* Dimension des therapeutischen Prozesses dar, und der Weg Freuds, auf kindliche Bedürfnisse aufgrund gewonnener Einsichten zu verzichten, eine andere Dimension. Letztere hat für die therapeutische Praxis die Konsequenz, daß infantile Bedürfnisse des Patienten auch zurückgewiesen werden müssen, wo er in der Lage ist, Verantwortung zu übernehmen. Dabei muß vermieden werden, daß es nicht zu einem „zu früh zu viel“ durch eine zu fordernde Therapie kommt, eine „maligne Progression“ (Ferenczi 1931; Petzold 1988n, S. 455f.), in der traumatische Erfahrungen reproduziert werden. Grundsätzlich allerdings meinen wir, daß gerade bei frühen Defiziten zunächst einmal eine *nachnährende* Therapie erfolgen sollte, um auf dieser Grundlage auch die unausweichlichen Verzichtleistungen erbringen zu können, die nicht zu vermeiden sind. Aber Trauerarbeit braucht Kraft, sie kann nicht aus einem Zustand des Mangels geleistet werden. Das Nachnähren kann u. a. bedeuten, einen Patienten aus der Eindeutigkeit mütterlicher oder väterlicher Zuwendung zu halten (holding), zu wiegen, zu trösten, um Verbundenheit (bonding) entstehen zu lassen, wo Verlorenheit und Trennung war. Auf dieser Basis wird Trauerarbeit möglich, in der der leibliche Ausdruck von Schmerz, von Tränen, von Lauten der Angst, des Klagens, aber auch Schreie der Panik oder der Wut zugelassen werden können und sich zu zeigen vermögen.

Behandlungstechnische Perspektiven integrativer Leib- und Bewegungstherapie

Leibtherapeutische Arbeit mit Patienten ist immer „Behandlung“, die „im Prozeß“, im Raum der „Zwischenleiblichkeit“ geschieht. Methoden und Techniken haben hier stets eine interpersonale Qualität, denn sie sind in Übertragung und Gegenübertragung eingebettet. Andererseits erfordern sie allerdings auch eine Kunstfertigkeit, eine Handhabung. Techniken sind auch „Handwerkszeug“. Diese mehrdimensionale Ausrichtung, die Arbeit auf verschiedenen Ebenen, ist für das Vorgehen in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie charakteristisch.

In einer Berührung, etwa der Schulter, ist immer eine physikalische Ebene angesprochen, Stimuli im Sinne von Wärme, Schwere, Druck. Sie bewirken Lösung der Muskulatur, Weitung der Kapillargefäße, Aktivierung der Atmung. Gleichzeitig aber kann die Berührung der Schulter auf der Übertragungsebene als eine Geste des Vaters oder der Mutter zur Wirkung kommen, die signalisiert: „Du brauchst jetzt keine Angst mehr zu haben.“ Schließlich ist die Berührung auf der Ebene mitmenschlicher Beziehung Ausdruck selbstverständlicher Zwischenmenschlichkeit. Trost oder Unterstützung wird ja eigentlich „von Mensch zu

Mensch" jenseits der Übertragungsdimension gegeben. Der Patient erfährt diese drei Ebenen im konkreten Vollzug. Er erlebt die Therapeutin in ihrer Profession, erfährt sie als Mitmensch und erkennt im Verlauf der therapeutischen Arbeit zunehmend auch die Übertragungsebene, die allmählich schwächer wird und sich nach und nach auflöst.

„Zum Schlusse der analytischen Kur muß die Übertragung selbst abgetragen sein" (Freud 1916/17, S. 471).

Dies nicht nur, weil durch Deutungsarbeit *Einsicht* gewonnen wurde, sondern weil unserer Auffassung nach die unerledigten Situationen, die hinter der Übertragung stehen, durch Prozesse des „Nachnährens" abgesättigt worden sind.

Unter behandlungsmethodischer Perspektive geht es zunächst einmal darum, den Patienten für das *eigenleibliche Spüren* zu sensibilisieren, ihn zu ermutigen, wahrzunehmen, was er „nicht merken" durfte, ihm die Relationalität des Leibes wieder zu erschließen. Die Anästhesierung des „perzeptiven Leibes" kann auf diese Weise nach und nach aufgehoben werden. Der Patient spürt, *wann* er sich verspannt, und *wie* er sich verspannt. Er nimmt die auslösenden Situationen und Atmosphären wahr, und das ist die Voraussetzung, sich diesen Einflüssen entziehen oder ihnen begegnen zu können. Das eigenleibliche Spüren wieder zugänglich zu machen ist ein Kernkonzept unseres Ansatzes, da wir bei unseren Patienten immer wieder beobachten, daß sie dieses Erleben ausblenden, und das ist der Anfang zur Entfremdung der Leiblichkeit. Mit der Förderung des Spürens und Wahrnehmens erfolgt nicht nur eine „Wiederaneignung" abgespaltener Leiblichkeit, sondern der Patient lernt, „feinspürig" zu werden für das, was ihm förderlich oder abträglich ist. Ihm wird es auf diese Weise möglich, in komplexen sozialen Situationen seiner Wahrnehmung zu trauen und angemessen für sich zu sorgen. Dies ist immer auch verbunden mit einem Wiedergewinn des „expressiven Leibes". Der Patient lernt, auf Situationen zu reagieren, Unbehagen auszudrücken, Grenzen zu ziehen, sich zu wehren oder ungute Szenen rechtzeitig zu verlassen. Die Förderung des expressiven Verhaltens in Mimik, Gestik und Bewegung ist sehr oft auch mit der Auflösung chronifizierter Muster des Zurücknehmens, des Festhaltens verbunden.

Das Behandlungsgeschehen in seinem prozeßhaften Charakter muß die Verbindung von differenzierter Wahrnehmung und differentiellm Ausdruck immer wieder fördern. So kann z. B. in einer Behandlungssequenz, in der holding und bonding, Bergen, Halten und Wiegen im Vordergrund stehen, weil ein biographisches Milieu bearbeitet wird, das sehr viel an frühen Verlassenheitserfahrungen enthält, der Patient immer wieder ermutigt werden, „herauszuspüren", *was* er jetzt braucht, *wie* er gehalten werden möchte, was und wie es für ihn „richtig" ist. Der Raum des Haltens, des Berührens ist ein sehr sensibler. Er erfordert von seiten der

Therapeutin ein Gespür für die Balance. Sie sollte die Bedürfnisse des Patienten erkennen, und je nach Indikation zu einem gewissen Teil auch befriedigen, aber vor allem sollte sie eine die Bedürfnisse Verstehende sein, so daß der Patient in diesem Schutzraum des mitfühlenden Verstehens den Freiraum hat, seinen Weg, den höchst eigenen zu finden, sich selber zu entdecken mit wachsender Neugier und Interesse. Meine Erfahrung ist, daß der Leib ein Gefühl für die Stimmigkeit der Berührung bewahrt. Was der Patient anfänglich braucht, ist die Ermutigung, diesen Wahrnehmungen, dem „was fühle ich, und was brauche ich“ zu trauen.

So kann die Ermutigung auch z. B. so aussehen, daß ich nachfrage:

„Stimmt die Berührung so noch? Ist der Druck meiner Hand fest genug? Was vor ein paar Minuten noch stimmig war, mag sich ja jetzt schon verändert haben.“

So kann leibliche Aneignung geschehen. Der Patient erfährt so auch seine Autonomie, sich selbst trauen zu können, und daraus erwächst ein Gespür für seine Grenzen und damit auch für seine Integrität.

Die Therapeutin ihrerseits muß sich überprüfen, ihre Gegenübertragung spüren, um eine *Resonanz* geben zu können, die von ihrer Position her angemessen ist. In diesem „Korrespondieren“ um die „richtige Qualität“ geschieht ein „Aushandeln von Grenzen“, wie es oft in der biographischen Situation nicht möglich war, wo Unabgegrenztheit oder Grenzverletzungen zu Schädigungen führten. Der Dialog darüber, was gebraucht wird und was stimmig ist, eröffnet die Möglichkeit, daß „in der regressiven Situation“ leibtherapeutischen Geschehens emotionale Differenzierungsarbeit (Petzold 1988n, S. 478) geleistet werden kann, indem die zwischenmenschliche Erfahrung des „Haltens“ nicht sprachlos bleibt, sondern für das Erleben Worte, Begriffe, Bilder gefunden werden. Auch Erfahrungen aus dem „vorsprachlichen Bereich“ müssen für den Menschen hier und heute benennbarer zumindest umschreibbar werden. Die frühen „ungreifbaren Atmosphären“, die in den *Archiven des Leibes*, im Leibgedächtnis (Petzold 1981h) aufgehoben sind und aus diesem heraus wirken, bekommen auf diese Weise Namen. Dabei kann es wichtig werden, daß die Therapeutin dem Patienten Begriffe zur Verfügung stellt, damit er benennen kann, was er zwar schon leiblich spürt, aber noch nicht in Worte zu kleiden vermag. Der Patient lernt sich zu verstehen, weil er verstanden worden ist, vermag sich zu begreifen, weil er begriffen worden ist, kann Selbstempathie entwickeln, weil er empathisch erfaßt worden ist. Er kann auf dieser Grundlage aber auch seine Empathie zur Therapeutin hin entfalten, und dieser Prozeß muß auch Raum haben. Empathie in der therapeutischen Beziehung erfordert Wechselseitigkeit, Mutualität (Ferenczi 1988).

Konzepte klinischer Praxeologie in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie

Pathologie entspringt u. a. gestörten Beziehungen. Sie kann deshalb nur im Rahmen heilsamer Beziehungen überwunden werden. Die leibtherapeutische Arbeit bringt eine *Sensibilisierung* mit sich, eine Feinspürigkeit für soziale Situationen und die eigenleibliche Resonanz auf abträgliche Szenen. Eine solche Sensibilisierung ist natürlich nur sinnvoll, wenn gleichzeitig Hilfen durch die Therapie geboten werden, um die Lebenssituationen angemessen zu bewältigen, Beziehungen zu gestalten, den Alltag zu strukturieren. Derartige Aufgaben können durch Methoden, welche im engeren Sinne der „Körpertherapie“ zuzurechnen sind, allein nicht geleistet werden. Was „in den Leib hineinverdrängt“ wurde, muß im Durcharbeiten der Situationen, die eine solche Verdrängung verursacht haben, bearbeitet werden. In Verbindung mit Verbalisationen sind Ausdrucksbewegungen, pantomimische Improvisation, Symbolspiele mit Intermediärobjekten hier Instrumente der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie. Wichtig wird immer wieder *Leibmetaphorik*. Sie bietet für die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen nicht nur einen erhellenden, verstehenden Zusammenhang, sondern verweist auch auf Wege der Behandlung. Die Sprache macht uns wesentliche Zusammenhänge deutlich:

„Dieser Schreck ist ihm *nicht in den Kleidern hängen geblieben*“; das ist ihm „*unter die Haut gegangen*“, ihm „*in die Knochen gefahren*“, ihm „*durch Mark und Bein* gegangen. Da gibt es Ereignisse, die man „*sich zu Herzen genommen*“ hat, die man „*im Kopf nicht aushält*“, Ereignisse, die einem „*auf den Magen geschlagen*“ oder „*an die Nieren gegangen*“ sind.

Derartige Geschehnisse werden nun je nach dem Grad ihrer Verdrängung, als propriozeptive, atmosphärische, bildliche, szenische oder verbale Erinnerungen zugänglich. Ist das Verdrängte aber besonders bedrohlich oder liegt es im Bereich schwergreifbarer Propriozepte, „früher Atmosphären“ oder im bildhaften, symbolischen Milieu der „magischen Phase“, so hat das verbale und szenische Gedächtnis (Petzold 1991a) nur wenig Möglichkeiten zur Aktualisierung der zugrundeliegenden biographischen Situationen. (Dem Bewußtsein ist der Zugriff auf dieses Material kaum möglich.) Hier wird nun auf die projektiven Methoden zurückgegriffen, auf die Formung des eigenen Leibes mit Ton, Tonplastiken der Familie, die z. B. durch die Einwirkungen auf den Leib zugänglich werden können, indem sie sich als „Eindrücke“ in den Ton artikulieren (Petzold u. Kirchmann 1990). Es entstehen Figuren, die ohne Arme und Beine dargestellt werden, Ausdruck von Dekarnation. Ein anderer Weg, Zugang zur leiblichen Geschichte, insbesondere der

verdrängten zu finden, sind die „Body Charts“ (Orth u. Petzold 1991), „Körperbilder“, in denen Patienten ihren Leib in seinen Umrissen aufzeichnen und mit Finger- oder Wachsmalfarben all das hineinmalen, was ihnen in den Sinn kommt. Auf diese Weise wird der Leib in seiner symbolischen Realität zugänglich, und es wird das Symbol in seiner verdichteten Aussage und damit in seiner kommunikativen Funktion greifbar. Es wird zum Zeichen, das *Bedeutung* trägt, die Bewegung wird zur Geste, die *Sinn* birgt - beides kann im therapeutischen Diskurs erschlossen werden. In ihr wird aber vor allem die Bezogenheit des Leibes und seine Intentionalität deutlich.

Kasuistik

Abschließend möchte ich die hier vorgestellten Konzepte an einem kurzen Fallbeispiel verdeutlichen, in dem wir eine spezifische, in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie entwickelte Technik verwenden: das „relationale Körperbild“ (Petzold u. Orth 1991).

Hermann, 30 Jahre, Sozialwissenschaftler, verheiratet, mit seiner Ehe zufrieden und glücklicher Vater eines einjährigen Sohnes. Er leidet an diffuser Angstsymptomatik, gelegentlichen nächtlichen Panikattacken mit dem Gefühl von Todesangst. Dann könne er sich nicht rühren, nichts sagen.

In seinem Arbeitsfeld macht ihm eine ältere Kollegin zu schaffen, die ihn mit ihrer oft überfallartigen Kritik depotenziert. Er fühle sich dann ängstlich, klein und bedroht bis hin zu Kündigungphantasien, was er selbst als inadäquat und unwürdig erlebt.

Zu seiner *Biographie*: Nach dem ersten Lebensjahr, in dem er viel geschrien haben soll, wird er von seiner überforderten Mutter - der Vater ist chronisch krank - zu zwei ihm liebevoll versorgenden Tanten gegeben, die er heute beide als seine „eigentlichen Mütter“ bezeichnet. Mit 6 Jahren wird er ohne Vorankündigung von der Mutter zurückgeholt, und er sagt, damit habe der gute Teil seiner Kindheit aufgehört. Er wird für alles Laute, Bunte bestraft und häufig geschlagen, blindwütig, z. B. für beim Spielen verschmutzte Kleidung. Er berichtet, er habe das immer als zutiefst ungerecht erlebt. Er habe die Welt nicht mehr verstanden. Deutlich wird dies in einem Bild, das bei einer Tonarbeit in der Gruppe entstanden ist. Das Thema für die Gestaltung war, etwas, was im Leibe bedrücke, auszudrücken. Es ist seine erste Annäherung an seine nächtliche Angst. Er nennt diese Arbeit „Stummer Schrei eines alten Babys“. Hermann hat sie in starker Konzentration gestaltet, ohne einen Laut von sich zu geben. In einer der folgenden Gruppensitzungen wird der Gruppe die Methode der „Body Chart“ angeboten, damit die Teilnehmer sich klarer darüber werden, in welchen Bereichen des Leibes sie sich gelöst,

vital, beweglich fühlen, und in welchen sie durch Schwere, Festigkeit, Verspannung, Spürlosigkeit eingeengt sind. Hermann zeichnet das Bild eines vitalen, lebendigen Mannes, der sich offen und expansiv in den Raum reckt. Die Farbqualitäten rot, gelb, orange symbolisieren für ihn Lebendigkeit. Andererseits finden sich in dem Bild Körperpartien, die - in einem kräftigen Blau gehalten - Verspannung und Belastung ausdrücken: Schulter, Nacken, Brustbein, oberer Magenbereich. Diese - im Vergleich zum Gesamtbild - eher kleinen Areale liegen „wie im Schatten“ über ihm. Die Assoziation kontrastiert die expansive Tendenz des Gesamtbildes.

Im Kontakt mit den blauen Arealen kommt das Belastungsgefühl, das mit der Tonplastik verbunden war, wieder auf und auch ein Zorn über die „Schatten der Vergangenheit“, die auf seinem Leben liegen. Er wagt es, sich auf diese Dimension stärker einzulassen und arbeitet mit der „Vergrößerungstechnik“ (Petzold u. Orth 1990a, S. 752, S. 1072) die blauen Passagen stärker heraus. Neben/hinter seiner Körperdarstellung entsteht die Schattenfigur, einem großen dunklen Vogel gleich. Die „Flügel“ zeigen ihr ganzes niederdrückendes Potential. Im Kontrast zu den ausgebreiteten Armen und Beinen sind die „Schwingen“ nach unten gebogen. Eng aneinander gepreßte Stelzen tragen eine durch rote Ringe eingeschnürte Leiblichkeit. In einer weiteren Malsequenz wird Hermann aufgefordert, aus der „Resonanz“ auf diese kontrastreiche Darstellung ein neues Bild zu gestalten, in sich hineinzulauschen, um zu spüren, welche Atmosphären heraufziehen, ob und wie sie sich verdichten, ob aus ihnen ein Bild, eine Szene heraustritt und sich konkretisieren will. Nach einiger Zeit beginnt der Klient zu gestalten. Er zeichnet sich: Die rote Umrißfarbe verblaßt zu einem Ocker, die expansiv ausgreifende Haltung wirkt niedergedrückt, eine inverse Figur. Die Arme liegen hilflos, impulslos auf den Oberschenkeln, die Beine sind verschränkt. Die Füße ohne tragenden Bodenkontakt, alles Zeichen von Dekarnation. Der Kopf ist zwischen die Schultern eingesenkt, die „blauen Wülsten“ gleich, sich gegen bedrohliche Impulse abzuschirmen suchen. Hinter der Figur entsteht eine Form, ein schwarzes Podest, auf dem Hermann seine Mutter darstellt: Über ihm, ihn mit ihren Blicken niederdrückend. Aus ihren Augen schießen beherrschende Strahlen, unter denen sich der Leib verkrümmt, Strahlen, die auch das Herz - noch lebendig, rot und sichtbar dargestellt - treffen. Im Bild werden die Blicke in ihrer Wirkmacht unübersehbar und damit auch für ihn leiblich spürbar (Wahrnehmen) - ihre Gewalt durfte er zuvor „nicht merken“. In der formalen Qualität erinnern die Beine des Schattenbildes an die Beine der Mutter auf dem Podest. Hermann kommt aus seiner Darstellung eine Atmosphäre entgegen, die er erkennt und die ihm ermöglicht, eine typische Kindheitsszene zu erfassen. Sie stellt die „Qualität“ der „Zwischenleiblichkeit“ im Bezug zu seiner Mutter dar, die über ihm stehende, ihn kontrollierende, niederdrückende Dominanz. In einem weiteren Bild wird die Entwicklung dieser Konstellation in die Adoleszenz und in die Erwachsenenzeit weiterverfolgt. Die Mutter wird zu einer kompakten Figur - schwarz und dunkelblau sind ihre Farben. Sie schleudert schwarze und rotblaue Pfeile auf ihren Sohn, der nichtsdestotrotz erstarkt, selbst groß und massiv wird und Möglichkeiten ausbildet, sich abzugrenzen

(er zieht eine Trennungslinie quer durch das Bild), um den Preis der Verhärtung. Er entwickelt Panzerung: Auf seiner linken Seite besonders stark, einen blauen Schild, vor seiner Brust eine quadratische Stahlplatte. Sie schützt sein Herz, aber sie wiegt auch schwer und drückt. Hermann kann Attacken (blaue Pfeile) zurücksenden, aber er muß immer in einer „Hab-acht-Stellung“ auf Gegenangriffe und Bedrohungen gefaßt sein. Seine Schultermuskulatur, die Muskulatur seiner Arme und Beine wird in massiven schwarzen und blauen Schraffuren herausgestellt und zeigt die chronische Überlastung und Panzerung. Die Bildsequenz macht deutlich, wie das entsteht, was Reich als „Charakterpanzerung“ beschrieben hat. Hermann muß sich immer noch, heute noch, abgrenzen, muß auf der Hut sein, kann aber auch inzwischen die Initiative ergreifen und bei Besuchen seiner Mutter die Situation zunehmend gestalten, u. a. auch durch zeitliche Begrenzungen.

Die bildnerische Darstellung des Patienten macht nicht nur in diagnostischer Hinsicht eine Entwicklung deutlich, ein Fortschreiten der Selbstexploration, sondern sie zeigt, daß die Gestaltung selbst eine verarbeitende Kraft hat, eine narrative Qualität, ein interpretatives Moment. Ikonische Narrationen dieser Art verweisen auf eine „nichtsprachliche Hermeneutik“ (Petzold 1991a), in der Gesten durch Gesten, Klänge durch Klänge, Bilder durch Bilder usw. expliziert werden.

Ich hoffe, daß dieses Beispiel deutlich machen konnte, wie sich die hier dargelegten theoretischen Konzepte Integrativer Leibtherapie in der Behandlungspraxis konkretisieren. Die Körperbilder stellen eine Fülle von projektivem Material zur Verfügung, überschreiten aber gleichzeitig die Diagnostik zu einer Therapeutik, in der Ungreifbares greifbar wird, Unfaßbares Form findet, benennbar wird. Die Kräfte der Gestaltung ermöglichen dem Patienten, auch Kraft für seine Lebensgestaltung zu finden. Die Bilder werden verbal und aktional durchgearbeitet. Sie führen in Bewegungs- und Ausdrucksübungen, werden im Gruppengespräch auf unbewußte Anteile hin ausgelotet. Einsicht in Lebenszusammenhänge, emotionale Erfahrung und leibliches Erleben können auf diese Weise in einer heilenden und lebensverändernden Form zusammenwirken und persönliche Integration und eine kreative Lebensführung fördern.

Bei der Vorbereitung zu diesem Beitrag las ich wieder in einem Text über *Leibliche Begegnung* von Marcel (1985), dem bedeutenden Leibphilosophen, dessen Denken die „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ nachhaltig beeinflusst hat. Er sei hier als Abschluß zitiert:

„Außer der Liebe bezieht sich jede Form des menschlichen Erkennens immer nur auf einige, nie auf alle Dimensionen unseres Wesens. Allein die Liebe und durch sie ermächtigt wirkliches Mitleiden kann sämtliche Dimensionen des Wesens und damit auch dessen äußerste Möglichkeit erfassen, einsehen und verstehen lernen. Die Schwierigkeit besteht natürlich darin, daß dadurch zwar das Erkennen des Leibes möglich wird, aber

noch keine genaue Kenntnis des Körpers gegeben ist. Schwierig bleibt, daß sich dieses Erkennen-in-Liebe überhaupt nicht reflexiv objektivieren läßt, also ein Erkennen ohne jede auswertbare Erkenntnis bietet. Das berechtigt uns indessen nicht dazu, einem solchen Erkennen das Vertrauen zu entziehen.

... Ein solches Erkennen ist dem Leibe verbunden, ja es ist nahezu ununterscheidbar vom Gewahrwerden des Leibes, der in einem letzten Sinn nicht nur Möglichkeit oder gar Instrument unserer Begegnung mit anderen Menschen, sondern als Gestalt diese Erschlossenheit und diese Beziehung zu den anderen ist."

Literatur

- Balint M (1987) Regression. dtv, München
- Balint M (1988) Die Urform der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. dtv, München
- Brooks Ch (1979) Sensory awareness. Viking, New York (dt.: Erleben durch die Sinne. Junfermann, Paderborn)
- Ferenczi S (1931) Kinderanalysen mit Erwachsenen. Bausteine 3 : 490-510
- Ferenczi S (1988) Journal clinique. Payot, Paris (1985) (dt.: Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Fischer, Frankfurt aM)
- Freud S (1916/17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Die analytische Therapie. GW Bd 11, S 471
- Gindler E (1926) Die Gymnastik des Berufsmenschen. In: Stolze H (Hrsg) Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 227 - 233 (1989)
- Iljine VN (1942) Das therapeutische Theater. Sobor, Paris
- Iljine VN (1990) Kokreation - die leibliche Dimension des Schöpferischen - Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: Petzold H, Orth I (Hrsg) (1990a) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Junfermann, Paderborn, S 203-212
- Marcel G (1985) Leibliche Begegnung. In: Petzold H (Hrsg) Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Junfermann, Paderborn, S 15-47
- Mead GH (1934) Mind self and society. Univ Chicago Press, Chicago
- Merleau-Ponty M (1966) Phénoménologie de la perception. Gallimard, Paris (1945) (dt.: Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter, Berlin New York)
- Orth I, Petzold HG (1991) Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie. In: Petzold HG (1991a) Ausgewählte Schriften. Junfermann, Paderborn

- Petzold HG (1970c) *Thérapie du mouvement, training rélaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*. Paris
- Petzold HG (1981h) *Leibzeit*. *Integrative Therapie 2* : 167-178
- Petzold HG (1988n) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. *Ausgewählte Werke*, Bd 1. Junfermann, Paderborn
- Petzold HG (1991a) *Integrative Therapie*. *Modelle, Konzepte und Theorien zu einer schülerübergreifenden Psychotherapie*. *Ausgewählte Schriften*, Bd 2. Junfermann, Paderborn
- Petzold HG, Kirchmann E (1990) *Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie*. In: Petzold HG, Orth I (1990a) *Die neuen Kreativitätstherapien*. *Handbuch der Kunsttherapie*, Bd. 2. Junfermann, Paderborn, S 933-974
- Petzold HG, Orth I (1990a) *Die neuen Kreativitätstherapien*. *Handbuch der Kunsttherapie*, 2 Bde. Junfermann, Paderborn
- Reich W (1949) *Character analysis*. Orgone Institute Press, New York (dt.: *Charakteranalyse*. Kiepenheuer & Witsch, Köln 1970)
- Schmitz H (1989) *Leib und Gefühl*. *Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Junfermann, Paderborn
- Winnicott DW (1973) *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett, Stuttgart

Die Entfaltung der Beziehung in der Körperpsychotherapie

Wolf Bütig

Prämissen

Das Menschliche im Menschen entwickelt sich in Beziehung zu menschlich entwickelten Menschen. Menschen lernen z. B. das Gehen nur in Beziehung zu gehenden Menschen; Menschen, die von Säugetieren wie Wölfen aufgezogen wurden, laufen auf allen vieren. Ab und zu stolpern sie in den aufrechten Gang, um gleich wieder in den vierbeinigen Trott zurückzufallen. Genauso lernen wir sprechen nur in Gegenwart von sprechenden Menschen, wahrnehmen nur in Gegenwart von wachen Menschen, rationalisieren in Gegenwart von „hirnigen“ Menschen und lieben in Gegenwart von liebevollen Menschen.

Psychotherapie ist immer auch Körperpsychotherapie. In jeder Form von Psychotherapie sind die beteiligten Menschen leib-seelisch als Ganzheit beteiligt. In dieser Beziehung wirkt alles auf den anderen, was der eine tut, nicht nur das, was er sagt. Wenn Sie z. B. einen Raum betreten, in dem alle anderen die Luft anhalten - wäre es für Sie da leicht, weiterzuatmen? Was in der Therapie geschehen kann, hängt demnach ab von der leibhaftigen Lebendigkeit des Therapeuten.

Das Ausmaß der möglichen Entfaltung des Patienten in der Psychotherapie ist begrenzt durch die Identifikation des Therapeuten mit seiner eigenen leib-seelischen Fixierung. Diese Fixierung beschränkt das Spektrum seiner Handlungsfähigkeit. Ein Therapeut z. B., der sich stets selbst hält wegen der Gewohnheit, sich zusammenzunehmen oder gar zusammenzureißen, und der damit verbundenen Angst, seine Grenzen zu verlieren, sich aufzulösen und in die Nichtexistenz zurückzufallen, wird die Umarmung durch einen anderen Menschen meiden und damit die Entwicklungsmöglichkeiten seines Patienten erheblich beschränken. Sein Patient wird nicht im Traum daran denken, sich in irgendeiner Weise auf eine Regression einzulassen, in der Gehaltenwerden angesagt wäre; denn die Angsthaltung ist ansteckend - die characterspezifischen Haltemuster, die der Unterdrückung von Emotionen dienen, greifen über. In einer solchen Beziehung wird vielleicht über

Aggression und Lust phantasiert werden können, aber stets auf der Ebene der Beziehung von Hirn zu Hirn stattfinden und aus der Ebene von Herz zu Herz und Mensch zu Mensch ausgesperrt bleiben, es sei denn, der Therapeut würde durch viel Therapie und Selbsterfahrung um seine eigene Neigung zur Selbstunterdrückung wissen, im Kontakt mit dem Patienten darauf achten und in schwierigen Situationen auch seine eigenen Ängste ansprechen, statt sie mittels Deutung dem Patienten anzulasten.

Der nächstfällige Entwicklungsschritt in der Psychotherapie wird bestimmt vom Entwicklungsstand bzw. von der psychosomatischen Fixierung des Patienten, insofern diese die Entfaltung einer heilsamen Beziehung behindert. Für einen, der ums bedingungslose Dasein kämpft, ist Liebe bestenfalls ein abstrakter Begriff jenseits des Horizontes seiner Lebenserfahrung. Man denke an einen der vielen klinisch unauffälligen Schizophrenen, die noch gar nicht recht da sind, die ständig ihr Dasein bedroht fühlen und ihre Daseinsberechtigung beweisen müssen; die sofort in den Kosmos entschwinden, sobald eine Berührung droht, und sei es nur durch einen Blickkontakt; die daran zu erkennen sind, daß ihre Augen plötzlich ganz leer werden, als wäre niemand zuhause. Diese Menschen fürchten ihren Haß, ganz ohne Frage, aber dieser Haß ist keine Aggression. Sie sind in einem Zustand extremen Eingefrorenenseins und der Lebensferne. Sie haben große Angst vor jedweder Explosion, die sie als vernichtend phantasieren. Wenn man einem solchen Menschen Aggression zumutet - Aggression im Sinne von Tatkraft, von auf etwas Zugehen usw. - dann ist das für ihn nicht greifbar, nicht faßbar. Für ihn ist es schon eine Herausforderung anzunehmen, daß er angenommen ist, so wie er ist. Das ist gemeint mit der Prämisse: Der nächstfällige Entwicklungsschritt in der Psychotherapie wird bestimmt vom Entwicklungsstand bzw. vom Grad der psychosomatischen Fixierung des Patienten.

Kranke Menschen leiden nicht an der Atmosphäre, dem Mangel, dem Schock, den Kränkungen und den Traumata, denen sie in der Kindheit ausgesetzt waren, sondern sie leiden daran, daß sie heute ihr Leben nicht leben. Sie leiden an dem, was ihnen heute fehlt, weil sie sich heute mit den gleichen Mitteln, mit denen sie sich in der Kindheit schützen gelernt haben, aus Angst vor Wiederholung der Verletzung gegen das gute Leben wehren und deswegen das, was sie heute haben könnten, nicht annehmen - dies zur Diskussion ums Nachnähren. Es geht nicht darum, alte Defizite aufzufüllen, sondern den Widerstand aufzugeben gegen das, was wir hier und jetzt haben könnten.

Alle Abwehrformen sind mit Muskelkraft geleistete Arbeit. Sie sind am besten als konditionierte Reflexe zu verstehen, die durch unspezifische Minimalreize ausgelöst werden. Ein kleines Beispiel: Bitte achten Sie auf Ihre Atmung und darauf, wie Sie körperlich und emotional reagieren auf folgenden Lautreiz: ts-ts-ts-ts. Dieses kurze Luftanhalten, Nackensteifmachen, Blickrichten, Aufmerken usw., das bei vielen dadurch ausgelöst wird, ist ein konditionierter Reflex, ebenso wie - im

Witz - die Reaktion des Therapeuten, der auf den Gruß „Guten Morgen!“ des Kollegen anfängt nachzudenken: „Was will der mir wohl damit sagen?“. Die Tatsache, daß wir durch und durch konditionierten Reflexen gehorchen, widerspricht weder der psychodynamischen Sicht von der Geschichte ihrer Entstehung noch der psychodynamischen Methode, diese in Beziehung aufzuarbeiten. Die Reaktion, z. B. auf freundliche Zuwendung mit der mißtrauischen Unterstellung zu vermuten, die freundliche Person wolle etwas von uns, ist ein gebahnter Reflex, mit dem wir immer wieder abwehren, was wir schon immer brauchten.

Die Analyse der Persönlichkeit des Patienten einschließlich der Einsicht in die Geschichte ihrer psychosomatischen Fixierung in habitueller Abwehrhaltung kann nützen, wenn sie zur psychosomatischen Lösung der Fixierung und zu heilsamer Begegnung mit der Gegenwart führt; sie kann schaden, wenn sie nur zu rationaler Einsicht, nicht aber zur Lösung von Fixierung und zu mehr Dasein in der Gegenwart führt; und sie ist nur einer von mehreren wirksamen Wegen zur Lösung von Fixierung und Begegnung mit heilsamer Gegenwart. Die Theorie vom 'state-dependent learning' ist geeignet, die Ansätze der verschiedenen Schulen zusammenzubringen. 'State-dependent learning' wurde z. B. beobachtet, wenn Menschen, die im Alkoholrausch einen Unfall verursacht hatten, sich an nichts, nach erneuter Alkoholisierung jedoch an alles erinnerten. Wenn wir dieses 'state-dependent learning' auf die Therapiesituation übertragen, gewinnt Freuds Idee von der Nützlichkeit der Entladung von Quantitäten von Erregung, also die emotionale Abfuhr, wieder an Wert. Es geht dabei jedoch nicht um die Abfuhr, sondern um die Wiederherstellung des Erregungszustands, in dem die Abwehr eingefleischt und damit der Charakter geprägt wurde. In diesem, dem prägenden entsprechenden Erregungszustand kann Verbindung mit heilsamer Gegenwart und Umstrukturierung geschehen, und nur im Zusammenhang mit solchem Erleben ist Einsicht in die psychodynamischen Zusammenhänge sinnvoll. Wir brauchen den Erregungszustand, wir brauchen eine Umgebung, in der wir eine neue Erfahrung machen können, und in dieser Umgebung kann Einsicht geschehen. Einsicht ohne Erfahrung wird jedoch Entwicklung eher behindern als fördern. Regression allein ist ebensowenig produktiv wie Einsicht ohne Erfahrung oder ein anwesendes neues Objekt ohne die Mobilisierung von fixierter Erregung. Wir brauchen vielmehr die psychosomatische Erinnerung an die Traumatisierung und den Kontakt mit einer anwesenden Person. Einsicht kommt dann unter Umständen dazu, ist aber nicht Voraussetzung für Heilung.

Bereiche menschlicher Selbsterfahrung

Roger Bacon stellte vor gut 700 Jahren das Dilemma aller Wissenschaft so dar:

„Es gibt zweierlei Wissen: Wissen durch Beweisführung und Wissen durch Erfahrung. Die Beweisführung führt zu Schlußfolgerungen und zwingt uns, diese anzuerkennen. Sie beseitigt jedoch weder den Zweifel, noch führt sie zu jener Gewißheit, in welcher der Geist in Frieden ruhen könnte, es sei denn, diese (Gewißheit) käme durch Erfahrung zustande“ (zit. n. Bacon 1967).

Mit diesem Zitat möchte ich bei den Lesern darum werben, das folgende nicht nur an ihrem entsprechend ihrer Schulenzugehörigkeit etablierten Wissen zu messen, sondern auch zu prüfen auf dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrung als Menschen auf dem Heimweg.

Nach 13 Jahren Schule, 6 Jahren Medizinstudium und 5 Jahren Grundlagenforschung in der Nierenphysiologie, nach insgesamt 24 Jahren des Sitzens also, wußte ich viel über die Krankheiten der Menschen und nahezu nichts mehr über den Menschen selbst. Die Menschen, die ich behandeln sollte, wußten, was sie hatten - Kopfschmerzen, Nierensteine, Konflikte, Probleme - doch sie wußten nicht, was ihnen fehlte. Und ich wußte es auch nicht. Ich war mir selbst gründlich fremd geworden. Daran änderte auch die Lehranalyse auf der Couch eines trotz seiner kargen Mitteilungen spürbar freundlichen und wohlwollend präsenten älteren Herrn nicht viel. Ich verstand zwar sehr viel besser, woran ich litt und woher das kam, doch damit waren meine Zweifel an mir selbst nicht behoben. Dürckheim mahnte mich unermüdlich, mich an mein Wesen zu erinnern, jenes meiner gewordenen Form innewohnende Wissen, wer ich jenseits dieser beschränkten Form immer schon war; Maslow (1961) weckte in mir eine Ahnung von der Möglichkeit unmittelbarer Selbsterfahrung jenseits aller Selbstbeweise durch Selbstrepräsentanzen und Selbstbilder.

In einer bioenergetischen Selbsterfahrungsgruppe bekam ich in einer direkten Erfahrung einen Aspekt meiner ursprünglichen Natur zu schmecken. Nachdem ich 20 Minuten lang meine Wut über meine Dressur zum guten Jungen mit einem Tennisschläger in eine unschuldige aber duldsame Couch gedroschen, in einer weiteren Körperübung viel Heulen und Zähneklappern zugelassen und schließlich meinen Widerstand gegen mein Wissen um meine eigentliche Natur weitgehend gelöst hatte, offenbarte sich mir für kurze Zeit, wer ich, wie jeder Mensch, in Wahrheit bin: Liebe. Ich strömte, war aufgelöst in ozeanische Gefühle, wie sie Reich (1969) beschreibt, fühlte unbedingte Liebe ohne Grenzen und hatte - trotz? nein! - dank dieser Entgrenzung eindeutiger als je zuvor ein Gefühl der Identität. Dieser wunderbare Zustand war leider nur von kurzer Dauer; denn die durch kondi-

tionierte Übereinkunft etablierte Realität holte mich bald wieder ein. Und doch wußte ich etwas deutlicher, welche Qualität von Heimat ich suchte.

Bei einem Aufenthalt bei einer Gruppe von Lakota-Indianern der Pine-Ridge Reservation - ob in der Ratsversammlung oder bei der Hochzeit eines jungen Medizinmannes, ob beim Schlachten von Büffeln oder in der Schwitzhütte, ob bei der Heilungszeremonie oder beim Sonnentanz - erlebte ich eine Woche fraglosen Daseins. Zwei Dinge waren mir besonders bemerkenswert. Alles, was einer in der Versammlung sagte, wurde von den anderen bekräftigt mit einem unterstützenden „*Hough!*“, einem warmen, festen, herzhaften Laut, der Unterstützung vermittelte, das Herz öffnete und Mut machte, zu sagen, was zu sagen war - nicht mehr und nicht weniger. Und jedes Gebet endete mit der Anrufung „Alle meine Verwandten!“. Wie mir die Medizinmänner erklärten, waren alle meine Verwandten die Steine, die Pflanzen, die Tiere sowie die Menschen aller Farben und aller Nationen. Da erkannte ich mein Zuhause.

Intellektuell erkenne ich dieses Zuhause wieder in der Humanistischen Psychologie mit ihrem Wissen um die Entfaltung des menschlichen Potentials zum einerseits dem eigenen Wesen treuen, andererseits der Gemeinschaft dienenden Kreativen und ihrem Therapieziel der Selbstverwirklichung, eher als in der Psychoanalyse mit deren Therapieziel des lern-, arbeits- und liebesfähigen Kulturerhalters.

Abraham Maslow (1950) untersuchte auf der Suche nach einem Bild von menschlicher Gesundheit besonders gelungene Exemplare unserer Spezies, die Selbstverwirklicher. Er machte dabei einige wichtige Entdeckungen, die ihn zu radikal anderen Schlußfolgerungen führten als Sigmund Freud und seine Nachfolger, die ja ihr Menschenbild am Studium von eher steckengebliebenen Normverwirklichern gewannen und daher für hervorragende Menschen wie Moses, Buddha, Jesus oder Mohammed keine anderen als psychopathologische Kriterien zur Verfügung haben.

Wo Freud das polymorph perverse Kind und in der Triebunterdrückung die einzige Chance zur Kulturbildung sah, entdeckte Maslow - ohne Illusionen über die Vielzahl von möglichen Verformungen als Reaktion auf perverse Sozialisierung - den potentiellen Buddha in jedem von uns. Statt Triebunterdrückung sieht er freiwilligen Triebverzicht nach ausreichender Triebbefriedigung als Basis für die Entfaltung höherer Bedürfnisse, wie das nach sinnvollem Tun, Dienst am Wahren, Schönen und Guten usw. Wer keine Kraft vergeudet in der Selbstunterdrückung und sich die kleinen Freuden selbstverständlich gönnt, hat Kräfte frei für die Verwirklichung höherer Ziele. Da, wo Freud im religiösen Streben Selbstbetäubung sieht, entdeckt Maslow - als Sohn einer bigotten Mutter gegen großen Widerstand - religiöse Erfahrung in Form von Offenbarung selbstevidenter Wirklichkeit als Merkmal gesunder menschlicher Entwicklung.

Als Ausgangspunkt für mein Thema wähle ich mit Absicht Metaphern, die zwar vertraut, aber im wissenschaftlichen Kontext vielleicht nicht geläufig sind. Sie sind vertraut, denn sie sind Jahrtausende älter als die der Religion unserer Zeit - die sog. Naturwissenschaft einschließlich der Medizin und der Psychoanalyse. Da diese Metaphern jedoch zunächst nicht logisch verwertbar, sondern eher analog begreifbar sind, können mir die Leser vielleicht ein wenig leichter und länger folgen, bevor sie von der Einübung ihrer Gegenargumente am weiteren Zuhören behindert werden. Nicht Zustimmung will ich bewirken, sondern Betroffenheit; denn die Fähigkeit zur Betroffenheit ist eine Grundvoraussetzung für Beziehung.

Auf meiner Suche nach einem für die therapeutische Arbeit brauchbaren Menschenbild fand ich eine treffende Formulierung von einer Patientin. Sie schickte mir zur Erläuterung dessen, was sie nach einer Therapiestunde gesehen hatte, folgende Zeilen eines indischen Weisen: „Gott schläft in den Steinen, atmet in den Pflanzen, träumt in den Tieren und erwacht im Menschen.“

Da waren sie wieder, alle meine Verwandten, und ich erinnerte mich, daß in den Menschenschulen vieler Kulturen die Entwicklung des Menschen in dieser Weise beschrieben wird.

Begriffsklärungen

Therapieren kommt vom griechischen 'therapoiein' und heißt auf deutsch: Geselle sein, dem Höchsten im anderen dienen, begleiten auf dem Weg zum ganzen Menschen, heilen im Sinn von Hinführung zur Ganzheit. Das Wort impliziert also Entwicklung auf einem Weg über die Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit hinaus.

Psychotherapie ist nicht Therapie der Psyche, sondern mit den Mitteln der Psyche, wie ich hier in Lindau einmal erfuhr, entsprechend Kräutertherapie, Bädertherapie usw.

Körperpsychotherapie ist demnach Therapie mit den Mitteln des Körpers und der Psyche oder besser, der *Leibseele*. Psychoanalytiker - allen voran Freud selbst - behaupten seit Anfang der Psychoanalyse beharrlich, die beiden seien untrennbar miteinander verbunden, sozusagen ein Herz und eine Seele. Schon Freud sah, daß das Ich immer zuallererst ein Körper-Ich ist. Er hat es jedoch bei der Einsicht bewenden lassen. Reich hingegen hat Freuds Libidokzept durch sein Konzept von und der Arbeit an der funktionellen Identität des Physischen und des Psychischen weiterentwickelt - manchen zu jener Zeit und bis heute zu weit. Die griffigste Formulierung stammt allerdings von C. G. Jung. Er sagte schon 1928:

„Kann man sich ... mit dem Mysterium aussöhnen, daß die Seele das innerlich angeschaute Leben des Körpers und der Körper das äußerlich geoffenbarte Leben der Seele ist, daß die beiden nicht zwei, sondern eins sind, so versteht man auch, wie das Streben nach Überwindung der heutigen Bewußtseinsstufe durch das Unbewußte zum Körper führt und umgekehrt, wie der Glaube an den Körper nur eine Philosophie zuläßt, die den Körper nicht zugunsten des reinen Geistes negiert“ (zit. n. Jung 1928, 1973).

Der beseelte Körper und die verkörperte Seele sind abhängig vom Grad der Entwicklung. Unverkörpert ist die Seele eine blutleere Idee, ein Bild, platonische Form, reines Potential ohne Anspruch auf verbindliche Verwirklichung im Alltag. Unbeseelt ist der Körper geistlose Materie, schieres Fleisch, ein funktionstüchtiger Leichnam, der mit der Zeit alt wird, aber nicht reift.

Die Indianer der großen Ebenen sprechen vom langen Körper, der nicht ein Ding ist, sondern ein Prozeß, in dem sich im Lauf der Jahre die Ereignisse eines bewegten Lebens niederschlagen. Was macht diesen Prozeß aus? Die Navajo malen Bilder mit Erdfarben in den Wüstensand, die so lange halten, bis der nächste Windstoß sie verweht. Eines davon zeigt den Zyklus des Lebens in vier Stationen: Das junge Mädchen, die Frau mit dem Kind, die Greisin und das Gerippe. Das Bild heißt Schönheit.

Im San Francisco Chronicle las ich zu gegebener Zeit: „Als Melina Mercouri 40 Jahre alt wurde, schenkte ihr die Firma Arden ein Facelifting. Darauf reagierte die Filmschauspielerin und spätere Kultusministerin Griechenlands mit einem Wutanfall und fragte: 'Glaubt Ihr, ich habe 40 Jahre gelebt, um dieses Gesicht zu verdienen und lasse es mir jetzt von Euch wegnehmen?'“

Diesem Körperweg entspricht der Seelenweg vom Potential zu der durch Leben, Lieben und Leiden voll ausgereiften Seele - und am Anfang: Logos. Auf die Verkürzung „Am Anfang war das Wort“ berufen sich diejenigen schnell, die sich nicht gern bewegen und bewegen lassen und deswegen die Verbalisierung von Gedankengängen schon für eine seelische Aufarbeitung halten. Doch wenn das reichte, dann würden die Inder am Ende eines bewegten Lebens das Großhirn sehen und nicht - wie bei Gandhi, bei dem stets Wort und Tat zusammengingen - Mahatma, die große Seele.

Körperpsychotherapie ist eine Form der Behandlung, die dem Prozeß der Beseelung des Körpers und der Verkörperung der Seele in einem bewegten Leben Rechnung trägt und diesen Prozeß mit den Mitteln der Leibseele des Patienten sowie des Therapeuten in der Beziehung der beiden zueinander gestaltet.

Beziehung. Laut Brockhaus bestimmt Beziehung den polaren Zusammenhang zweier Begriffe (z. B. als Subjekt-Objekt) oder zweier Dinge (als Ursache-Wirkung), welche in ihrem räumlichen, zeitlichen, sachlichen und

bedeutungsmäßigen Zusammensein aufeinander angewiesen sind und sich wechselseitig bestimmen. Das gilt analog auch für zwei Menschen: Auch der Reiche und der Arme, der Vater und der Sohn, der Tyrann und der Untertan, der Lehrer und sein Schüler, der Freund und sein Freund sowie der Therapeut und sein Patient sind in ihrem räumlichen, zeitlichen, sachlichen und bedeutungsmäßigen Zusammensein aufeinander angewiesen und bestimmen einander. *Dürckheim* drückte mir gegenüber diese Wechselseitigkeit der Beziehung einmal so aus: eine Stunde sei dann gut gewesen, wenn sich der Therapeut darin ein klein wenig verändert habe. Nach *Kant* können wir nur die Beziehung der Dinge (der Geschöpfe) untereinander oder zu uns, nicht aber die Dinge an sich erkennen, und auch in der modernen Physik gestaltet sich die Wirklichkeit in Relationen, nicht in Substanzen.

Martin Buber (1983) unterscheidet zwischen Ich-Du- und Ich-Es-Beziehungen. Nach seiner dialogischen Philosophie ist der Mensch sich selbst von vornherein als Ich nur in einer ursprünglichen, unableitbaren Du-Beziehung gegeben; sein Sein ist bestimmt vom menschlichen Miteinanderdasein in einer gemeinsamen Welt, das sich im Dialog vollzieht. Der Mensch kann sich selbst oder sein Selbst hingegen nicht finden als Ich-für-sich (Subjekt), das sich zur (Objekt-)Welt verhält und darin gleichsam nachträglich auch einem anderen Ich (als objektiviertem Subjekt) gegenübertritt. In einer solchen versachlichenden Beziehung kann der Mensch auch sich selbst immer nur wieder als Objekt sehen, doch führt die Konstruktion eines solchen Selbstbildes immer wieder nur zu einem Selbstbeweis, doch nie zu einer unmittelbaren Selbsterfahrung, einer Offenbarung des Selbst. Eine einfache Metapher soll das Gesagte deutlich machen: Boris Becker sitzt im Sessel und schaut auf dem Video Boris Becker und Stefan Edberg zu. Solange Boris Becker weiß, daß er es ist, der dort im Sessel sitzt, Coca-Cola schlürft und schaut, ist er bei sich, ist seine Identität gewahrt. Wenn er aber anfängt, sich für die Bilder zu halten, die einmal von ihm gemacht wurden und jetzt wiedergegeben werden, dann hat er ein Selbstbild, doch keine direkte Selbst-Erfahrung.

Übertragung. Die Übertragung des Patienten wie die sogenannte Gegenübertragung des Therapeuten einschließlich dessen Deutungen sind Ausdruck einer versachlichenden Ich-Es-Beziehung. Patient wie Therapeut verwechseln einander mit den Bildern (Objekten), die sie aus der Vorzeit mit in die Beziehung bringen. In der Ich-Du-Beziehung werden alle Äußerungen des Patienten unvoreingenommen als Ausdruck seiner Wirklichkeit wahrgenommen, angenommen und geachtet; gleichzeitig wird er in die Verantwortung gestellt, dieser seiner Wirklichkeit Sinn zu geben und sie gegebenenfalls selbst neu zu deuten. Ob die Neigung vieler Therapeuten zum Deuten in einer Unfähigkeit zu bzw. Angst vor der in der Ich-Du-Beziehung notwendigen Entgrenzung begründet ist, wage ich nur zu vermuten. Jedenfalls wirken Therapeuten mit ihren Deutungen meist der Entwicklung einer Ich-Du-Beziehung entgegen, nehmen zudem den Patienten da-

durch die Verantwortung für ihre Sinnfindung ab bzw. weg und unterwandern damit deren Autonomie. Eine Autonomie fördernde Alternative zur Therapie durch Deuten, die gleichzeitig den Kriterien Bubers für eine Ich-Du-Beziehung gerecht wird, hat Rogers (1979) beschrieben mit seiner Trias *Empathie, unbedingte Achtung und Echtheit in der Kommunikation* als die wesentlichen Qualitäten eines guten (wirksamen) Therapeuten.

Stufen der Entfaltung der Beziehung in der Körperpsychotherapie

Das Wort Entfaltung schließt den Gedanken des Keims mit ein. Im Keim ist die Beziehung bereits angelegt - wie der Schmetterling in der Raupe - und wartet auf Entfaltung. Was es zu entfalten gilt, ist die Wahrnehmung einer schon immer bestehenden Ich-Du-Beziehung zweier Geschöpfe zueinander. Jedes Elektron ist mit jedem anderen in Beziehung, jeder Mensch ist mit jedem anderen - a priori - in Beziehung, ob wir es wissen oder nicht, ob wir es wollen oder nicht, und die Idee, wir könnten allein sein im Sinne von Verlassenheit ist Ausdruck einer Regression auf die Stufe des verlassenen Säuglings, der in der Nacht stundenlang vergeblich schreit, weil keiner kommt. Der Mensch, der sich erinnert, daß er immer und a priori mit allem verbunden ist, fühlt sich z. B. auf dem Gipfel eines Berges 'allein', doch nicht verlassen. Eine Aufgabe der Therapie ist demnach die Entfaltung einer solchen auf die primäre Verbundenheit aller Schöpfung aufbauende Beziehung - wenn auch in verteilten Rollen - mit dem Ziel, leidvoll erworbene und inzwischen gewohnte, aber dennoch überholte, befriedigendes Leben und weitere Entfaltung behindernde Selbstbilder durch Selbsterfahrung zu korrigieren. Der Fortschritt in der Entfaltung einer solchen Beziehung geschieht in Stufen, die von verschiedenen Faktoren abhängen.

Lassen Sie uns zurückkehren zur Metapher von den vier Königreichen, in denen Menschsein sich vollzieht: Das Reich der Mineralien (Stoffe), der Pflanzen, der Tiere und des eigentlichen Menschseins. Sie entsprechen vier Potentialen, die es zu verwirklichen gilt in vier verschiedenen Daseinsformen mit entsprechenden Haltungen, Inhalten, Beziehungen zur Umwelt, Heilungsbegriffen, Vorstellungen von Beginn und Ende, Zeitbegriffen und vier möglichen Verfehlungen.

Da ist zunächst das *Königreich der Steine*. Ihre Welt ist die Realität, die Welt der Sachen zwischen Urknall und Entropie. Steine sind da, nehmen Raum ein, haben Substanz und Gewicht, sind passiv, werden beachtet oder übersehen. Ihre Zeit ist die Halbwertszeit. Sie sind ein Bild für Dauer und sind doch allmählichem Zerfall unterworfen unter dem Einfluß der Elemente.

Es gibt Menschen, deren Hauptanliegen die Bestätigung ihres Daseins zu sein scheint; sie nehmen Raum ein und haben Substanz und Gewicht, und sie werden beachtet oder übersehen, doch sie sind sich dessen selten bewußt und reagieren kaum auf das, was in der Umwelt geschieht - sie sind vielleicht rührig, doch ohne Richtung. Menschen, die auf der Stufe der Steine fixiert sind, fürchten die Fragmentierung, das Auseinanderfallen; sie atmen wenig, leben am emotionalen Existenzminimum, fühlen sich Sachzwängen unterworfen, denken vorzugsweise sachlich und fürchten die Vernichtung. Sie suchen viel Daseinsbestätigung und haben auch bei sechsstelligen Jahresgehältern Sorge um ihre Existenz. Ihr Grundgefühl ist die Angst.

Diese Menschen bemessen ihr Leben an seiner Dauer, und in der entsprechenden Medizin den Therapieerfolg, z. B. in der Krebsbehandlung, an der mittleren Überlebenszeit. Für die Indianer der großen Ebenen war das ganz anders: ihnen war der Reichtum an gelebten Ereignissen ein Maß für ihr Leben, weshalb sie ihre Namen aus durchlebten Taten bezogen; und wenn es in den Kampf ging, dann zogen sie mit dem Lied aus: „heute ist ein guter Tag zum Sterben“. Die Anzahl der Jahre war für sie recht belanglos.

Auf eine ganz andere Weise leben wir im *Reich der Pflanzen*. Deren Welt ist die Wirklichkeit, die Welt der Wirkungen, gekennzeichnet durch Stoffwechsel, Differenzierung und Wachstum. Pflanzen keimen, schlagen Wurzeln und verzweigen sich. Ihr Austausch mit der Umwelt ist der Atem. Sie sind uns ein Bild für Blühen, Reifen, Welken und Vergehen. Ihre Zeit ist der Rhythmus des Pulses und der Jahreszeiten.

Auf dieser Stufe fixierte Menschen vermeiden Aggression: sie bewegen sich wenig. Sie nehmen Teil, greifen aber nicht ein und nicht zu. Bei freundlichem Klima öffnen sie sich, bei Aggression in der Umgebung leiden sie. Sie vegetieren. Ihre Sorge sind Zugehörigkeit und Harmonie, sie fürchten die Ächtung und das Altwerden. Ihr Grundgefühl ist die Scham.

Das *Königreich der Tiere* ist das leidenschaftliche Leben, die Welt von Lust und Leid, von Hunger und Trieb, von Sex, Status und Territorium. Tiere spielen, balzen, kämpfen und unterwerfen, jagen, befruchten und gebären, bauen Nester und besiedeln Höhlen und kümmern sich um ihre Brut und ihre Herde. Ihr Austausch mit der Welt ist bestimmt von Spiel, Kampf und Unterwerfung, Fürsorge und Unterweisung. Ihre Zeit ist der Schritt und der Zyklus von Hunger und Sättigung, von Paarung, Geburt, Brutpflege und Verenden. Sie stehen für Kraft und Leidenschaft.

Die auf dieser Stufe fixierten Menschen spielen, buhlen, leisten, konkurrieren, streiten, unterwerfen einander und messen sich an Besitz, Status, Einfluß und der Achtung der anderen. Sie fürchten die Schwäche und die Einsamkeit. Ihr Grundgefühl ist die Schuld.

Was bleibt da für *das eigentliche Königreich des Menschen*? Die Welt des Menschen ist das teilnahmsvolle Leben, die Welt der Beziehung zu sich selbst und zum ganz anderen - Identität, Kreativität, Wahl und Entscheidung. Des Menschen Wesen - seine Natur - ist Präsenz, Neugier, Stärke, Mut, Wahrnehmung, Wachheit, Wahrheit, Wert, Gewißheit, Würde, Hingabe usw. (Almaas 1986). Diese Wesensqualitäten - so Maslow (1967, 1971) - sind instinkthafte Bedürfnis und Auftrag zugleich im Sinne eines eingeborenen Gesetzes, das es zu erfüllen gilt. Der wache Mensch mißt seine Zeit in Ereignissen als Grundlage von Erfahrung. Unser Reich ist die Liebe, d. h. das Schauen und das Zeigen, die Teilnahme und die Mitteilung. Menschen lieben das Leben und fürchten - nicht den Tod - sondern die Vergeblichkeit: Ihr Leben nicht gelebt zu haben; am Ende nicht sagen zu können: Was ich zu tun hatte, habe ich getan - es ist vollbracht. Was den Menschen von den anderen Geschöpfen am meisten unterscheidet: Die Fähigkeit zur Sünde - vom Weg abzukommen, daran zu leiden und umzukehren, am Leiden Bewußtsein zu entwickeln und sich auf den Heimweg zu machen. Eine zentrale Aufgabe des Psychotherapeuten ist demnach die Entfaltung des Potentials des Patienten auf allen Ebenen mit den Mitteln der Leibseele: Die Beseelung und die Verkörperung im Bereich von Stein, Pflanze, Tier und Mensch. In der Regel geschieht dies der Reihe nach, doch nach Möglichkeit (und Vermögen des Therapeuten) im Hinblick auf das ganze Spektrum.

Fallbeispiel

Ein schizophrener, homosexueller Mann wird von seinem Internisten in Psychotherapie überwiesen. Seine Motivation zur Therapie ist die Angst vor dem Ende. Der Internist hatte ihm noch ein oder zwei Jahre gegeben, denn seine Leber war durch seine Suchtgewohnheiten extrem gefährdet. Der Mann konsumierte täglich Rotwein, Kaffee, Valium und diverse Stimulanzen im Übermaß. Ich erklärte meine Bereitschaft mit ihm zu arbeiten unter der Bedingung, daß er vier Wochen auf Drogen verzichtete. Der Mann hatte es nach vier Wochen geschafft, den Konsum von Wein und Pervitin ganz aufzugeben sowie den von Kaffee erheblich zu reduzieren. Doch nun war er psychotisch und witterte hinter jedem Laternenpfahl einen Mörder und schaffte es nur mit Hilfe eines Neuroleptikums in geringer Dosierung, von zu Hause zu mir und wieder nach Hause zu kommen.

Der Patient war buchstäblich wie versteinert. Er war kreidebleich, atmete kaum und war in allen großen Gelenken sehr verspannt und passiv nicht bewegbar. Unlebendigkeit strahlte von ihm aus. Die Aufgabe in dieser ersten Phase der

Beziehung bestand darin, ihm Vertrauen zu geben, daß es in Ordnung war, daß er da war, so wie er war, und ihm die bei der Geburt wahrscheinlich ausgebliebene Nachricht zu übermitteln: „Du bist willkommen.“ Es dauerte ein Jahr, bis er das allmählich annehmen und sich auch muskulär etwas aus der Erstarrung lösen konnte. In dieser ersten Zeit wurde natürlich nicht körpertherapeutisch gearbeitet - das wäre viel zuviel gewesen für ihn. Ich führte Körperarbeit mit der Zeit indirekt ein, indem ich beim Kommen an der Tür meine Hand etwas länger in seiner Hand ließ als das üblich ist und ihn gelegentlich beim Gehen an der Schulter berührte, wenn ich ihn zur Tür führte. Das bewirkte regelmäßig eine wahrnehmbare Irritation, aber auch eine kleine Initialzündung, ein Gefühl von Anwesenheit. Vor allem aber war ich in dieser ersten Phase der Beziehung für ihn deutlich anwesend da, hörte ihm aufmerksam zu, wenn er etwas sagte, und beschrieb, was ich bei ihm wahrnahm und im Kontakt zu ihm bei mir erlebte, enthielt mich jedoch jeglicher Deutung. In diesem Moment ist die Beziehung die einer Mutter zu ihrem unter widrigsten Umständen neugeborenen Kind. Für den Versteinerten ist das Wichtigste zunächst die Daseinsbestätigung, das einfache Dasein, die Wahrnehmung seiner Existenz.

In der nächsten Phase ging es darum, den Patienten vegetativ zu beleben. Wir fingen an, seine Körperlichkeit anzusprechen. Ich wies ihn immer wieder darauf hin, wie er den Reflex zur Einatmung durch Erstarrung in Brust-, Bauch- und vor allem Zwerchfellmuskulatur unterdrückte. Ich konnte ihm dabei plausibel machen, daß ohne Atem kein Feuer und ohne Feuer keine Lust und keine Lebensfreude sein könnten. Er ließ sich allmählich darauf ein, sich gelegentlich auf die Matratze zu legen und seinen Atem zu beobachten. Dann legte ich ihm eine Hand an den Rippenbogen. Dabei merkte er, daß mit seinem gestauten Atem verdrängte Gefühle und unterdrückte Emotionen verbunden waren, die sich in dem Maß, in dem er die Verkrampfung der Atemmuskulatur und damit seinen Widerstand aufgeben konnte, ans Tageslicht seines Bewußtseins und zum Ausdruck drängten.

In dieser Phase bin ich in der Beziehung nicht nur einfach da, sondern beuge mich sozusagen unter den Patienten - z. B. auch dadurch, daß ich ihm wie einem Säugling eine Hand bergend unter den Hinterkopf lege; ich gebe ihm Boden und Raum, selbst zu bestimmen, was sein darf, was er braucht, und was er tun kann und will, und gebe ihm allmählich mit Körperkontakt ein Gefühl für eigene Grenzen und dafür, daß wir miteinander da sind. Es geht nicht mehr um Daseinsbestätigung allein, sondern um Kontakt und Korrespondenz. Technisch kann man bei diesen Menschen, die alle einen Zwerchfellblock haben, die Atmung erheblich beleben, indem man ihnen beim Atmen die Hand kräftig an den Rippenbogen legt und bei jedem Ausatmen weiter Druck gibt, aber nur beim Ausatmen, so daß das nicht als Invasion erlebt wird. Dann muß der Patient, um gleich tief weiteratmen zu können, auf der anderen Seite aufmachen, wo ich keinen Druck gebe, und der Atem kann sich auch in den Bauch ausbreiten. Das führt zu

einer erheblichen Vermehrung von Selbstgefühl, der Patient kommt in Kontakt mit seinen vegetativen Prozessen dort, er fühlt ein Lösen, vielleicht ein Strömen. In dieser Phase fühlte ich mich dem Patienten gegenüber wie eine Mutter, die sich um ihr Kind kümmert, die ihm Geborgenheit und Fürsorge vermittelt, und die dem Kind durch aktive Zuwendung Grenzen gibt und emotionale Nahrung.

Irgendwann erwacht im Patienten das Potential zur Aggression, er bekommt Lust auf mehr Bewegung, und ich kann eine aktive Körperübung vorschlagen. Der Patient liegt z. B. auf der Matratze und fängt an zu treten und zu schlagen. Er läßt sich so weit ein, daß ihn die Bewegung davonträgt, bis er - ziemlich bald - die rationale Kontrolle verliert. Dann liegt er schwer atmend und schwitzend da, stiert mit glasigem Blick ins Leere und produziert auf einmal zahlreiche Kindheitserinnerungen: frühe Verlassenheit, Verlust der Mutter, erneuten Verlust und Entwurzelung durch den fremden Vater, der plötzlich auftaucht und den Jungen von der geliebten Großmutter wegholt usw. In diesem Zustand tiefer Regression greift er spontan mit den Händen aus, als suche er etwas. Ich deute das als eine Sehnsuchtsbewegung, vielleicht nach dem Gesicht der Mutter, vielleicht sogar nach dem des Vaters, und reiche ihm meine Hand hin.

Das erweist sich als ein Fehler, denn der Patient packt meinen Arm und bearbeitet ihn, als wolle er ihn brechen. Ich habe zum Glück genug Beziehung zu ihm, daß ich laut „Stop!“ schreien und ihm statt meines Arms ein Handtuch zum Würgen geben kann. An dem würgt er zehn Minuten herum, bis ihm der Schaum vor dem Mund steht; er ist außer sich, er ist weit, weit weg und ohne Bewußtsein für die gegenwärtige Umgebung. Als er wieder zu sich kommt, sagt er ruhig und sichtlich befriedigt: „jetzt ist er hin“. Dann erzählt er mir, daß er mit 16 Jahren nahe daran gewesen war, seinen Vater mit der Axt zu erschlagen, es dann doch lieber gelassen hatte und jetzt eine maßlose Wut darüber erlebt habe, daß der Vater sich später selbst umgebracht und ihm auch das noch (nach Mutter und Großmutter) ab- und weggenommen hatte. In dieser Phase der Beziehung, wo die Aggression des Patienten zum Ausdruck kommt - damit meine ich nicht nur die Feindseligkeit, sondern die Fähigkeit, auf etwas zu-, von etwas weg-, oder gegen etwas zu gehen - in dieser Phase der Mobilisierung von Aggression bin ich Vater. Ich stehe aufnehmend gegenüber und stützend hinter dem Patienten, und das ist etwas ganz anderes als die Geborgenheit, in der die Mutter das Kind trägt.

Hier beendete der Patient zunächst die Therapie. Er fand, es sei Zeit geworden zu leben, machte ein Geschäft auf, wurde erfolgreich, wurde ein angesehener Fachmann in seiner Branche und kam drei Jahre später wieder in Therapie, weil die Welt, die er gewonnen hatte, ihn inzwischen eingeholt hatte. Er litt an einer Depression. Er sagte, das Ganze muß doch zu irgend etwas gut sein; wofür die Plackerei, wenn es keine Freude macht. Er war normal geworden, litt an dem, was ich die normale Depression nenne, er erfüllte alle Verpflichtungen, aber ohne Freude. In dieser Zeit brauchte er mich nicht mehr als Mutter oder Vater, sondern

als Mitmensch, als Begleiter, als Freund, als Lehrer. Die Depression diene in diesem Falle der Abwehr eines Durchbruchs in den menschlichen Bereich. Der Patient berichtete eine Reihe von äußerst bemerkenswerten Träumen. In einem der ersten Träume verläßt er in einer Zeit globaler Bedrohung den schützenden Raum und riskiert sein Leben, um einem inneren Auftrag folgend unter einem riesigen Haufen Müll etwas zu suchen, von dem er nicht weiß, was es ist. Schließlich findet er, was er gesucht hatte: eine Muschel und darin die blaue Perle - in vielen Traditionen das Symbol für das wahre Selbst oder für das eigene Wesen (Almaas 1988).

Im letzten Traum der Serie erlebt er eine Initiation zum Schamanen. Er bekommt alle Rituale für Vorbereitung, Heilung, Reinigung usw. vermittelt, probiert sie noch in der gleichen Nacht am kranken Freund aus - und ist entsetzt über den Erfolg. Er hat auf dem Hintergrund seiner persönlichen Geschichte erhebliche Angst vor seiner Kraft und bekommt Angst vor soviel Macht. Er hofft dringend, daß ich ihm das Ganze als einen Rückfall in die Psychose ausrede. Ich kann das nicht, denn ich habe kurz vorher ein Fachbuch gelesen mit Beispielen von Schamaneninitiationen aus allen Kulturen. Ich muß ihm vielmehr wahrheitsgetreu bestätigen, daß ich das, was er erlebt hat, vielleicht nicht für normal im Sinne von alltäglich, doch menschlich wertvoll halte. Sein Pech sei, daß er in der falschen, weil von Rationalität dominierten Kultur lebe, die wenig Raum für derlei Erfahrungen habe.

Der Patient liest nun seinerseits das Buch und beruhigt sich, macht dann jedoch einen Fehler: Er berichtet sein Erleben seinem Hausarzt, der sich in Gegenwart des Patienten über den Psychotherapeuten und dessen Kunstfehler empört, das Ganze nicht als erneute psychotische Dekompensation zu deuten. Der Patient hat daraufhin - zum Glück vorübergehend - erheblich mit Mißtrauen dem Therapeuten und sich selbst gegenüber zu kämpfen. Dieses Beispiel zeigt, wie die Entwicklung eines Patienten in den Bereich des für ihn Möglichen behindert werden kann durch die Fixierung des Arztes auf eine bestimmte Bewußtseinsstufe.

Schlußbemerkungen

Ich bleibe in der Skizzierung der Interventionen in diesem Beispiel immer noch im Bereich der Ich-Es-Beziehung: der Patient leidet an einer Fixierung auf dieser oder jener Stufe, da muß man dieses oder jenes tun usw. - kausales Vorgehen also, wie in jeder naturwissenschaftlichen Therapie, wie der Psycho- oder der bioenergetischen Analyse. Das ist jedoch noch nicht das, was Buber (1983) unter Ich-Du-Beziehung versteht. Dabei kann alles, was ich sachlich oder rational weiß, nützlich

zum Tragen kommen. Aber in der Ich-Du-Beziehung befinde ich mich dem Patienten in unmittelbarer Ausschließlichkeit gegenüber. Es gibt im Moment dieser Beziehung nichts als ihn und mich. Alles Ich-Es ist im Hintergrund verfügbar und wirksam als Handwerkszeug, doch nur dort, wo ich mich voll mit meinem eigenen Sein dem Sein des Patienten stelle, kann es zu einer heilsamen Ich-Du-Beziehung kommen, die für mich die entscheidende Voraussetzung für Menschwerdung ist.

Literatur

- Almaas AH (1986) *Essence*. Samuel Weiser, York Beach, Maine
- Almaas AH (1988) *The pearl beyond price - integration of personality into being: an object relations approach*. Diamond Books, Berkeley, California
- Bacon R (1967) *Dem Papst übersandt*. Opus Maius. Quellen s. Brockhaus
- Buber M (1983) *Ich und Du*. Schneider & Lambert, Heidelberg
- Maslow A (1950) *Self-actualizing people: a study of psychological health*. Personality symposia: symposium Nr. 1 on values. Grune & Stratton, New York
- Maslow A (1961) *Peak-experiences as acute identity experiences*. *Am J Psychoanal* 21: 254-260. (In Auszügen zit. in: Kakuska R (1984) (Hrsg) *Andere Wirklichkeiten*. Dianus-Trikont, München)
- Maslow A (1967) *A theory of metamotivation: the biological rooting of the value life*. *J Humanistic Psychol* 7 : 93-127
- Maslow A (1971) *Farther reaches of human nature*. Viking Press, New York
- Reich W (1969) *Die Funktion des Orgasmus*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Rogers CR (1979) *Entwicklung der Persönlichkeit*. Klett, Stuttgart

Der hungernde Körper

Ilka Haisch

Der hungernde Körper ist wohl ein gleichermaßen erschreckendes wie alltägliches und faszinierendes Thema.

Erschreckend, weil Meldungen von hungernden und verhungerten Menschen an der Tagesordnung sind, Menschen, für die das Hungern ein passiv zu erdulden-des Schicksal bedeutet.

Alltäglich, weil das willentliche Hungern in der heutigen Zeit in westlichen Kulturen offensichtlich zur Normalität gehört.

Faszinierend schließlich, da das Hungern im Laufe der Geschichte eine bunte Vielfalt von Rollen und Funktionen für die Menschen übernommen hat und auch heute, nach Jahren der intensiven Forschung, noch nicht gänzlich enträtselt ist.

In diesem Beitrag soll der hungernde Körper in unserer Zeit zunächst auf dem Hintergrund seiner langen Geschichte betrachtet werden, um dann auf die Gemeinsamkeiten sowie auf die unterschiedlichen Bezüge und Funktionen des Hungerns gestern und heute eingehen zu können.

Zur geschichtlichen Entwicklung des Fastens

Vandereycken et al. (1990) sowie Habermas (1988) geben in ihren Beiträgen zur Kulturgeschichte der Eßstörungen einen sehr ausführlichen und instruktiven Überblick über die verschiedenen Ziele und Bedeutungen des Fastens im Laufe der Geschichte.

Demnach hat das Fasten in fast allen vorchristlichen und christlichen Kulturen bis hinein ins 15. Jh. einen ausschließlich religiösen Charakter, es steht in engster Verbindung zur Kontrolle übernatürlicher Kräfte, zur Buße und Askese sowie zur Erlangung des Status als Heiliger. Fasten zur Eingrenzung dämonischer Kräfte, die sich über die Nahrung in den Körper einschleichen, spielte in den verschiedensten Kulturen eine Rolle. Sowohl zur Vorbereitung als auch zur Unterstützung bzw.

Bekräftigung religiöser Handlungen sollte der Körper über festgelegte Fastenrituale besonders gereinigt werden, um so die besten Voraussetzungen für das Empfangen höherer Kräfte zu schaffen. Zusammen mit intensiven Gebeten wurde das Fasten als notwendiger und hinreichender Schutz gegen den Einfluß des Teufels gesehen, der ja bezeichnenderweise auch der „*Leibhaftige*“ heißt.

Die Bedeutung des Fastens im Christentum

Auf der Grundlage der christlichen Überzeugung, daß der Mensch im Grunde sündig ist und das Gute auf der Welt eigentlich nicht verdient hat, galt Fasten wiederum als Mittel, sich durch Buße würdig zu erweisen, die Nachfolge Christi antreten zu dürfen.

Im engen Zusammenhang hiermit entwickelte sich innerhalb der christlichen Lehre das Fasten als Methode zur Verwirklichung eines umfassenden Lebensziels, bei dem körperliche und irdische Begierden als überaus verwerflich abgewertet wurden zugunsten eines erhabenen, reinen Geistes. Zurückgehend auf Plato wird der Körper als Gefängnis für die Seele gesehen, welches den Menschen daran hindert, dem Göttlichen gleichzusein. Zu dieser Form der Askese gehörten dann gleichermaßen sexuelle Enthaltbarkeit, Schlafentzug und verschiedene Formen der Selbstkasteiung.

Im Spätmittelalter wiederum wurde ein weiterer Bezug des Fastens deutlich. Während die Kirche einerseits das allgemeine Fasten stark eingeschränkt hatte, nicht zuletzt, weil das Volk immer erfinderischer wurde, die aufgestellten Fastenregeln zu hintergehen, traten einzelne Personen in den Vordergrund, die diese abgelegten Regeln in extremem Ausmaß für sich praktizierten. Vor allem Frauen, die nun stärker am kirchlichen Leben teilnahmen, unterzogen sich selbstauferlegten asketischen Ritualen und hoben sich damit so weit von den anderen ab, daß sie als Heilige galten und entsprechend verehrt wurden.

Interessant ist hierbei, daß - wohl nach anfänglich uneingeschränkter Bewunderung - mit zunehmender Zahl solcher Heiligen auch das Mißtrauen ob der Glaubwürdigkeit der immer wundersameren Enthaltbarkeit wuchs. So wurde die wahre Heiligkeit immer schärfer überprüft, wobei eine Vielzahl der Fastenden tatsächlich als Schwindler überführt werden konnte. Den wahren FASTER glaubte man in demjenigen zu sehen, dessen Fasten unauffällig und im Verborgenen stattfand, im Gegensatz zum theatralischen FASTER, dem man unangebrachte Selbstüberhebung nachsagte.

Insgesamt wurde das Fasten also Ende des 15. Jh. deutlich weniger anerkannt, was nach Vandereycken et al. (1990) nicht zuletzt massive politische Gründe hatte,

da sich die Kirche durch allzuvielen individualisierte Glaubensauffassungen in ihrer Macht bedroht fühlte.

Neben dem Ausdruck von besonderer Reinheit, Unberührtheit und Unabhängigkeit von allem Sündigen, dessen Blütezeit im späten Mittelalter liegt, wurde das Phänomen der langfristigen Nahrungsenthaltung auch zunehmend in Verbindung gebracht mit dämonischen Einflüssen: Die Fastenaskese als Eingebung des Teufels auf der einen Seite, Eßdurchbrüche bei Fastenheiligen als Verführungen desselben auf der anderen Seite.

Der Hexenglaube

Daneben entwickelte sich der Hexenglaube, wobei die Hexen als irdische Handlangerinnen des Teufels betrachtet wurden. Das interessante und erschreckende hierbei ist, daß allein das Gewicht als folgenschweres diagnostisches Kriterium für die Identifizierung einer Hexe herangezogen werden konnte. Stellte man bei der öffentlichen „Waageprobe“ fest, daß das Gewicht der Frau unter dem lag, was man angesichts ihres Körperbaus als angemessen annahm, so wurde sie als Hexe deklariert, was umgehend den Exorzismus auf den Plan rief. Bei diesen Waageproben ging es dann wohl nicht immer mit rechten Dingen zu, die Waagen wurden präpariert bzw. ganz festgeklemmt, so daß es so aussah, als seien die Frauen gänzlich ohne Gewicht. Vermeintliche Hexen hatten dann nur noch die Chance, zur exakt geeichten Hexenwaage nach Holland zu reisen und sich dort ihr adäquates Gewicht von der Stadtverwaltung amtlich bescheinigen zu lassen. Dies galt als Beweis ihrer Unschuld. Daß dieses Thema nicht in die Sparte der Schauer Märchen aus grauer Vorzeit gehört, zeigt die Nachricht vom Tod eines offensichtlich psychotischen und magersüchtigen Mädchens im Jahr 1976 nach langen Ritualen der Teufelsaustreibung, vorgenommen von zwei katholischen Geistlichen und gebilligt von den strenggläubigen Eltern.

Das Phänomen der Wundermädchen kann quasi als Bindeglied zwischen den Fastenheiligen, Besessenen und Hexen von früher und den Magersüchtigen heute betrachtet werden. Berichte von langfristiger Nahrungsenthaltung erregten weiterhin die Aufmerksamkeit der Leute, die hungernden Frauen und Mädchen wurden oft über die Region hinaus bekannt. Sie galten als Attraktion, die u. U. sogar im Reiseführer genannt war, deren Wohnort weiträumig ausgeschildert war, und zu denen es regelrechte Führungen gab. Sowohl diese Wundermädchen selbst als auch deren Angehörige profitierten oft nicht schlecht von dem Besucherstrom, der Geld und Geschenke zurückließ.

Während die Bevölkerung diesen Wunderglauben wohl recht gerne aufrechterhielt, kam es aus medizinischen Kreisen nun - beginnend mit dem 16./17. Jh. - unablässig zu kritischen Überlegungen und Untersuchungen, die dem Phänomen Hungern systematisch den Glanz nahmen und es schließlich als nüchterne, krankhafte Störung deklarierten, die nicht mehr zu mystischen Phantasien anregte.

Die „Hungerkünstler“

Ende des 19. Jh. tritt dann das Phänomen des Hungerstreiks als Mittel des Machtkampfes verstärkt auf, wobei es schon einzelne Beispiele aus früheren Zeiten gibt. Berühmtestes Beispiel des 20. Jh. ist wohl Mahatma Gandhis Hungerstreik in den 30er Jahren zum Zweck der Unabhängigkeit Indiens.

Etwa zur selben Zeit tauchten - vor allem - Männer auf, die nicht für gesellschaftliche oder politische Ziele, sondern zum Zwecke des Amusements für die Allgemeinheit in einen begrenzten Hungerstreik traten. Zu besichtigen waren sie als lebende Gerippe und Hungerkünstler auf Jahrmärkten, im Zirkus o. ä. , wo sie jeweils in Käfigen saßen und rund um die Uhr kontrolliert werden konnten. Im Unterschied zu den einstigen Wundermädchen, deren Motive letztlich im Dunkeln blieben, ging es hier ganz offen um die Zurschaustellung, die meist sogar mit Werbung von einem regelrechten Manager arrangiert wurde. Die Hungerzeiten waren - nicht zuletzt wegen des Mißtrauens der Leute - deutlich kürzer (bis ca. 40 Tage), und es handelte sich in der Regel um Männer, bei denen das Hungern nicht als göttliches Wunder, sondern als außergewöhnliche Leistung, als Kunst, betrachtet wurde. Eine sehr eindrucksvolle Darstellung vom Leben und Niedergang der Hungerkunst findet sich bekanntlich bei Franz Kafka (1922), der sowohl eine historisch genaue Beschreibung des Phänomens liefert als auch erstaunlich tiefgründige Einblicke in die Psychodynamik eines solchen Menschen bietet. Vieles spricht dafür, daß Kafka in diesem Werk seine eigene Magersuchtproblematik verarbeitet hat. Tragisch für diesen Hungerkünstler ist seine Einsicht, daß das, was er als Sinn seines Lebens betrachtet und hochgehalten hat, in der Gesellschaft immer weniger gefragt ist, sich also als wertlos herausstellt. In besonderem Maße tragisch ist diese Erkenntnis, da er eben nicht - wie vorgegeben - das Hungern als Kunst betreibt, von der er sich jederzeit ab- und einer neuen zuwenden könnte, sondern im Hungern gefangen ist. So liegt der Betrug des Hungerkünstlers also nicht im eventuellen heimlichen Essen, sondern darin, daß er:

„seine Not als Tugend, seinen natürlichen Drang als Leistung ausgab“ (zit. n. Vandereycken et al. 1990, S. 110).

So sind dann auch die letzten Worte des Hungerkünstlers auf die Frage seines Wärters, warum er nicht anders könne als hungern,

„Weil ich nicht die Speise finden konnte, die mir schmeckt ... Hätte ich sie gefunden, glaube mir, ich hätte kein Aufsehen gemacht und mich vollgeessen wie du und alle“ (zit. n. Vandereycken et al. 1990, S.109).

Die ersten wissenschaftlichen Erklärungen des Fastens

Gerade die Hungerkünstler, deren Glanz mit dem Aufkommen von neuen Unterhaltungsformen (wie Film und Fernsehen) verblaßte, dienten den an wissenschaftlichen Erklärungen interessierten Ärzten als Studienobjekte zur Klärung der Fragen, 1. wie lange ein Mensch wohl ohne Nahrung auskommen könne, und 2. auf welche körperlichen Prozesse das lange Überleben zurückzuführen sei. Diskutiert wurden bereits im 17. Jh. Zusammenhänge zwischen der beobachteten verringerten Körperausscheidung und der Erhaltung der natürlichen Körperwärme sowie der Wegfall des Hungergefühls durch eine Verdickung der Magensäure, verursacht durch den Verzehr von Äpfeln und Knollen. Weitere Theorien versuchten zu erhellen, wie der Körper allein durch die Aufnahme von Luft und den darin enthaltenen Nährstoffen am Leben erhalten werden könne. In der Haut wurden „offene Mündchen“ vermutet, durch die die Nährstoffe eindringen könnten, „denn schließlich würde man ja auch betrunken, wenn man die Glieder in Branntwein tränke“ (zit. n. Vandereycken et al. 1990, S. 119). Auch C.G. Jung ging 1948 noch von einer Transfusion der Eiweißmoleküle von einem Körper in den anderen aus, die das Überleben ohne Nahrungszufuhr ermöglichen sollte. Trotz der Verschiedenheit der jeweiligen Erklärungsansätze bestand doch Einigkeit darin, daß keine der Theorien ein jahrelanges Fasten erklären konnte, weshalb dies dann einhellig als hysterische Form des Betrugs klassifiziert wurde.

Aber nicht nur das Fasten als Störung, als Symptom fand das Interesse der Medizin, sondern eigentlich von jeher auch das Fasten als Heilmittel bzw. als Mittel zur Prävention von Krankheiten. Zurückgehend auf Hippokrates (4./5. Jh.v.Chr.) wurde die Diätetik mehr oder minder intensiv als Möglichkeit betrachtet, durch „eine Reinigung der Säfte“ sowohl Krankheiten vorzubeugen als auch den Heilungsprozeß bei Krankheiten zu beschleunigen. Regelmäßig durchgeführte Fastenkuren wurden somit als gesundheitserhaltend und lebensverlängernd erkannt, wobei die Popularität dieser Theorie über die Jahrhunderte wechselte.

Mit dem Aufkommen medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten im 18. Jh. ging das Interesse am Fasten deutlich zurück, um dann am Ende des 19. Jh. mit

dem vertieften Wissen über Stoffwechselfvorgänge und Nährstoffe wieder aufzublühen. Unbestritten sind heute sicherlich die vielfältigen positiven Auswirkungen der Ernährung auf die Gesunderhaltung bzw. den Heilungsprozeß verschiedener Erkrankungen (Ernährungsbericht 1988).

Hierzu gehört auch das sinnvoll und kontrolliert eingesetzte Fasten über einen begrenzten Zeitraum (bis zu 40 Tagen), sofern dieses sowohl von reichlicher Flüssigkeitszufuhr, von zusätzlichen Mineralien, Vitaminen und Eiweiß begleitet ist (Ditschuneit u. Wechsler 1981). Daneben wird sog. Heilfasten aber auch zunehmend mißbraucht als Tarnkleid für mehr oder minder schwerwiegende psychische Störungen, wie wir sie in der Anorexie und Bulimie finden.

Somit kommen wir zum hungernden Körper als Krankheitssymptom, welches uns in der heutigen Zeit besonders intensiv beschäftigt. Unter anderen diagnostischen Bezeichnungen wurden die Störungsbilder der Anorexie und Bulimie bereits um 1840 von dem französischen Arzt Fleury Imbert und 1860 von Marcé sehr detailliert beschrieben.

Als eigentliche Entdecker dieser „neuen Krankheit“ gelten jedoch der Engländer William Withey Gull und der Franzose Charles Lasègue, die beide gleichzeitig - aber unabhängig voneinander - zunächst eine Reihe von klinischen Erfahrungen mit hungernden jungen Frauen sammelten und diese Erfahrungen dann im Jahre 1873 unter der Diagnose „hysterische Anorexie“ (Lasègue) bzw. „Anorexia nervosa“ (Gull) veröffentlichten und sich - zumindest von englischer Seite aus - heftig um die „Vaterschaft“ stritten (vgl. Vandereycken et al. 1990).

Im deutschsprachigen Raum fand dieses Krankheitsbild zunächst nur wenig Beachtung, auch Freud erwähnt die Anorexie nur am Rande. Bis nach dem 2. Weltkrieg blieb auch strittig, in welchen wissenschaftlichen Bereich die Anorexie überhaupt einzuordnen sei. Je nach Theorienstand zur Ätiologie tauchte das Syndrom einmal in psychiatrischen, dann aber auch wieder in internistischen Lehrbüchern auf. Erst seit 1945 wird das Störungsbild wieder eindeutig der Psychiatrie zugeordnet.

Einen deutlichen Fortschritt im Verständnis der Zusammenhänge der Störung sowie auch der therapeutischen Einflußnahmemöglichkeiten gab es schließlich mit zwei umfassenden Werken über die Magersucht von Hilde Bruch (1973) und Helmut Thomä (1961). Obwohl es seither zu einer wahren Flut von Forschungsansätzen, Theorien und Überlegungen zu Ursachen und Behandlungsformen gekommen ist, haben beide Abhandlungen bis heute ihre Gültigkeit behalten und zeigen ein sehr umfassendes und einfühlsames Verständnis des Störungsbildes.

Zum Vergleich des hungernden Körpers früher und heute

Die Frage, inwieweit die Fastenheiligen von früher mit unseren magersüchtigen und bulimischen Patientinnen heute vergleichbar sind, kann sicher nicht eindeutig beantwortet werden, da die vorhandenen historischen Fallbeschreibungen hier zu viele Fragen offen lassen und in ihrer Beschreibung zu individuell sind, als daß sich allgemeine Schlußfolgerungen ziehen ließen. Andererseits findet der Kliniker immer wieder Aspekte der früheren Bedeutungen bei den heute hungernden Patienten wieder: Insbesondere magersüchtige Mädchen leben nicht selten in religiös-mystischen Vorstellungen, während bulimische Frauen ihre aggressiven Impulse und Eßdurchbrüche u. U. als dämonische Kraft erleben und verurteilen. Bis zu einem bestimmten Krankheitsstadium gemeinsam ist beiden der gewisse Stolz auf die in unserer Gesellschaft so hochgelobte Hungerkunst und die Angst vor der Symptomaufgabe, da dies die Sinnlosigkeit des bisherigen Lebens dokumentieren würde. Und der Mut zu Fehlern ist bei diesen Patienten in der Regel noch gänzlich unterentwickelt.

Deutlich wird jedoch, daß heute wie damals eine Störung des Selbstgefühls mit einem ausgeprägten Empfinden von Machtlosigkeit im Mittelpunkt des Geschehens steht. Die Ursachen dieser Selbstgefühlsstörung werden bekanntlich von recht unterschiedlichen theoretischen Positionen her diskutiert, wobei überwiegend davon ausgegangen wird, daß hier sowohl die Kognitionen, die Psychodynamik und die systemischen Bezüge einer Person in Wechselwirkung miteinander stehen. Auf der Suche nach einer eigenen Identität und einem Gefühl der Autonomie greifen die Betroffenen auf die Strategie des Hungerns zurück, die - zunächst völlig unabhängig von ihren sehr unterschiedlichen gesellschaftlichen und individuellen Bezügen - aus heute weitgehend bekannten psychophysiologischen Gründen zu denselben beobachtbaren Symptomen (hier Nebenwirkungen genannt), führt. Hierzu zählen die Amenorrhö, Hyperaktivität, Obstipation, die ständige Beschäftigung mit dem Essen, Denkverzerrungen usw.

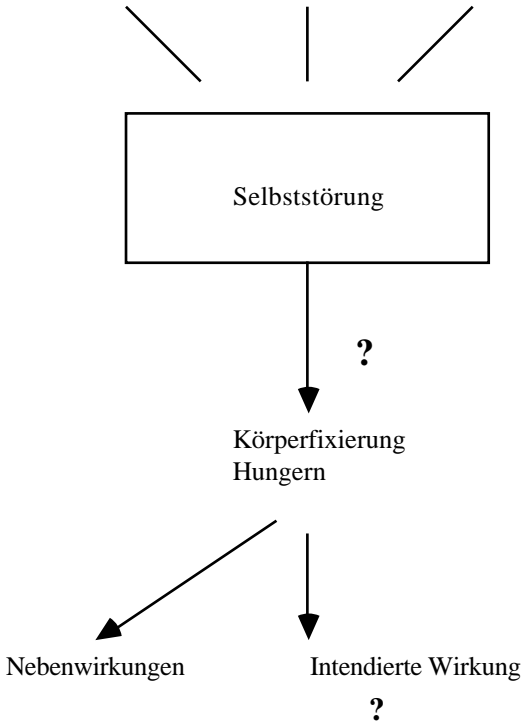


Abb. 1.

Die Antwort auf die Frage, warum nun gerade Hungern als Mittel zur Selbstwertstärkung bzw. Demonstration der Autonomie und Macht eingesetzt wird, dürfte wieder sehr speziell mit dem gesellschaftlichen Hintergrund der jeweiligen Zeit zusammenhängen. Sowohl in diesen Bezügen als auch im Hinblick auf die mehr oder minder bewußt intendierten Ziele des Hungerns dürften sich die Fastenheiligen damals und die Magersüchtigen heute deutlich unterscheiden:

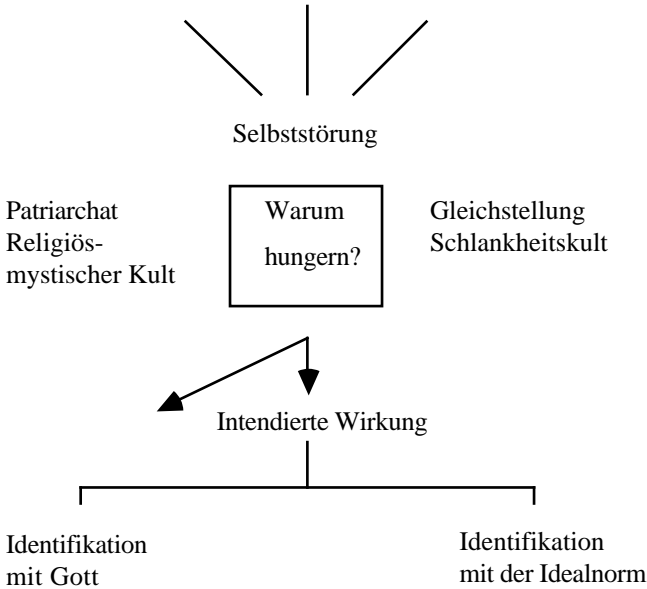


Abb. 2.

Im Rahmen eines religiös-mystischen Kults innerhalb einer streng patriarchalischen Gesellschaft galt die Unabhängigkeit von leiblichen Genüssen als Zeichen der Gottesnähe. Über das Hungern konnten sich die Frauen einerseits mit Gott identifizieren und damit gleichermaßen die Unterwerfung unter das Patriarchat verneinen. Aus heutiger Sicht scheint das verfolgte Ziel also recht eindeutig und interindividuell wenig variabel gewesen zu sein.

Heute, auf dem Wege zur Gleichstellung der Geschlechter, bildet der Schlankheitskult den Hintergrund für die Wahl der Strategie Hungern - mit der Gleichsetzung von weiblicher Schönheit mit Körperkultur und Selbstkontrolle. Auf diesem allgemeinen Hintergrund lassen sich nun eine Vielzahl von sehr unterschiedlichen individuellen, systemischen und gesellschaftlichen Funktionen des Hungerns bzw. des dünnen Körpers identifizieren. Zu den in der Praxis hinlänglich bekannten bewußten oder unbewußten Intentionen gehören der Ausdruck von Klarheit und Entschiedenheit, die Flucht vor dem Mittelmaß, Grenzsetzungen, Zurückweisung von Rollenerwartungen etc.

Als nächstes möchte ich nun auf einige Forschungsergebnisse eingehen, die sich mit der Frage „Warum Schlankheit“ befassen.

Warum Schlankheit ?

Die Idealisierung der Schlankheit nimmt ihren Ursprung in den 20er Jahren und erreicht um 1960 einen ersten Höhepunkt, das Streben nach der sog. „Tubenfigur“ wird zur Massenbewegung. Hauptbetroffene sind Frauen, in deren Selbstwertgefühl und sozialem Erfolg die physische Erscheinung und sexuelle Attraktivität eine zentrale Rolle spielen (Grauer u. Schlottke 1987).

Belege für die ansteigende Bedeutung von Schlankheit liefern Untersuchungen von Garner und Garfinkel (1985), die anhand von regelrechten Vermessungen bei den amerikanischen Playmates des Monats fanden, daß die Figuren im Verlauf der letzten 20 Jahre immer schmäler und das Gewicht immer leichter wurde. Auf der anderen Seite stieg das Durchschnittsgewicht der Frauen im selben Zeitraum ebenso stetig an, d. h. daß sich das kulturelle Ideal immer weiter von der Realität entfernt, wodurch der moralische Druck auf die Frauen steigt.

Es erhebt sich die Frage, welchen Sinn diese ständige Verringerung des Referenzgewichts haben könnte. Garner und Garfinkel (1980) sind der Frage nachgegangen, ob Frauen mit der Unterwerfung unter das Schlankheitsdiktat den Erwartungen der Männer entsprechen.

In einer sehr interessanten Versuchsanordnung wurden männliche und weibliche Probanden befragt

- 1) zur Einschätzung ihrer eigenen Figur,
- 2) zur persönlichen Idealfigur,
- 3) zu den Vorstellungen, welche Figur wohl vom jeweils anderen Geschlecht als attraktiv bewertet wird,
- 4) zur Attraktivität gegengeschlechtlicher Figuren.

Die Ergebnisse zeigen, daß

- 1) Frauen ihr tatsächliches Gewicht in der Regel überschätzen, Männer hingegen realistische Einschätzungen vornehmen,
- 2) Frauen sich ein deutlich niedrigeres Gewicht wünschen als sie aktuell haben, Männer viel häufiger mit der aktuellen Figur zufrieden waren,
- 3) Frauen, die für Männer attraktiv eingeschätzte Figur deutlich unter ihrem eigenen Gewicht ansiedelten, Männer hingegen meinten, Frauen bevorzugen eher stärkere Männerfiguren.

Vergleicht man diese gegenseitigen Vermutungen über die Attraktivität mit den tatsächlich angegebenen Wünschen, so ergibt sich,

3), 4) daß Männer sich Frauen offensichtlich durchaus kurvenreicher wünschen als diese es vermuten oder aber auch selbst als attraktiv ansehen, daß Männer hingegen ihre einzige Fehleinschätzung darin begingen, daß sie meinten, mit mehr Figur für Frauen besonders attraktiv zu sein, während Frauen hier deutlich schmalere Männerfiguren den Vorzug gaben.

Ein sicher interessantes Ergebnis, welches auch noch gegen die Hypothese spricht, daß Frauen mit ihrem Streben nach Schlankheit nur den Erwartungen der Männer entsprechen wollen, ist

2), 3) daß Frauen mit ihren eigenen Wunschvorstellungen bezüglich der Figur noch unter dem liegen, was sie als attraktiv für Männer einschätzten.

Was dann, wenn nicht das Bemühen um Attraktivität für das andere Geschlecht, motiviert zum Hungern und zum Dünnsein? Gordon (1990) geht dieser Frage nach und zitiert zunächst verschiedene Studien, die belegen, daß in den meisten Kulturkreisen Belebtheit mehr Achtung fand als das Dünnsein. Dies hing mit dem Bewußtsein zusammen, daß Wohlstand begrenzt ist. Der belebte Körper galt hier als Symbol für Wohlstand und ausreichende Versorgung, vor allem mit Nahrung. Hier haben sich die Grundlagen in den Industrieländern sicher deutlich verändert, zum einen, da Wohlstand selbstverständlicher geworden ist und zum anderen, da er durch ganz andere Attribute demonstriert werden kann. Hierzu gehört vor allem, wählerisch sein zu können, statt Quantität zählt Qualität, was sich durch phantasievolle Arrangements kleiner Spezialitäten auf großen Tellern ausdrückt.

Ein anderer, vielleicht wichtigerer Aspekt, der von Bedeutung sein dürfte, ist der gesellschaftliche Wert und die Stellung der Mutterschaft. In afrikanischen Gesellschaften wurde der belebte Körper junger Frauen vom ganzen Stamm gefeiert als Zeichen der Fruchtbarkeit und Bereitschaft, Kinder zu gebären, wodurch die jungen Frauen in einen gehobenen Status kamen. In Westeuropa und Amerika hingegen wurde eher das Gegenteil bejubelt, nämlich die Möglichkeit der Kontrolle dieser Fruchtbarkeit und die damit einhergehende Entwicklung der ökonomischen und sexuellen Unabhängigkeit der Frauen. Das Thema der „Kontrolle“ wurde also eng verbunden mit innerer und äußerer Freiheit, die bisherige Festschreibung auf die Mutterrolle war erst einmal „out“. Entsprechend „in“ war dann alles, was den neuen Frauentyp kreieren half, also auch die Demokratisierung der Mode, deren stets wechselnde Vorgaben jedoch schon bald - neben der Verpflichtung zur Selbstkontrolle - zum neuen Korsett wurden.

Seit den 80er Jahren ist nun zu beobachten, daß einerseits das Kinderkriegen wieder mehr geachtet ist, und daß andererseits die Aufklärung über die Gefahren des Dünnseins bzw. des Hungerns zunimmt. Von einer Befreiung aus dem Schlankheitswahn kann jedoch bei weitem noch nicht gesprochen werden, da sich

insgesamt ein sicher nicht weniger gefährlicher Trend durchsetzt mit dem Motto, „Alles ist machbar und formbar“, der Körper ist ganz in der Hand des Body-Buildings.

Eine nicht unerhebliche Rolle spielt hier sicherlich die intellektuelle und berufliche Konkurrenz, die sich zwischen Männern und Frauen entwickelt hat, in die der attraktive kurvenreiche Körper mit den Assoziationen Sexualität und Fruchtbarkeit - aber auch Dummheit - nicht mehr zu passen scheint.

Der eher knabenhafte, geradlinige Frauenkörper kann hier vielleicht als Versuch gewertet werden, die intellektuellen Kompetenzen in den Vordergrund zu rücken. Hierzu paßt dann das zuvor zitierte Ergebnis von Garner und Garfinkel (1980), daß Frauen für sich ein extremeres Attraktivitätsmaß beanspruchen als Männer es von ihnen erwarten.

Eine allgemeine, psychologische Erklärung der zentralen Bedeutung, die insbesondere eßgestörte Patienten dem Körper für die Stabilisierung des Selbstgefühls geben, kommt aus der Sozialpsychologie. Es handelt sich um die empirisch breit geprüfte Theorie der sozialen Vergleichsprozesse von Festinger (1954; vgl. Haisch u. Haisch, 1990).

Diese Theorie macht Aussagen darüber, wie Menschen zu Bewertungen ihrer eigenen Meinungen und Fähigkeiten bzw. innerer Werte kommen. Die zentrale Hypothese beagt, daß solche Selbstbewertungen über den Vergleich mit anderen, im Prinzip ähnlichen Personen vorgenommen werden. Vergleiche und in ihrer Folge Bewertungen von Fähigkeiten und Meinungen werden bevorzugt im Zusammenhang mit physikalischen Dimensionen, d. h. also objektivierbaren oder meßbaren Vergleichsstandards, vorgenommen, weil vor allem diese Sicherheit über die Korrektheit einer Meinung oder Angemessenheit einer Fähigkeit vermitteln können. Erst wenn physikalische Vergleiche fehlen, dann wird der Vergleich mit der sozialen Realität vorgenommen, um Sicherheit zu gewinnen. Sicher und beruhigt ist eine Person dann, wenn die bei sich beobachteten bzw. vermuteten Fähigkeiten und Meinungen mit der sozial oder physikalisch gesetzten Norm übereinstimmt. Zeigen sich Abweichungen, ergeben sich für die hier interessierenden Fähigkeitseinschätzungen verstärkte Bemühungen, den Standard zu erreichen.

Solche Standards bzw. physikalische Vergleichsgrößen für die Selbstbewertung liegen aber ausschließlich für den Körper vor, in Form von Maßen, Gewichten und Konfektionsgrößen. Hier erhält jeder sofort und mit großer Sicherheit Auskunft, inwieweit er/sie als „normal“, „ideal“ oder als „unnormal“ einzustufen ist. In keinem anderen Bereich der Selbstbewertung ist dies so (vermeintlich) eindeutig und einfach zugänglich möglich. Es wundert daher nicht, daß man sich - bei verunsichertem Selbstgefühl - auf diese sehr zuverlässige Quelle der Rückmeldung fixiert.

Der dünne, hungernde Körper ist also in der Lage, sowohl kulturelle, soziale als auch ganz individuelle Konflikte zu „lösen“, wobei der Unterschied zwischen dem „normalen“ Umgang mit dem Hungern und der Entwicklung einer Eßstörung

wohl eher quantitativ als qualitativ sein dürfte. Daß der hungernde Körper auch weiterhin ein Thema sein wird, mag folgende kurze Beschreibung der Mode für das nächste Jahr dokumentieren:

„Wohl den Frauen, die in hautengen Hüllen eine gute Figur machen können. Der neue Trend heißt Bodyfashion und verlangt attraktive Proportionen von der Damenwelt ... Flotter, weiblicher, jünger, so sagen die Fachleute, sei diese Mode. Die Outfits sollen Selbstbewußtsein und Lebensfreude vermitteln ... ” (Schwäbische Zeitung vom 18.2.1991).

Zum Schluß möchte ich noch einmal auf die Frage des Wächters beim Hungerkünstler zurückkommen. Warum er nicht anders könne als hungern, fragt dieser. „Weil ich nicht die Speise finden konnte, die mir schmeckt“, antwortet der Hungerkünstler. Wir wissen von unseren hungernden Patienten, mit wieviel Aufwand und Akribie diese nach der richtigen Speise für sich suchen und sie trotz aller Mühen nicht finden, solange sie glauben, es gäbe nur die eine richtige Speise, solange sie von sich verlangen, alles 100%ig im Griff haben zu müssen, um von außen Anerkennung zu bekommen.

Hiervon aber wird die hungrige Seele nicht satt, sie verlangt beharrlich nach der eigenen Anerkennung, nach einer Versöhnung mit dem eigenen Mittelmaß.

Dies drückt eine Patientin, die die ersten Schritte zur Aufgabe der Hungerkunst bereits gegangen ist, mit folgenden Worten aus:

Mut

zur Kleinheit - Gleichheit - zur mittelmäßigen Durchschnittlichkeit - zum Schwimmen im Strom - zum Untergehen beim Bad in der Menge - zur Unbedeutsamkeit - zur DeMut

Mut zum

Menschwerden

Menschbleiben

Menschsein im

Dasein

Literatur

- Bruch H (1973) Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. Basic Books, New York
- Ditschuneit H, Wechsler JG (1981) Das modifizierte Fasten. Witzstrock, Baden-Baden
- Ernährungsbericht (1988) In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg), Frankfurt aM
- Festinger L (1954) A theory of social comparison processes. Human Relations 7: 117-140
- Garner D, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M (1980) Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports 47: 483-491
- Garner D, Garfinkel PE (1985) Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia. Guilford, New York
- Gordon RA (1990) Anorexia and bulimia. Blackwell, Cambridge
- Grauer A, Schlottke PF (1987) Muß der Speck weg? Deutscher Taschenbuchverlag, München
- Habermas T (1988) Historische Bedingungen der Bulimia Nervosa. Dissertation, Universität Düsseldorf
- Haisch J, Haisch I (1990) Gesundheitspsychologie als Sozialpsychologie: Das Beispiel der Theorie sozialer Vergleichsprozesse. Psychol Rundschau 41 : 25-36
- Thomä H (1961) Anorexia Nervosa. Klett, Stuttgart
- Vandereycken W, Van Deth, R, Meermann R (1990) Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Biermann, Zülpich

Atemtherapie

Hubert Krizan

Atemtherapie wird heute innerhalb der Kranken- und Heilgymnastik in Privatpraxen, Kliniken und Kurkliniken angeboten. Ein Ziel dieser Arbeit ist es, den sog. „Fehl atmern“ wieder das richtige Atmen beizubringen. Andererseits wird Atemtherapie in der Behandlung von Krankheiten eingesetzt mit dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit, so z. B. bei Atemwegserkrankungen wie Bronchialasthma und Lungenemphysem, bei Herz- und Kreislaufstörungen, Bandscheibenschäden, stimmlicher Insuffizienz usw.

Dieser Bereich der Atemtherapie beschäftigt sich vornehmlich mit vorhandenen Krankheiten und entsprechenden Heilungsversuchen, einschließlich Prophylaxe, Regeneration und Rehabilitation.

Die Atemschulen der AfA

Neben diesem Teilbereich „Atemtherapie“ innerhalb der Ausbildung „Krankengymnastik“ wurden im Laufe der Zeit mehrere Ausbildungsstätten für Atemtherapeuten und Atemlehrer gegründet. Diese sind seit 1960 in einem Dachverband mit der Bezeichnung „Arbeitsgemeinschaft für Atempflege e.V“ (AfA) zusammengeschlossen, dem mittlerweile 19 Institute angehören, von denen sechs als *Ausbildungsstätten* anerkannt sind:

- Atemschule Wolf in Brugg / Schweiz,
- Gerda-Alexander-Schule in Osterode am Harz,
- Institut für Atemlehre, Forschung und Praxis in München,
- Lehrinstitut für Atempflege und Atemmassage in Freudenstadt,
- Schule Schlawffhorst-Andersen für Atmung und Stimme in Bad Nenndorf,
- Schule für Personale Therapie in München.

Als weitere Ausbildungsstätten möchte ich noch die beiden Middendorf-Institute erwähnen, die nicht mehr der AfA angehören, da sie einen eigenen Berufsverband anstreben:

- Ilse-Middendorf-Institut für den „Erfahrbaren Atem“ in Berlin,
- Institut für Atemtherapie, Atemunterricht und Ganzheitliches Heilen in Beerfelden-Falken-Gesäß.

An diesen Schulen wird Atemtherapie als eigenständige Therapieform gelehrt. Die einzelnen Schulen differieren z. T. erheblich in ihren Auffassungen und Lehrweisen, finden sich aber in der Zielsetzung, nämlich im Bemühen um den ganzen Menschen wieder. Gemeinsam ist ihnen das Erkennen der Atembewegung als einer lebendigen Urbewegung, das Wissen um die Möglichkeit, die ins Stocken geratenen Energien wieder in Fluß zu bringen sowie das Vertrauen in die ordnende, regenerierende und heilende Kraft des Atems. Unterschiedliche Auffassung besteht darüber, ob der Atem selbst im Mittelpunkt der Übung stehen darf; die Beachtung des Atems gehört in einigen Schulen grundlegend zur Arbeitsweise, wird aber von anderen Schulen als Eingriff in ein sich autonom vollziehendes Geschehen abgelehnt.

Übereinstimmendes Grundverständnis

Den Lehrweisen der verschiedenen Atemschulen liegt die Auffassung zugrunde, daß es - genauer betrachtet - keinen Menschen gibt, der „verkehrt“ atmet, obwohl wir natürlich feststellen können, daß beispielsweise die Atemfrequenz, Atemamplitude, das Atemausbreitungsgebiet, also die meßbaren Parameter des Atems nach unseren wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht in Ordnung sind. Auch die Tatsache, daß durch eingeschränkte Atembewegung der Stoffwechsel, der Kreislauf und Lymphstrom, die Drüsenfunktionen, das harmonische Zusammenspiel aller Organe negative Auswirkungen zeigen, kann nicht zu dem Schluß führen, daß das „falsche Atmen“ die Ursache sei.

Der Atem verhält sich in jedem Augenblick entsprechend unserer momentanen Situation, d. h. jeder Gedanke, jedes Gefühl, auch jede Außen- und Innenwahrnehmung verändert sofort den Atem. Das Atemverhalten ist sehr spontan, variabel und individuell und zeigt an, wie der Mensch zu sich und zu seiner Umwelt in Beziehung steht: so wie der Mensch gestimmt ist, in welcher Weise er den Anforderungen seiner Umwelt begegnet - oder denen seiner Innenwelt entspricht - wie er „lebt und lebt“, so atmet er auch.

Atemverhalten steht somit in engster Beziehung zur körperlich-seelisch-geistigen Gesamtsituation, und die Fehlformen des Atmens zeigen sich als Störung des psychosomatischen Gleichgewichts.

Auch das veränderte Bewußtsein im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit hat die Entwicklung der Atemtherapie beeinflusst. In allen wissenschaftlichen Disziplinen haben Forschungsergebnisse zum Umdenken und zur Neuorientierung aufgerufen. In der Medizin führten Erkenntnisse zur Einsicht, daß Gesundheit nicht mehr auf eine mechanische Funktion reduziert werden kann, sondern daß sie auf komplexen Wechselwirkungen von körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Aspekten beruht. Immer mehr verbreitete sich auch die Einsicht der „Sinnhaftigkeit“ von Krankheiten. Diese wurden als „Informationsträger“ erkannt mit der Möglichkeit, bei entsprechender fragender Hinwendung etwas über uns selbst zu erfahren, über die Situation, in der wir uns befinden, oder auch über den nächsten Schritt, der getan werden will im Verlauf unserer Entwicklung.

Die Grunderfahrung vom Atem als Ausdruck einer zuständigen psychosomatischen Realität sowie die Grundauffassung von Gesundheit und Krankheit führten folgerichtig zu dem Anliegen, den Menschen als Ganzes in den Mittelpunkt atemtherapeutischer Behandlung zu stellen und nicht primär seine Erkrankung oder Symptomatik. Dabei sind erstaunliche Erfolge in der Behandlung von Menschen mit verschiedensten Krankheiten zu verzeichnen, obwohl über Atem- und Leibtherapie „lediglich“ harmonisierend und ordnend, sammelnd und substanzbildend an der Reifung der Person gearbeitet wird .

Die Arbeitsweise der Schule Schlaffhorst-Andersen

Clara Schlaffhorst (1863 - 1945) und Hedwig Andersen (1866 - 1957) erforschten die Wechselwirkungen von Atmung, Bewegung und Stimme und entdeckten dabei, daß sich Atem und Stimme in einer sehr heilsamen Weise ergänzen und voneinander abhängen.

„Wir sind im Laufe der Jahre mit Staunen und wachsender Ehrfurcht gewahr geworden, daß es hier nicht nur eine technische Frage zu lösen galt, sondern daß wir uns plötzlich im Mittelpunkt der ganzen menschlichen Wesenheit befanden. Wir erlebten bei uns und unseren Schülern Umsturz auf allen Gebieten: alte eingewurzelte Leiden verschwanden, Anklänge an längst überwunden geglaubte Zustände tauchten auf, unerhörte Reinigungsprozesse wurden durchgemacht. Wir merkten bald, daß es keine harmlose Aufgabe war, die Atmung der Menschen in Ordnung zu bringen, sondern daß wir damit immer an den innersten Wesenskern rührten“ (Schlaffhorst u. Andersen 1928).

Diese Erfahrung, daß die Arbeit am Atem den Menschen in seiner innersten Substanz anspricht, bewegt und wandelt, läßt sich nur sehr schwer - wenn überhaupt - über das Wort vermitteln.

Ich möchte deshalb über einfache grundsätzliche Übungsweisen berichten, die, geduldig über längere Zeit geübt, uns an jene Schwelle führen können, an der wir uns selbst begegnen und in der Rückverbindung an Ursprung und Wesen Heilung finden können.

Grundlage der Arbeit ist es, wieder zum natürlichen Atemrhythmus zurückzufinden, der sich in drei Phasen vollzieht: Einatem - Ausatem - Atempause. Diese rhythmische Atembewegung wird in Verbindung mit den Bewegungsrhythmen der Atemorgane Zwerchfell - Lunge - Stimme geübt und zwar so, daß die äußeren Körperbewegungen die Organbewegungen aktivieren.

Das Zwerchfell liegt in Höhe der unteren bis mittleren Rippen, es teilt den Leib in Form einer Doppelkoppel in ein unten und oben und verbindet zwischen dunkel und hell, unbewußt und bewußt, Erde und Himmel. Beim Atmen schwingt es normalerweise ca. 8 cm auf und ab, wobei alle Organe kräftig durchmassiert werden.

Unterhalb des Zwerchfells befinden sich Leber, Milz, Nieren, Magen, Darm, Geschlechtsorgane, oberhalb des Zwerchfells Lunge und Herz. Dies ist ein bedeutender gesundheitlicher Aspekt der Atmung. Bei vielen Menschen werden heute nur Amplituden von 2 - 3 cm festgestellt. Die Folgen dieses auftretenden Defizits finden Sie täglich in Arztpraxen: Herz- und Kreislaufschwäche, Wirbelsäulenschäden, Kraft- und Lustlosigkeit sowie alle Streßfaktoren mit ihren gesundheitlichen Auswirkungen. An dieser Stelle setzen die Atemübungen der Schule Schlawhast Andersen an: Es sind rhythmische Bewegungen zur Belebung der Atem- und Organfunktionen.

Das Üben im Bewegungsrhythmus des Zwerchfells

Beim Einatmen zieht sich das Zwerchfell nach unten hin zusammen und flacht sich ab - beim Ausatmen steigt es - und bewegt sich nach oben, in der Atempause schwingt es in der Lockerheit. Diesem Bewegungsrhythmus entsprechen folgende Körperbewegungen: Heranholen des Armes zum Körper = Zusammenziehen = Einatmung - Wegschieben des Armes in den Raum = Streckung = Ausatmung, danach Phase der Bewegungsruhe in der Lockerheit = Atempause. Das gleiche gilt auch für Beinbewegungen.

Arme und Beine können auch gemeinsam in diesem Rhythmus bewegt werden. Nach einiger Zeit des Übens teilt sich die äußere Körperbewegung dem Zwerchfell mit, das an einer deutlich kräftigeren Zwerchfellbewegung erkennbar wird.

Verstärkt wird diese Wirkung noch durch Hinzunahme von Strömungskonsonanten (*f, pf, s, sch, ch*), wodurch der Ausatem verlängert und der nachfolgende Einatem auf natürliche Weise vertieft wird.

Das Üben im Bewegungsrhythmus der Lunge

Die Lunge wird im Einatmen durch eine große Dreh-Spreiz-Bewegung des Rippenkorbs geweitet und gedehnt. Im Einatmen werden also Bewegungen geübt, die die Weitung der Lunge unterstützen:

Heben des Armes in Richtung Decke = Lungenweitung = Einatmung - Zurückführen des Armes = Zusammenziehung der Lunge = Ausatmung, danach Phase der Bewegungsruhe in der Lockerheit = Atempause. Als kleine Bewegungen beginnend, entfalten sich diese mit zunehmender Atemkraft bis zu großen vitalen Bewegungen.

Diese Zwerchfell- und Lungenübungen werden im Liegen, im Sitzen oder im Stehen, mit dem ganzen Körper oder nur mit einzelnen Körperteilen geübt. Je nach Bedürfnis werden mehr die Zwerchfell- oder Lungenbewegungen betont, so daß der Atem wieder frei fließen kann. Meist erlebt sich der Übende danach mehr in seiner Mitte gesammelt, ruhiger, gelassener, kraftvoller, wacher in seinen Sinnen und im ganzen „durchlässiger“.

Das „Schwingen“

Aus diesen rhythmischen Bewegungen wurde das „Schwingen“ als charakteristische Bewegungstherapie der Schule Schlawffhorst-Andersen entwickelt.

Der Therapeut spürt dabei sehr genau, wo der Atem frei fließen kann, und wo er blockiert ist. Entsprechend variiert er das Bewegungsspiel so, daß sich Fehlspannungen im ganzen Körper ausgleichen und der Atem sich freier ausbreiten kann.

Atmung und Stimme

Der bedeutendste Unterschied zu anderen Atemschulen besteht in der therapeutischen Anwendung der Stimme.

Die Stimme ist zum einen die akustisch wahrnehmbare Aussage beim Sprechen und Singen, zum andern aber auch das Organ selbst, an welchem diese Tonerzeugung stattfindet: Die Stimmlippen mit den Stimmbändern. Sie liegen horizontal im Kehlkopf und bewegen sich in Übereinstimmung mit Zwerchfell und Lunge. Beim Einatmen öffnen sie sich, und die Atemluft kann unbehindert einströmen. Beim Ausatmen schließen sie sich so weit, daß die Atemluft noch frei ausströmen kann. Bei der Phonation schließen sie sich dicht und geben in Verbindung mit dem Ausatem durch Schwingung den Stimmklang frei. Schlaffhorst und Andersen haben die Wirkung der Vokale, Konsonanten und Klänge auf die Atemorgane erforscht und dabei interessante Erfahrungen gemacht. Vier Beispiele sollen das verdeutlichen:

- Ein tönendes „U“ bewirkt am Zwerchfell Einatemtendenz bei gleichzeitiger Lungendehnung und lockerer Schwingung am Stimmorgan. Eine Übung mit Betonung des „U“-Klangs, oder Sprechimpulse mit einer Häufung des Vokals „U“ führen zu einer Atembetonung in Richtung Bauch-Becken-Raum, in den sich der Patient dann besser niederlassen, ihn als seinen eigenen Lebensraum neu entdecken und in sein Körperbild integrieren kann.

- Der Vokal „I“ bewirkt im Zwerchfell Ausatemtendenz, veranlaßt die Lunge zu verstärkter Luftabgabe und zeigt an der Stimme ein hohes Maß punktueller Spannungsverdichtung. Bei der Behandlung von Asthmatikern beispielsweise zeigt sich, daß Sprech- und Singübungen mit Betonung des Vokals „I“ die Ausatmung der Lunge fördern und zur Entkrampfung des Lungen- und Brustraums führen.

- Beim Vokal „A“ schwingen Zwerchfell und Lunge locker, während die Stimme optimale Längenspannung erfährt. Mit Hilfe des tönenden Vokals „A“ kann die sog. „lange Stimme“ geübt werden; das bedeutet verbesserten Stimmschluß auf der gesamten Stimmlänge, besonders intensive Wirkung auf die nachfolgenden Atemimpulse von Zwerchfell und Lunge und ein Höchstmaß an Kräftigung und Belebung aller Organe, was sich in Wachheit, Lebensfreude und Lebenskraft äußern kann .

- Beim Tönen auf verschiedenen Tonhöhen wird ja nach Frequenz ein anderer Bereich der Stimmlippen gezielt angesprochen, durchblutet und tonisiert. Das hat zur therapeutischen Nutzung der „Septime“ geführt. Die Sieben-Ton-Reihe schwingt auf der Stimme gesetzmäßig von hinten nach vorne, und zwar so, daß der Ton „g“ eine

Schwingungsverdichtung am hintersten Teil der Stimme bewirkt, die weiteren Töne „a, h, c, d, e“ punktuell nach vorn weiterschwingen und der Ton „f“ am vordersten Teil des Stimmbandes liegt.

So können bei den in Sprechberufen häufig auftretenden „Stimmbandknötchen“ durch Summen auf bestimmten Tonhöhen die belasteten Organstellen exakt mit Stimmschwingungen durchlebt und geheilt werden.

Bei diesem Ansatz der Atem- und Stimmarbeit erlebt sich der Patient atmend, bewegend und klingend in seiner psychosomatischen Situation, erfährt dabei meist auch etwas darüber, was zu seiner Symptombildung geführt hat, kann die krankmachenden Lebens- und Verhaltensweisen erkennen und versuchen, nach und nach sein Leben in einer ihm gemäßen Weise zu leben. So findet er sich in einem Prozeß wieder, der ihn über die Symptombehandlung hinaus bewußt an seinem Wachstums- und Wandlungsprozeß teilhaben läßt, und bei welchem er Verantwortung übernehmen kann für das, was an ihm, in ihm und durch ihn selbst geschieht.

Die Arbeitsweise der Ilse-Middendorff-Schulen

Der „Erfahrbare Atem“

Ilse Middendorff entwickelte die Atemarbeit von Cornelius Veening weiter und baute sie zu einem umfassenden Lehrsystem aus.

Es wird unterschieden zwischen dem *willkürlichen Atem*, den wir bewußt steuern, dem *unbewußten Atem*, der uns auch ohne unsere Beachtung geschieht und dem *erfahrbaren Atem*, der im wesentlichen getragen wird von der Anwesenheit meiner selbst im Atemvorgang. Der Schlüssel für diese Arbeit heißt:

Wir lassen den Atem kommen - Wir lassen ihn gehen - und warten, bis er von selbst wiederkommt.

Wenn es uns gelingt, diesen Atemrhythmus bewußt zu erleben, werden wir Zeuge unserer unbewußten Atembewegung, ohne deren Ablauf zu stören. Dabei spielt das Wort „lassen“ eine große Rolle. Es beinhaltet auch das „Sich-niederlassen“, „Sich-einlassen“, das „Loslassen“ und „Zulassen“. „Gelassenheit“ bedeutet, uns im Vertrauen einzulassen auf das, was uns im Augenblick zukommt. Es ist die Grundlage, auf der alles weitere aufbaut - es ist auch die Voraussetzung zur Arbeit am „Erfahrbaren Atem“.

Hingabe und Achtsamkeit

Atmen heißt leben - dem Atem lauschen heißt dem Leben lauschen, sich ganz vorbehaltlos hingeben dem ruhigen Da-Sein, der Stille, der Bewegung, sich sammeln auf das, was ist - und nicht denken, was sein sollte - und mit empfangender Achtsamkeit wahrnehmen, was mir geschieht, was mir zukommt, was sich verändert in mir.

Es ist ein Sich-Einlassen auf eine Innenwahrnehmung, und es entsteht ein Dialog zwischen mir als Wahrnehmendem und dem Wahrgenommenen, ein *inneres Gespräch*. Vielleicht kommen Worte dazu, vielleicht bleibt es ein Selbstgespräch ohne Worte - in Bildern, in fließenden Wahrnehmungen .

Wir können dabei unseren Leib als unsere konkrete Wirklichkeit erspüren, und er sagt uns etwas darüber, wie wir da sind, was es für uns bedeutet, daß wir uns jetzt - hier - so - wahrnehmen.

Hingabe und Achtsamkeit sind die beiden Seelenqualitäten, die uns ermöglichen, etwas über uns zu erfahren. Stellen Sie sich bitte vor, Sie sitzen mit einer Gruppe von Menschen in einem Kreis auf Hockern:

„Wie empfinden Sie die Füße auf dem Grund, auf dem Sie stehen - gibt er Halt - können Sie sich dem Boden anvertrauen - sich von ihm tragen lassen?“

Es sind Fragen nach dem eigenen Standort und Stehvermögen, nach der Standfestigkeit und dem Vertrauen zu „Mutter Erde“.

„Wie sitzen Sie auf Ihrem Hocker - spüren Sie die Sitzfläche, können Sie sich in Ihrem Becken niederlassen - den Bauch-Beckenraum wie ein Gefäß, wie eine oben geöffnete Schale empfinden, aus deren erdbezogenem Schwerpunkt Ihre Aufrichtung aufwächst?“

„Wie richtet sich Ihre Wirbelsäule auf - ist da eine Strebung, die, ähnlich dem Wachsen von Pflanzen, aus dem dunklen Wurzelraum aufsteigt zum Licht, bis zum Scheitel und darüber hinaus?“

Sein Gleichgewicht suchen - immer wieder neu - es hat keinen Bestand. Beweglichkeit, Stabilität, Orientierung im Raum - das gibt mir Halt jetzt - hier - und in der Welt.

„Was macht Ihr Atem - wie bewegt er sich in Ihrem Leib - das Weitwerden im Einatmen - das Schmalwerden im Ausatmen - die Ruhe danach?“ „Fließen lassen - der Atem sucht sich seinen Weg selbst wie ein Fluß - wohin mag er sich jetzt ausbreiten? Den Atem kommen lassen - ihn wieder gehen lassen - und warten, bis er von selbst wiederkommt: es ist immer wieder die Formel für den *Erfahrbaren Atem*.“

Sammeln - Empfinden - Atmen

Umschließen sich körperliche und seelische Vorgänge zu einer Einheit, erfahren wir uns als Leib, der wir sind - im Gegensatz zum Körper, den wir haben. Das Leibliche offenbart sich uns als Verdichtung von Wesenskräften und Ich-Kräften. Das können wir aber erst erfahren, wenn wir bewußt in unserem Leib anwesend sind. Dies wird geübt durch: Sammeln - Empfinden - Atmen. Sammeln wir uns in eine bestimmte Leibgegend und sind dort anwesend, so können wir diesen Leibraum klarer empfinden, und die Atembewegung wird deutlicher und umfangreicher. Mit Hilfe von Dehnungen und atemanregenden Bewegungen wird das Empfindungsbewußtsein für den Atem entwickelt. Über die Wahrnehmung der Atembewegung empfinden wir unseren Leib raumhaft, können uns ühend drei Hauptatemräume erschließen und die Verschiedenartigkeit dieser Räume erfahren.

Der untere Atemraum. Er umfaßt Becken, Beine und Füße und lebt als Fundament unserer Leiblichkeit aus der Erdkraft. Wir können ihn als tragenden Grund, warm, bergend, schützend, auch treibend und impulshaft erleben, als Raum der Triebe und unserer körperlichen Fruchtbarkeit. Aus ihm steigt unsere Lebenskraft auf und speist uns ganzheitlich (Middendorf 1984).

Der mittlere Atemraum. Er umfaßt die Leibgegend zwischen Nabel und mittlerem Brustkorb. Es ist der Raum, in dem sich das Zwerchfell bewegt. In ihm liegt unsere zentrale Mitte, in der wir uns in Ruhe sammeln können, und aus der wir kraft unserer Substanz als Person leben. Es ist der Raum des Austauschs zwischen Innen und Außen, zwischen mir und der Welt, der Raum, aus dem heraus ich persönlich dem Du begegne.

Der obere Atemraum. Er umfaßt Schultergürtel, Hals, Kopf, Arme und Hände. In ihm empfinden wir viel zarter und sanfter, nehmen mit all unseren Sinnen Eindrücke auf und entfalten unsere seelisch-geistigen Bewußtseinskräfte (Middendorf). Die Kräfte des oberen Atemraums strömen dem unteren Raum zu, verbinden sich mit den aufsteigenden Kräften und fließen aus unserer persönlichen Mitte - dem Raum unseres Herzens - in die Begegnung.

Sind die drei Atemräume gründlich erarbeitet worden, können wir uns an die sich in diesen Räumen sammelnde Atemkraft anschließen und ihr im Ausatmen *Gestalt und Richtung* geben. Die Fülle des Einatems wandelt sich im Ausatem zu einer strömenden Kraft, die unsere Lebensäußerungen speist, sei es, daß sie in eine Bewegung oder Tätigkeit einfließt, in ein Gespräch, oder mich innerlich zur Leibgestalt ausformt, in der ich in der Ruhe nach dem Ausatmen den transzendenten Zustand des Seins erfahren kann (Atemmeditation) .

Atembewegung und *Bewegung aus dem Atem* lassen Innenraum und Außenraum entstehen. Wir finden Halt im Zentrum unseres Innenraums, in der Substanz unserer atmenden Mitte und können entsprechend unseren Ich- und Wesenskräften die Grenzen unseres Außenraums erweitern, ohne uns im Außen zu verlieren. Innenraum und Außenraum entsprechen einander, und wir können deren Einheit spüren.

Atembehandlung

In der Atembehandlung ist es noch gezielter möglich, den Patienten auf dem Weg seiner persönlichen Reifung zu begleiten.

Die Hand des Therapeuten berührt, hält, streichelt, wärmt - und lockt den Patienten geduldig in seine Leibräume, die vielleicht schon lange, abgetrennt von seiner Lebendigkeit, brachliegen, oft gar nicht mehr empfunden werden können, sich tot, abgeschnitten oder nicht dazugehörig anfühlen; auch der Atem hat sich daraus zurückgezogen. Es geht darum, diese isolierten Körperbereiche wieder zu beleben und zu integrieren - mit allem, was sich dabei an seelischen Wahrnehmungen und geistigen Einsichten meldet. Vielleicht melden sich durchlittenes Leid, Traumen aus früher Kindheit, Ängste des Verlassenseins, des Ungeborgenseins, Gefühle von vergeudeten Lebensjahren oder Sinnlosigkeit und können atmend in der Mitte eingebunden werden. Häufig sind es auch Erfahrungen aus der vorsprachlichen Zeit, die noch gar nicht verbalisiert werden können und wollen. Vielleicht ergeben sich im Lauf der Zeit Möglichkeiten, das bisher Unaussprechliche auszusprechen und anzuvertrauen.

In jedem Fall ereignet sich Wandlung. Sie wird sichtbar in sich ausbreitenden Atembewegungen und sich ausgestaltenden Atemräumen, in einer Gesamtausstrahlung, die erkennen läßt, daß sich etwas Wesentliches ereignet. Das geschieht meist in der Stille, im Verborgenen. Es sind Initiationen, in welchen der Patient sich für das „Geheime“ öffnen kann, das in ihm lebt und nach Erlösung drängt. Die Hand des Therapeuten wird dabei aus einem tieferen Angeschlossensein an das, was sich gegenwärtig ereignet, von der Intuition geleitet. Es ist aber nicht unsicheres Suchen, sondern lebt aus klarem, wachem Bewußtsein. Wahrnehmung aller körperlicher Veränderungen und seelischer Regungen sowie empathisches Mitleben fordern eine von eigenen Belangen freie therapeutische Begegnung.

Der Atem bindet das Vergangene ein, bereitet das Kommende vor und gestaltet uns ganz im Gegenwärtigen. Der Moment dieses Werdens ist der Augenblick, in dem ich meiner selbst bewußt bin im „Erfahrbaren Atem“. Im Sammeln-Empfinden-Atmen bilden sich Substanz und wesenhafte Ich-Kraft.

„Der Erfahrbare Atem“ ist durch die Anwesenheit meiner selbst ein bedeutender Schritt in die Verantwortung und verlangt, daß sich der Mensch entscheidet und bereit ist, sich zu entwickeln, sich zu heilen und sich zum Wesentlichen hin zu öffnen. Die Wahrnehmung der Atembewegung, die hier in direkter Verbindung mit der Empfindung steht, ist unerbittlich und verlangt, daß ich mich stelle: Sie verlangt meine innere Antwort. Ich werde also in der gesamten Persönlichkeit gefordert. *Am Leitseil des Atems* wächst das Leibliche zum Seelischen und Geistigen, so daß eine Mitte entsteht, die Ego und Wesen umschließt zu einer neuen Ich-Kraft, die gleichzeitig Substanz und Verwirklichung ist“ (Middendorf 1984).

Die Arbeitsweise des Instituts für Atempflege und Atemmassage

Die Atemarbeit in der Psychotonik

Abschließend anhand der Kei-Raku-Darstellung ein kurzer Einblick in die Arbeitsweise des Lehrinstituts für Atempflege und Atemmassage von Glaser. Dieses Institut, wie auch die Eutonie-Schulen Gerda Alexander, Hannelore Scharing u. a., legt großen Wert darauf, die Aufmerksamkeit des Patienten *nicht* auf den Atem zu lenken. *Indirekte* Atembeeinflussung erfolgt über Tonusveränderung, durch Empfindungs- und Wahrnehmungsarbeit sowie durch „Modifikation des motorischen, kommunikativen, emotionellen und ethischen Verhaltens“ (Glaser 1990).

Glaser suchte nach Interpretationsmöglichkeiten, der in der Atem- und Eutoniepraxis auftretenden Phänomene. Mit Hilfe pneumographischer Aufzeichnungen ist es ihm gelungen, die wechselseitige Bedingtheit von Atemverhalten und intentionalem Umweltbezug nachzuweisen. Alle Atemreaktionen spiegeln dabei die Art und Weise der Auseinandersetzung und des „In-der-Welt-Seins“ des Menschen wider. Dabei wird die Verknüpfung von Lebensgefühl und intentionaler Einstellung im Atemverhalten sichtbar.

Drei verschiedene Begegnungsweisen

Zum Verständnis des Nachfolgenden beschreibe ich kurz drei der häufigsten Begegnungsweisen des Menschen, deren auftretende Phänomene Glaser ebenfalls von der Sensomotorik her interpretieren konnte. Die Verhaltensweisen selbst sind

von prä- und postnatalen Erfahrungen geprägt, bestimmen Art und Qualität der Begegnung und sind auch bestimmend für das Gelingen oder Nichtgelingen befriedigender und lustbetonter Lebensgestaltung.

Fluchtverhalten. Der Mensch entzieht sich den Anforderungen der Umwelt. Es zeigt sich weiche, sehr nachgiebige und kraftlose Muskulatur, Engegefühl und reduzierte Atembewegung mit Ausatemtendenz.

Abwehrverhalten. Der Mensch stemmt sich mit Härte gegen das, was auf ihn zukommt. Es zeigt sich hartes, unelastisches Muskelgewebe, Engegefühl, bei dem sich der Mensch wie in einem Panzer gefangen erlebt, hoher Energieverbrauch bei wenig Leistung und sehr verhaltener bis stockender Atem.

Natürliches Begegnungsverhalten. Der Mensch begegnet seiner Umwelt unvoreingenommen offen, vermag seine eigenen Bedürfnisse mit denen der anderen abzustimmen und verhält sich den gegebenen Situationen gemäß flexibel. Es zeigt sich elastisch-kraftvolle Muskulatur, die den Einwirkungen von außen geschmeidig und abfedernd begegnet. Der Atem reagiert jeweils entsprechend den Anforderungen, die biologische Homöostase wird dabei nicht gestört.

- Erschlafftes Gewebe oder ein hoher Grad von partieller Muskelspannung zeigt sich bei Flucht oder Abwehrverhalten, verbunden mit den meßbaren Fehlformen des Atems, dem Gefühl von Einengung und mühsamer, unbefriedigender Lebensbewältigung.

- Elastisch-reagibles Gewebe deutet auf positive, bejahende Auseinandersetzung mit der Umwelt hin. Die Energien werden fließend empfunden, der Atem steht in jedem Moment in notwendiger Fülle und Kraft zur Verfügung und ermöglicht lustbetonte, mühelose Bewältigung der Lebensanforderungen. Eutone Begegnungsweise wird zur natürlichen, die Entwicklung fördernden Begegnungsweise, die immer mit der Hinwendung auf ein lebendiges Objekt verbunden ist, dabei spürt der Mensch über seine Körpergrenze hinaus (*Transsensensus*) und dehnt sich seinem Bezugsobjekt entgegen (*Obtentus*). Eine solche Zuwendungs- oder Hinwendungsbewegung vollzieht sich über eine Lösungsdirektive auf der Basis einer vorausgegangenen allgemeinen Tonisierung der Muskulatur. Dies ereignet sich durch Alpha-Hemmung auf der Objektseite, mit reziproker Alpha-Aktivität auf der Gegenseite. Der Leibraum erfährt Lösung und Weite, der Atem wird dabei freier, leichter und umfangreicher erlebt. Dieser Vorgang der intentionalen Objektbeziehung vermittelt uns Freiheit im Atmen und Bewegen, wie auch psychophysische Stabilität und Elastizität. Da die schulmedizinisch-wissenschaftliche Forschung bisher meist nur die Kontraktionsschaltungen

der Bewegung erforscht hat, werden dabei immer nur Erfahrungen mit muskulärer Abwehr und Fluchtreaktion, nicht aber mit den Mustern der Zuwendungs- und Intentionbewegungen gemacht. Diese finden ausschließlich in muskulären Lösungsvorgängen - also bei Alpha-Hemmung statt. Daß sich natürliche und gesunde Bewegung durch Intentionalität auszeichnet, die auch wesentlicher Faktor für Gesundungsprozesse bei Erkrankungen im Atem- und Bewegungsbereich ist, kann zwar im Labor nicht nachgewiesen werden, wird aber durch Erfahrungen bestätigt. Beispielsweise dadurch, daß in der therapeutischen Entwicklung der Fähigkeit zur intentionalen Begegnung selbst zerebrale motorische Ausfallerscheinungen rehabilitiert werden können.

Sechs Grundformen der Bewegungsevolution

Schon in den 30er Jahren beschäftigte sich Glaser mit der Existenz der Meridiane und ihrer Bedeutung für das menschliche Verhalten. Er konnte feststellen, daß sich ganz spezielle Leibesempfindungen, wie z. B. ein Fließgefühl, im Verlauf der Meridiane einstellen, wenn er die oben genannten Lösungsbewegungen intendieren konnte. Gleichzeitig kristallisierte sich für ihn eine erlebbare, spezifische Verhaltensthematik heraus. Er erkannte, daß den sechs verschiedenen Meridianpaaren auch sechs verschiedene Grundformen archaischer Verhaltensstrukturen zuzuordnen sind, die er Grundformen der Bewegungsevolution genannt hat. Er kam zur Einsicht, daß der Mensch zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse, zur positiven Auseinandersetzung mit der Umwelt und zur daraus resultierenden Entfaltung seiner Möglichkeiten auf dem Weg der Reifung seiner Person, sich dieser sechs verschiedenen Lebensstrategien bedienen muß. Anders ausgedrückt: Die intentionale Fähigkeit des Menschen, durch Zuwendung eine Beziehung zu seiner Umwelt herstellen zu können, ist Voraussetzung dafür, daß sich der Mensch positiv entwickeln kann (Evolutionsformen). Bei pathologischen Entwicklungen liegen immer Kontraktionsvorgänge in entsprechenden Linienverläufen vor (Involutionenformen). Sie zeigen dem Therapeuten, welche Lebensthemen nicht gelebt werden können, welche Entwicklungen gefördert oder nachgeholt werden müssen, damit der Patient wieder seinem altersgemäßen Entwicklungsstand entgegenreifen kann. Ob sich im Verlauf der Energiebahnen Lösungs- oder Kontraktionsvorgänge ereignen, hängt wie oben beschrieben, davon ab, wie der Mensch seiner Umwelt begegnen kann und sich mit ihr auseinanderzusetzen vermag. Der Therapeut ermöglicht dem Patienten, diese potentiellen archaischen Intentionen (Kei-Raku) in der Begegnung mit ihm selbst nachzuentwickeln oder hilft ihm mit einer Gruppe von Menschen, die als lebendiges Gegenüber in-

duzierend auf ihn wirkt, diese Fähigkeiten als gesundes Verhaltensmuster in sein Leben zu integrieren. Auch die Arbeit mit Geräten kann den Raumbezug in einigen Facetten verbessern.

Charakteristische Lebensthemen der Grundformen der Bewegungsevolution sind: Konzeption (Aufnehmen), Dynamik (In-Gang-Setzen), Diffusion (Austauschen), Rhythmik (Wandeln), Abundatio (Überfließen) und Direktive (Entscheiden).

Konzeption und Dynamik gehören in den Bereich der Animalität, der Triebe und Antriebe, Diffusion und Rhythmik der Emotionalität, der persönlichen Begegnung, Abundatio und Direktive der Rationalität und geistigen Führung. Diese Entwicklungen finden wir sowohl im einzelnen Menschen als Entwicklung von der Kindheit bis zum reifen Alter als auch in der Entwicklung der Menschheit von einem Vor-Bewußten zu einem Ich-Bewußten, zu einem Über-Bewußten hin. Die beiden Formen Abundatio und Direktive vereinen in sich bereits Yin-Yang-Qualität als eine hohe Entwicklungsstufe, auf welcher alle bereits durchlebten Reifungsschritte integriert sind:

Der Mensch stellt sich der Welt zur Verfügung und ist kraft seines Gewordenseins richtungweisend für die ihm anvertrauten Menschen.

„Der Zusammenklang eigener Entwicklungstendenzen gipfelt in der Gestaltung des lebenden Gastraumes, den der Mensch der Welt zur Verfügung stellt. Derjenige, der in diesen Raum eintritt, wird in seiner Eigenexistenz nicht beeinträchtigt, sondern nur bestätigt. Im eutonon Zustandsintegral steht der Mensch im wahrsten Sinne inmitten dieser lebensvollen Beziehung zur Welt, als ginge sie von ihm aus, weil er sie durch seine aktive Bejahung ihres So-Seins neu gestaltet. Zum Handeln kommt er, wenn es die von ihm selbst erspürte Konstellation des gesamten Raumes bedingt. Sein Tun ist dann „notwendend“. Es geschieht mit Sicherheit, Leichtigkeit, Heiterkeit und selbstverständlicher Bescheidenheit. In dieser von uns als „liebendes Miteinandersein“ empfundenen Haltung, erfüllt er zwanglos einen wirklichen sozialen Bezug. Ist auch die Vertikale mit im Spiel, so sind seine Standfestigkeit und seine Freiheit im Aufgerichtetsein nur äußere Zeichen seiner inneren Haltung“ (Glaser 1990).

Literatur

- Glaser V (1990) Eutonie. Lehrbuch für Psychotonik. Haug, Heidelberg
 Middendorf I (1984) Der erfahrbare Atem - eine Atemlehre. Junfermann, Paderborn
 Schlawffhorst C, Andersen H (1928) Atmung und Stimme. Mösel, Wolfenbüttel

Die Funktionelle Entspannung

Rolf Johnen

Die Funktionelle Entspannung (FE) ist ein körperzentriertes Psychotherapieverfahren. Nach Müller-Braunschweig setzt sie im Vergleich zu anderen körperpsychotherapeutischen Verfahren „am direktesten an den körperlichen Ausdrucksformen der gestörten vegetativen Regulation“ an, und sie ist eine eher „stille“ Methode, d. h.

„Es kommt im Vergleich zu anderen körperbezogenen Psychotherapieformen seltener zu starken emotionalen Bewegungen ... Dafür ist es aber möglich, auch ängstliche und abwehrende Patienten eher zu erreichen“ (Müller-Braunschweig 1990, S. 353).

Kasuistik

Eine 65jährige Patientin kommt zur stationären psychotherapeutischen Behandlung. In der ersten Begegnung wirkt die Patientin gebieterisch und fordernd, und sie löst in der Gegenübertragung Angst- und Beklemmungsgefühle aus. Einleitend formuliert sie, sie wisse nicht, ob sie hier richtig am Platz sei; sonst sei sie immer in Herz-Kreislauf-Kliniken gewesen. Dann klagt sie, was die Ärzte alles an ihr falsch gemacht haben. Jetzt komme sie hierher, weil sie verzweifelt sei nach einer Kehlkopfoperation vor einem Jahr. Diese sei notwendig geworden, weil ihr bei ihrer dritten Herzoperation vor vier Jahren bei der Intubationsnarkose der Kehlkopf verletzt worden sei. Seit der Kehlkopferweiterungsoperation bekomme sie zwar wieder Luft, sie habe aber keine Stimme mehr. In der Tat redet die Patientin mit einer rauhen, belegten Flüsterstimme. Auch durch diese Stimme vermittelt sie den Eindruck, daß sie ständig unter Anstrengung steht, und sie zwingt ihren Gesprächspartner, angestrengt zuzuhören.

Über die Symptomatik sowie Krankheits- und Lebensgeschichte geben die Tabellen 1 und 2 Auskunft:

Tabelle 1. Symptomatik im Jahre 1990 (65. Lebensjahr)

Körperliche Ebene

- Z. n. Schilddrüsen-Operation 1948
- Z. n. 3 aorto-koronaren Bypass-Operationen 1981/1983/1986
- Z. n. Nebenschilddrüsen-Operation wegen Adenom 1986
- Z. n. Kehlkopferweiterungsplastik 1989
- arterielle Hypertonie
- Leberparenchymschaden
- funktionelle Dysphonie
- Schulter - Arm-Syndrom/Rückenschmerzen

Psychische Ebene

- diffuse Ängste bis zur Panik
- Erschöpfungsdepression bei Verausgabungstendenz
- Schlafstörungen
- Minderwertigkeitsgefühle
- phasenweiser Alkohol- und Tabletten-Abusus

Soziale Ebene

- allgemeiner Rückzug, Kontaktabbruch, Isolierung
-

Tabelle 2. Lebens- und Krankheitsgeschichte

1925 geboren	<i>Mutter:</i> aus begüterttem Elternhaus; „wollte leben“; NSDAP. <i>Vater:</i> aus armem Elternhaus; „ein guter, selbstloser Mensch“; SPD; viel Streit im Elternhaus.
ab 1937 (12. Lj.)	kranken Vater versorgt (nachts Wechselbäder und Beinmassagen wg. Durchblutungsstörungen).
1943 (18. Lj.)	„Muß-Heirat“; Mann (+5) Soldat, im Haus einquartiert; Geburt der 1. Tochter.
1945 (20. Lj.)	Vater verstorben; Mann kehrte mit Brochiektasen und Bronchialasthma aus dem Krieg zurück.
1948 (23. Lj.)	Schilddrüsen-Operation; Mann wurde Bürgermeister trotz Krankheit; Patientin hat sich für ihn aufgeopfert.
ab 1973 (48. Lj.)	Mann pflegebedürftig Tag und Nacht.
1979 (54. Lj.)	Mann verstorben.
1979-1988 (54.-63. Lj.)	Heimliche Beziehung zu verheiratetem Gemeindediener.
1979/1981 (54./ 56. Lj.)	Zwei Herzinfarkte.
1981/1983/1986 (56. /58. /61. Lj.)	3 Bypaß-Operationen, zuletzt 5fach Bypaß in den USA; Dystonie.
1986 (61. Lj.)	Nebenschilddrüsen-Operation
1986/1988 (61. / 63. Lj.)	Herz-Kreislauf-Klinik-Rehabilitation.
1988 (63. Lj.)	Beziehung zu Bankdirektor.
1989 (64. Lj.)	Kehlkopferweiterungsplastik; totaler Rückzug, Beziehungsabbruch im Dorf und zur Familie.

Schon im ersten Gespräch wird deutlich, daß sich die Patientin ihr Leben lang aufopferungsvoll verausgabt und an ihren eigenen Bedürfnissen vorbeigelebt hat. Es zeichnet sich bei ihr eine starke Tendenz ab, psychische Konflikte sowie Kränkungen aus dem familiären und sozialen Umfeld im Körpergeschehen zu erleben und auszutragen sowie in Suchtmitteln (Alkohol, Tabletten) eine Ersatzbefriedigung zu suchen. Im Grunde besteht bei dieser enttäuschten und vereinsamten Frau kein Konfliktbewußtsein und kein psychisches Krankheitsbewußtsein.

Auszugsweiser Bericht aus den einleitenden Therapiestunden: In der 1. Therapiestunde berichtet sie, daß sie gut geschlafen habe. Sie sei auch beruhigt, daß im Belastungs-EKG keine Rhythmusstörung aufgetreten sei - Ich leite zur FE über mit dem Hinweis, daß es vielleicht heilsam sein könnte, mehr von sich zu spüren - Sie betont daraufhin, daß sie sich nicht damit abfinden könne, „ein solches Wrack zu sein“. „Wie kann ich das akzeptieren?“ fragt sie - Ich weise darauf hin, daß es in der Therapie darauf ankomme, auch die kranken Teile einzubetten und zu tragen - Sie betont, daß sie sich nicht mehr manipulieren lassen wolle und beschreibt sich: „Ich sitze da und suche, ob mir jemand das Angstgefühl nehmen kann.“ Um die körperliche Ebene wieder anzusprechen, frage ich die Patientin, ob sie irgendwo Druck verspüre, was sie verneint. Ich fordere sie dann auf, mit meiner Unterstützung eine „Reise“ durch ihren Körper zu machen. Dieses Angebot kann sie aufgreifen: Den rechten Arm spürt sie mehr als den linken; auch die rechte Faust ist rechts groß, während die linke klein ist. Dagegen spürt sie den linken Ellbogen besser als den rechten, und „die Hand dominiert“. Die Schulter nimmt sie dann als „weich, rund und breit“ wahr. Der Rücken ist „warm und weich“.

Zur 2. Stunde kommt sie mit der Frage. „Wie kann ich dadurch lockerer werden? Ich bin schon innerlich freier.“ Ich fordere sie auf, die Schuhe auszuziehen, damit sie den Boden besser spüren kann. Die Füße nimmt sie „groß“ wahr, mit einem „sicheren Gefühl“. Auch hier dominiert die rechte Seite. Sie hat ein „Gefühl des gebeugten Knies“. Die Waden sind spürbar, nicht aber die Schienbeine. Bei der Berührung des Schienbeins mit der eigenen Hand nimmt sie nur die Hand wahr. Ich berühre dann kurz ihr Schienbein mit meiner Hand. Sie spürt ihr Schienbein auch dann noch als „sehr lebendig“, nachdem ich meine Hand wieder weggenommen habe - Ich gebe den Hinweis, daß Lebendigkeit etwas mit Sich-spüren zu tun habe - Zum Schluß der Stunde fragt sie: „Warum habe ich nie daran gedacht?“

Zu Beginn der 3. Stunde berichtet sie, daß sie jetzt viel schlafe, und daß sie sich dann wohler fühle. Nach dem gestrigen Gespräch seien ihr auf dem Balkon die Tränen geflossen; sie habe das als erlösend wahrgenommen. Auf den heutigen Tag habe sie sich gefreut.

Betrachten wir, was in diesen einleitenden Stunden geschehen ist: Die Patientin hat etwas bei sich *gemerkt*, was sie vorher nicht gemerkt hatte, unter anderem sehr eindrucksvoll ihr Schienbein. Offensichtlich resultieren daraus *Wirkungen*: Sie kann weinen, sie fühlt sich angenommen, und sie kann in der Klinik bleiben.

Und sie ist in der Lage, im stationären Setting Konflikte zu initiieren und auszutragen, wie der weitere Verlauf zeigt.

Die Praxis der Funktionellen Entspannung in der Darstellung von Marianne Fuchs

Marianne Fuchs, die Begründerin der Methode, bezeichnet die FE als

„pragmatische Psychotherapie ..., weil sie vom Hier und Jetzt ausgeht und sich an der Realität des Leibes orientiert, mit dem der Patient empfindet, handelt, erlebt und erleidet“ (Fuchs 1989, S. 25).

Nach eigener Darstellung hat Marianne Fuchs in der Zeit nach 1945 - während sie in Heidelberg an der Klinik V. v. Weizsäckers arbeitete - den Weg zu dieser Methode an ihrem eigenen, damals einjährigen Kind entdeckt, das an einer therapieresistenten spastischen Bronchitis litt. Sie entdeckte,

„daß sich der gestörte Atemrhythmus umbauen und normalisieren ließ, ohne daß er bewußt gemacht wurde“ (Fuchs 1989, S. 23).

Marianne Fuchs schreibt dazu:

„Meine mütterliche Zuwendung bestand vor allem darin, daß ich meine mitfühlende Hand auf seinen Brustkorb legte und seine Körperempfindungen - vor allem in Richtung des Nachgebens und des (Luft)hergebens - unterstützte. Dieser präverbale, therapeutische 'Handlungsdialog' tat ihm sichtlich und spürbar wohl, und deshalb führten wir ihn auch in störungsfreien Zeiten als Normalkontakt zwischen Mutter und Kind fort. Die ständigen Wiederholungen führten allmählich dazu, daß sich das Kind dieses Kontaktes buchstäblich erinnerte, sobald der Rhythmus zu entgleisen drohte, auch wenn die mütterliche Hand nicht sofort zur Verfügung stand“ (Fuchs 1989, S. 23).

Den *Erfolg* ihres einführenden Wahrnehmens und Mitempfindens sah Marianne Fuchs in der „Korrektur gestörter Körperfunktionen über eine Rhythmusänderung“, und sie führte den Erfolg vor allem auf die Selbstbeteiligung des Kindes zurück, „das den 'Aufforderungscharakter' der Berührungen - transverbal - 'verstand' “ (Fuchs 1989, S. 23).

In dieser ersten FE-Praxis - der „Wiege der FE“ - finden wir schon eine ganze Reihe der Elemente, die heute die Praxis der FE auszeichnen: Den Bezug zum Atemrhythmus (ohne daß dieser bewußt gemacht wird); die Unterstützung des Nachgebens und (Luft)hergebens; die Berührung durch die mitfühlende Hand des Therapeuten (den „Aufforderungscharakter der Berührung“); das selbständige Wiederholen und Erinnern; die Korrektur gestörter Körperfunktionen und Rhythmusänderungen.

Zum *Wirkungsmechanismus* ihrer Methode schreibt Marianne Fuchs 1974,

„daß über das Erlernen einer verfeinerten Selbstwahrnehmung leiblicher Funktionen und über die Differenzierung der Sinneswahrnehmungen sich neue Möglichkeiten für einen Zugang zu psychosomatischen und funktionellen Krankheiten ergeben“ (Fuchs 1989, S. 25).

Marianne Fuchs geht von der Grundannahme aus, „daß Psyche und Soma, Leib und Seele, zwei Erscheinungsbilder der Einheit 'Mensch' sind“ (Fuchs 1989, S. 29). Aus dieser Einsicht zieht sie den Schluß, daß sich die psychotherapeutischen Ziele „auch auf leiblichem Wege entdecken und 'entbinden'“ lassen.

„Über Erinnern und Wiederholen, über einführendes konkretes Wahrnehmen seiner selbst stabilisiert sich (das) Körper- und Selbstgefühl ... ,“ und

„die neuen Erfahrungen mit dem leiblichen Unbewußten, die autonomen Funktionen, die respektvoll durch Spielregeln in der FE abgesichert sind, tragen zum Gleichgewicht, zu mehr Ich-Stärke bei“ (Fuchs 1989, S. 29f).

Es geht hier also um verschiedene Ebenen der „Einheit Mensch“: 1. Um die Ebene des *konkreten Körpererlebens* (Empfindungen; Ausdrücke wie „konkretes Wahrnehmen seiner selbst“ und „Körpergefühl“ gehören hierher, 2. um die Ebene des *psychischen Erlebens* im engeren Sinn (kognitive und emotionale Ebene; Ausdrücke wie „Erinnern“, „Ich-Stärke“ und „Selbstgefühl“ meinen diese Ebene und 3. um die Ebene *der autonomen Körperfunktionen* (physiologisch-anatomische Ebene; in Ausdrücken wie „autonome Funktionen“ und „leibliches Unbewußtes“). Marianne Fuchs stellt die Verschränkung dieser Systemebenen folgendermaßen dar:

„Ein differenziertes Körpergefühl, ein sich vertiefender Eigenrhythmus verbessert nicht nur den Stoffwechsel, sondern stärkt das Selbstgefühl und macht dadurch verarbeitungsfähiger für Konflikthafes. Denn unsere Patienten lernen ihr Verhalten am eigenen Körper verstehen und seine Ausdrucksweise als Antwort auf die Umwelt oder auf eigene Bedürfnisse erkennen“ (Fuchs 1989, S. 26).

Als „entscheidendes Angebot“ der FE bezeichnet Marianne Fuchs die „'leibhaftige' Vertiefung des Selbstgefühls“ (Fuchs 1989, S. 41), also die konkrete *körperbezogene Selbstwahrnehmung*. Wie sie den Bezug dieses Empfindens zur psychischen Ebene im engeren Sinn sieht, stellt sie in folgenden Sätzen dar:

„Die stimmenden Worte für das, was in der FE empfunden wird, z.B. 'eng' oder 'weit' lassen die Bedeutung auf anderer Ebene mithören. Damit kann mühelos vom Somatischen ins Psychisch-Erlebnishafte übergewechselt werden, ohne etwas hineinzuiinterpretieren“ (Fuchs 1989, S. 43).

Hier gibt es also kein psycho-somatisches Problem, weil es keine Trennung von Körper und Seele gibt. Von beiden - auch vom Körper - ist insofern die Rede, als sie von innen her subjektiv - erfahrbar und erlebbar sind.

Was ist nun mit dem dritten Bereich, den „autonomen Körperfunktionen“ und dem „leiblichen Unbewußten“? Marianne Fuchs schreibt:

„Der 'Stoff' der FE sind der Organismus und die Einzelbereiche, die bevorzugt an Schwerkraft und Rhythmus gebunden sind. Nicht durch direktes 'Machen' und 'Tun' werden sie bearbeitet, sondern dadurch, daß man lernt zu empfinden, was sich bereits bei minimalen Reizen oder durch einfaches Wahrnehmen im Sich-überlassen verändert.“

In der Entspannung werden „inwendiger Halt und das freie Bewegtsein des Zwerchfells“ ermöglicht. Hiermit wird der Atemrhythmus freigelegt und mit ihm „die elementaren Antriebskräfte in lebendiger und verlässlicher Wiederkehr“ (Fuchs 1989, S. 31 f.).

Von diesen *elementaren Antriebskräften* ist immer wieder die Rede: Die FE sieht zwar ihre Aufgabe darin, „verborgen gewesenes Fehlverhalten ... aufzudecken und aufzulösen, aber gleichzeitig die vitale Antriebskraft, die eingeschränkt war, zu befreien.“ Mit Hilfe der „Spielregeln“ der FE, von denen später die Rede sein wird, finden wir „das Maß für den individuellen Rhythmus ... Er ist ein Ordnungsprinzip, an das die FE gebunden ist. Die Druckveränderungen, die während des Entspannens empfunden werden, verdichten sich in der Richtung des 'abwärts und einwärts' zur 'inneren Struktur', zum 'tragenden Grund'. Man gewinnt Halt trotz des radikalen Loslassens. Daran kann das Vitalisierende der FE einsichtig gemacht werden. Organe und Gefäße kommen in rhytmusgebundener Wiederkehr unter einen heilsamen Druck“, und: „Die Spielregeln helfen dabei, den Eigenrhythmus im unbewußten Antrieb zu stärken“ (Fuchs 1989, S. 68 f.).

Dieser unbewußte Antrieb liegt im *Stofflichen*, im Organismus. Der FE liegt also zentral die Annahme zugrunde, daß es im Organismus autonome Antriebskräfte gibt, die durch die „unrhythmischen Forderungen des Lebens“ (Fuchs 1989, S. 49) gehemmt sind, und die, wenn es gelingt sie zu befreien, vitalisierend wirken. „Auch physiolo-

gisch baut die FE ... Fehlverhalten ab, setzt 'fehlgeleitete Energie' frei, vergrößert die autonome Kraft des Zwerchfells, vitalisiert den Stoffwechsel und erzielt übergreifend ein verbessertes neurovegetatives Gleichgewicht" (Fuchs 1989, S. 31). Ausdrücke wie „vitalisierendes Prinzip des Atemrhythmus" und insbesondere „schwingungsfähiges Zwerchfell" meinen diese autonomen Antriebskräfte, wobei Marianne Fuchs alle lebenswichtigen autonomen Vorgänge, auch die Stoffwechselforgänge, aufgrund der basalen Bedeutung des Sauerstoff-Austausches mit dem Atemrhythmus verknüpft sieht. „Uns interessieren in der FE der biodynamische Naturrhythmus, der Stoffwechsel, die Druckveränderungen, die bis in unsichtbares Körpererleben einwirken und ohne Sauerstoff-Austausch beim Menschen nicht vorstellbar sind. Also der persönliche Atemrhythmus ist gemeint" (Fuchs 1989, S. 33). „Im Atemrhythmus wird eine 'ordnende Instanz' zwischen Unbewußtem und Bewußtem erfahren" (Fuchs 1985, S. 33). „Es atmet mich", eine aus dem autogenen Training bekannte Formel, bedeutet, daß der autonome Rhythmus zum Tragen kommt. In diesem Sinne ist auch die „Atemrhythmusdiagnose" zu verstehen: „Der Therapeut sucht in der ersten Begegnung mit dem Patienten nach leibhaften, sichtbaren und unsichtbaren Störungen, die dessen Selbstheilungstendenzen eingeschränkt haben" (Fuchs 1989, S. 25), und die sich am Atemrhythmus zeigen. Und „der Patient erfährt und lernt am eigenen Leibe. Dieses Lernen ist an eine gegebene Ordnung gebunden, welcher der Therapeut verpflichtet ist: Es geht um Entwicklung, Durchsetzung und Flexibilität des Eigenrhythmus" (Fuchs 1989, S. 47). Auch die „therapeutische Arbeit mit der Hand" dient dem Forschen nach „leibhaften Störungen": Die „am Brustkorb des Patienten aufliegende Hand dient dem Therapeuten als nonverbale Verständigung im Hinblick auf unsichtbare Reaktionen und als Kontrolle des tiefsten Entspannens, nämlich im Bereich des Zwerchfells, das wir nie direkt angehen. Die Entspannung ist an der Veränderung des Brustkorbs wahrzunehmen. Druckveränderungen, kleinste Fehler, Vorbehalte, Spannungen und Verkrampfungen werden spürbar" (Fuchs 1989, S. 48). „In der FE spürt man mit dem Patienten dem gestörten Rhythmus, der 'verlorenen Ordnung' nach. Die mitfühlende Hand des Therapeuten ist eine unbestechliche Kontrolle und eine Beziehungshilfe zu den unbewußten Antrieben des Patienten, zu seinem Grundrhythmus, den er als 'gebotene Ordnung' in sich findet. Je weniger sich der Grundrhythmus stören läßt, desto wendiger lernt man, auf ihm fußend den unrhythmischen Forderungen des Lebens zu begegnen" (Fuchs 1989, S. 49). Der Patient „erfährt" zunächst die psychosomatischen Zusammenhänge. „Indem er zunehmend Worte für sie findet, hört und einsetzt, werden sie ihm voll bewußt, und die Einsicht in Ausdrucksfähigkeit und vitalisierende Kraft des Rhythmus ermöglicht eine psychosomatische Verhaltensänderung" (Fuchs 1989, S. 62).

Den tragenden *Grundrhythmus* und die *elementaren Antriebskräfte* definiert Marianne Fuchs also auf der körperlich-stofflichen Ebene. Von dieser Ebene wird in der FE-Therapie die Selbstwahrnehmung des Patienten getragen, und hier be-

ginnt auch die therapeutische Beziehung. Deshalb ist „das eigentliche Arbeitsgebiet“ der FE die „Zentrierung auf das menschliche Skelett, das 'Gerüst', den 'Innenraum' und seine autonome Regulation, die entscheidend zum inneren und äußeren Gleichgewicht ... beiträgt“ (Fuchs 1989, S. 66).

Die grundlegende Modellvorstellung der Funktionellen Entspannung

Thure von Uexküll hat die FE als „Methode, das Unbekannte im eigenen Körper zu merken“ bezeichnet (v. Uexküll 1985). Marianne Fuchs beschreibt die FE, wie oben dargelegt, als „methodisch-didaktischen Weg ... , wie man 'Unbewußtes' am Leibe 'aufdecken' und übend 'in Ordnung' bringen kann“ (Fuchs 1989, S. 9). Das Lebenswerk von Marianne Fuchs könnte man auch als Umsetzung eines der Grundgedanken von Viktor von Weizsäcker verstehen:

„Der Leib stellt die Seele, die Seele den Leib dar. Das Wichtigste in deren Wechselspiel ist, daß sie einander vertreten“ (v. Weizsäcker 1948, zit. n. v. Rad 1979, S. 191).

Dieses Wechselspiel wird bei V. v. Weizsäcker und bei Marianne Fuchs nicht im Sinne eines „psychophysischen Parallelismus“ oder eines „einseitigen Kausalitätsschemas“ verstanden, sondern als „komplementäre Bezogenheit gegenseitiger Vertretung und Darstellung“ (v. Rad 1979, S. 192).

Der Satz „der Leib stellt die Seele, die Seele den Leib dar“ drückt m. E. die grundlegende Modellvorstellung der FE-Praxis der vergangenen 40 Jahre aus. Marianne Fuchs wendet sich wohl aus diesem Grunde gegen die Verwendung des Begriffs „Deutung“ in der FE. Sie bevorzugt statt dessen den Begriff „Be-Deutung“:

„Die Einfälle des Patienten, die zur wahrgenommenen Empfindung als Erlebnisqualitäten eindrucksvoll hinzukommen, sind wichtig. Sie machen ihm die psychosomatischen Zusammenhänge deutlich und erweitern durch die dafür gefundene Sprache sein Bewußtsein“ (Fuchs 1989, S. 62).

„Die stimmenden Worte (für das, was in der FE-Therapie gefunden wird, R. J.) lassen die Be-Deutung auf anderer Ebene mithören.“ Deutungen sind nach dieser Auffassung im Grunde überflüssig, da sich die entscheidenden gesundmachenden Veränderungen im „leiblichen Unbewußten“ vollziehen. Auf der „anderen Ebene“ wird die Bedeutung lediglich mitvollzogen. „Alles, was von den psychotherapeuti-

schen Zielen gesagt wird, läßt sich auch auf leiblichem Weg entdecken und entbinden" (Fuchs 1939, S. 29).

Innerhalb der Arbeitsgemeinschaft für Funktionelle Entspannung hat sich vor allem H. E. Eberspächer mit dem Problem dieser beiden Ebenen auseinandergesetzt. Er faßt seine Auffassung folgendermaßen zusammen: „In der FE wird für leibliche Empfindung oder Bewegung der jeweils stimmende sprachliche Ausdruck gesucht - In der FE wird sprachlicher Ausdruck in seiner jeweils leiblichen Entsprechung gesucht, wie sich das anspürt - Beide Richtungen des Suchens werden in der FE systematisch gewechselt; dadurch wird nicht nur innerhalb eines Systems (Psyche, Soma) die Auswirkung des jeweiligen Tuns beachtet, sondern es wird zusätzlich die Aufmerksamkeit auf die Reaktionen des jeweiligen anderen Systems gelenkt - Dadurch kommen die Systeme untereinander in dichtere Wechselwirkungen, Resonanz oder Informationsaustausch, gerade in Bereichen und Situationen, wo Abspaltungen etc. vorlagen - Da das Vorgehen lösungszentriert ist, werden damit die Ressourcen der Systeme füreinander gegenseitig zugänglich" (Eberspächer 1987, S. 163). Mit „lösungszentriert" meint Eberspächer: „Es wird eine lebensfördernde funktionsgerechte Richtung des Umgangs mit sich gesucht, die in ihrer realen Umsetzung das Symptom unnötig, überflüssig macht" (Eberspächer 1987, S. 161).

Auch diese Formulierungen sind pragmatisch. Sie bauen auf der Annahme auf, daß im „System Soma" Ressourcen für das „System Psyche" liegen und umgekehrt. Lösungen in einem System führen zu Lösungen im anderen. Ich ziehe es vor, hier nicht von zwei Systemen, sondern von zwei *Ebenen eines Systems* zu sprechen. Es stellt sich die Frage, wie die Ebenen miteinander verknüpft sind.

Die Funktionelle Entspannung in einem Modell der „Entwicklung als Verwicklung"

Ich möchte versuchen, den Platz der Methode in einem einfachen und anschaulichen Modell von der menschlichen Entwicklung zu bestimmen, das von Thure von Uexküll stammt. Unter Berufung auf seinen Vater, den Biologen Jacob v. Uexküll, der sich in der Auseinandersetzung mit dem Darwinismus mit diesem Thema befaßt hat, hat Thure v. Uexküll ein Modell der „Entwicklung als Verwicklung" vorgeschlagen (v. Uexküll 1991). Dieses Denkmodell besagt, daß

„in unserer individuellen Entwicklungsgeschichte frühe Erlebnisse Stufe für Stufe immer wieder in spätere eingewickelt werden. Wir könnten dann von 'Stufen fortschreitender Verwicklung' sprechen, und könnten dann verstehen, daß im innersten Kern der

hochkomplexen Erlebnisformen des erwachsenen Menschen ganz frühe Erlebnisformen weiterleben, und das ist das Entscheidende - dort wieder aufgedeckt und wiedergefunden werden können, wenn es gelingt, die hochkomplexen 'Pakete' 'aufzuwickeln' " (v. Uexküll 1991).

In einem anschaulichen Bild wäre unser Leben mit einem „Wunderknäuel“ vergleichbar, in das Kostbarkeiten oder Überraschungen eingewickelt sind. Solche Kostbarkeiten wären beispielsweise unsere frühen körpernahen Erlebnisformen, die ursprünglich ganz offen da waren, und die im Laufe der verwickelten Lebensgeschichte immer mehr eingewickelt wurden, vor allem in komplizierte Beziehungsverflechtungen (vgl. v. Arnim et al. 1991).

Die Methode der FE beruht auf den von Marianne Fuchs formulierten Spielregeln:

1. *Alles Empfinden, Entspannen und Bewegen im Aus (-atmen) beginnen!*
2. *Alles nur zwei- bis dreimal wiederholen!*
3. *Nachspüren - sich überlassen!*

Diese in einer „Insider-Sprache“ formulierten konkreten Anweisungen bewirken in dem Kontext, in dem sie vermittelt werden (therapeutische Beziehung oder Selbsterfahrung), zunächst irgendwo im Körper die Lösung einer Spannung, auch wenn diese minimal ist. Ein Bezug zur Atmung besteht insofern, als die Atmung eine Kreuzungsstelle zwischen autonomem und willkürlichem Nervensystem darstellt. Die Atmung vollzieht sich meist unbewußt - vom autonomen Nervensystem gesteuert. Sie kann aber auch bewußt gemacht und in gewissen Grenzen willkürlich gesteuert werden. Alles unbewußte und bewußte Erleben - unsere Stimmungslagen ebenso wie unsere unbewußten Konflikte - drückt sich auch in der Atmung aus (vgl. Studt 1979, S. 383 ff.).

Der „schulmäßige Einstieg“ der FE ins „leibliche Unbewußte“ vollzieht sich also, indem wir irgendwo im Körper eine Spannung lösen, was aufgrund der physiologischen Kopplung zwischen Entspannung und Ausatemphase nur in dieser Phase des Atemzyklus vollständig möglich ist. Dieses gewollte und bewußte Loslassen irgendwo im Körper wirkt auch (unwillkürlich und meist unbewußt) auf den Atemrhythmus selbst. Dieser verändert sich, indem sich die Ausatemphase vertieft und verlängert. Die Atmung wird jeweils aus einem „Situationskreis“ befreit, dessen Programme dazu dienen, bestimmten äußeren und inneren Anforderungen gerecht zu werden. Es kommt dann ein „Funktionskreis“ zum Tragen, der mehr von den ursprünglichen Bedürfnissen des Individuums geprägt ist.¹

¹ Zur Bedeutung von Funktionskreis und Situationskreis vgl. Wesiak und v. Uexküll (1990).

Im Extremfall wird eine Situation wiederhergestellt, wie sie nach der Geburt bzw. Abnabelung bestand: Diese Situation wird in erster Linie von der Schwerkraft des Körpers und dem Bedürfnis nach Luft geprägt.²

Konkret spielt sich in der FE folgender Prozeß ab: Wir lösen irgendwo im Körper (auch willkürlich) eine Spannung, etwa indem wir eine geballte Faust loslassen oder ein Augenlid entsprechend seiner - minimalen - Schwerkraft fallen lassen. Wenn das gelingt, dann hat es Auswirkungen auf das autonome Nervensystem, das immer ganzheitlich reagiert. Die Veränderungen im autonomen System werden nach außen *sichtbar* (und damit meßbar) und nach innen unmittelbar *spürbar* am Atemrhythmus. Auf der physiologischen Ebene treten im Rahmen dieses Entspannungsvorgangs weitere Veränderungen auf, die prinzipiell auch meßbar sind, aber meines Wissens bisher kaum gemessen wurden: Mit der Entspannung tritt vermehrter Speichelfluß auf, Herz- und Darmtätigkeit werden beeinflusst, der gesamte Muskeltonus nimmt sichtbar und spürbar ab (Johnen u. Müller-Braunschweig 1989, S. 155). Hier liegt eine „Schnittstelle“ zwischen Psyche und Soma: auf der körperlichen Ebene finden sich meßbare Veränderungen, auf der psychischen Ebene können diese Veränderungen introspektiv gemerkt werden.

Das Geheimnis der FE ist, daß wir um so mehr von uns spüren, je mehr sich der „Fokus unseres Bewußtseins“ den durch Loslassen induzierten autonomen Veränderungen anschließt, sich ihnen überläßt. In dem Maße, in dem wir uns auf die autonomen körperlichen Vorgänge, die real in uns ablaufen, einlassen, verlassen wir auf der psychischen Ebene situationsbedingte Einengungen. Das Bewußtsein wird dann „frei“ für das Geschehen auf der Funktionsebene der Sinnesempfindungen. Die propriozeptiven Signale, die ständig von Haut- und Muskelspindeln wahrgenommen werden, können wieder im Bewußtsein auftauchen, das heißt wir *erleben* unseren Körper.³

² Natürlich bestehen daneben weitere "autonome Tendenzen", die auch die Beziehungsebene einschließen. Lichtenberg beschreibt neben dem angeborenen Bedürfnis nach "Regulation physiologischer Anforderungen" vier weitere angeborene "motivational-funktionale Systeme": 1. Das Bedürfnis nach Bindung und Verbundenheit, 2. das Bedürfnis nach Exploration und Selbstbehauptung, 3. das Bedürfnis nach aversiven Reaktionen im Sinne von Widerspruch und/oder Rückzug sowie 4. das Bedürfnis nach sinnlichem Vergnügen und sexueller Erregung (Lichtenberg 1989, S. 76).

³ Ich bin mir bewußt, daß ich den Prozeß der FE schematisiert und simplifiziert dargestellt habe. Es geht um den Versuch, unmittelbares Körpererleben in Sprache zu fassen. Alles Unmittelbare ist aber bekanntlich schwer zu verbalisieren, und was in Sprache gefaßt ist, ist immer auch zweifelhaft.

Die Reaktivierung des frühen Wahrnehmungssystems in der Funktionellen Entspannung

Mit dieser Wahrnehmungsweise befinden wir uns in unserem Modell der „Entwicklung als Verwicklung“ auf einer „frühen Stufe des Eingewickelten“, entwicklungs geschichtlich gesehen auf der Wahrnehmungsebene des Säuglings.

René Spitz bezeichnet das Wahrnehmungssystem des Säuglings als „koenästhetisches System“. Es bezeichnet die dem Kleinkind in den ersten sechs Monaten eigene Art und Weise, Empfindungen zu registrieren. Das koenästhetische System ist nach Spitz im autonomen Nervensystem zentriert und umfaßt Gleichgewichts-, Spannungs-, Körperhaltungs-, Temperatur-, Vibrations-, Haut- und Körperkontakt-, Rhythmus-, Resonanz- und Schallempfindungen. Es wird später, etwa ab dem 6. Monat, vom „diakritischen System“ abgelöst, das wesentlich auf Wahrnehmungen mittels peripherer Sinnesorgane basiert und in der Hirnrinde zentriert ist. Ein eigenartiges Ergebnis der Psychogenese ist, daß wir als Erwachsene unseren Körper normalerweise nicht mehr spüren. Nach Spitz erreichen Tiefenempfindungen des koenästhetischen Systems unsere Wahrnehmung nicht mehr, „obwohl sie weiterhin vorhanden sind; sie werden nicht bedeutsam für uns, wir lassen ihre Botschaft außer acht und verdrängen sie“, aber „diejenigen Erwachsenen, die die Fähigkeit erhalten haben, sich einer oder mehrerer dieser gewöhnlich verschwundenen Wahrnehmungs- und Kommunikationskategorien zu bedienen, gehören zu den besonders Begabten“ (Spitz 1985, S. 64). Lebendigkeit leitet sich nach Spitz von der Fähigkeit ab, das koenästhetische Wahrnehmungssystem zu reaktivieren.

Fallbeispiel

In unserem eingangs erwähnten Fallbeispiel bewirkt schon der Hinweis daß wir uns durch die FE in die „Kinderstube“ zurückversetzen eine gewisse „Umschaltung“: Die Patientin kann über ihre nächtlichen Panikattacken sprechen und dann besser schlafen. Sie fühlt sich „lebendiger“, nachdem sie ihr Schienbein gespürt hat.⁴

⁴ Es ist offensichtlich, daß bei dieser "Wirkung" Übertragungsvorgänge eine bedeutende Rolle spielen. Diese können hier nicht diskutiert werden.

In der FE schalten wir also von der diakritischen Wahrnehmungsweise des Erwachsenen zur koenästhetischen Wahrnehmungsweise um. Dieses Umschalten läßt sich auch in anderen Denksystemen beschreiben: Im *psychoanalytischen Denken* handelt es sich um eine Wiederverknüpfung des Sekundärprozesses mit dem Primärprozeß. In der *genetischen Psychologie* Jean Piagets geht es um die Rückkehr aus einem Entwicklungsstadium, in dem der eigene Körper nach den „Schemata des permanenten Gegenstandes, des Raumes, der Zeit und der Kausalität“ - sozusagen „vergegenständlicht“ - wahrgenommen wird in ein früheres Entwicklungsstadium, wo noch kein Ich-Bewußtsein besteht,

„also keinerlei Grenze zwischen der inneren oder erlebten Welt und der Gesamtheit der äußeren Wirklichkeit“ (Inhelder u. Piaget 1986, S. 31).

In unserem Denkmodell von „Entwicklung als Verwicklung“ haben wir sozusagen den „Kern im Knäuel unserer Lebensgeschichte“ ausgewickelt. Der Kern bedeutet, daß wir uns und unsere Umwelt nicht mehr in der gewohnten Weise des Erwachsenen wahrnehmen, sondern in der Wahrnehmungsweise des Kleinkindes. Diese Wahrnehmungsweise ist ursprünglich körpernah und lebendig; sie enthält noch keine fertigen Bilder von uns und der Umwelt, sondern (schwerpunktmäßig) „reine“ Sinnesempfindungen, also das, was Haut, Muskelspindeln usw. signalisieren, etwa Druckveränderungen, Unterschiede von warm und kalt usw. Bei dieser Art der Wahrnehmung sind Subjekt und Objekt identisch; es besteht eine Subjekt - Objekt - Identität mit einer unmittelbaren Evidenz des Wahrgenommenen.

Fallbeispiel

Nur die Patientin selbst kann wahrnehmen, und zwar beliebig oft, daß sie ihren rechten Arm deutlicher spürt als den linken. Diese Evidenz ist unmittelbar.

Eine Vergleichbarkeit der inneren Wahrnehmungen zwischen Patient und Therapeut ist möglich, da beide, wenn sie sich beispielsweise in ähnlicher Position im Sessel gegenüber sitzen, in vielen Körperbereichen vergleichbare Sinnesempfindungen haben. Auf diese Weise kann zu Empfindungen, die zunächst nur eine intrapsychische Evidenz haben, eine intersubjektive Sprache gefunden werden. Vergleichbare Situationen lassen sich in der frühen Mutter-Kind-Beziehung vorstellen, wo die Mutter für im Körperkontakt gemeinsam Erlebtes Worte findet.

Die Schichten, die den Kern der frühen Wahrnehmungen umgeben, sind die „Räume unserer Kindheit“, unsere Kinderstube. Und die Personen, die wir in dieser regressiven Wahrnehmungsweise um uns herum wahrnehmen, tragen für uns Züge der wichtigen Personen unserer frühen Kindheit. In dieser „Übertragung“ kann sich der FE-Therapeut etwa in der Position der „frühen Mutter“ befinden. Seine vielleicht wichtigste Aufgabe ist, den Patienten beim Spüren, bei seinen Schritten in die körperliche Welt, zu begleiten und gemeinsam mit ihm Worte zu finden für das konkret Gespürte. Generell gilt, daß Erlebtes ohne Sprache nicht lebendig integriert werden kann. Dabei ist Sprache für einen Säugling etwas anderes als für einen Erwachsenen. Hans Loewald schreibt dazu:

„Ein Ding, ein Ereignis, ein Akt oder eine Erfahrung, die von der Mutter mit einem Wort oder Worten begleitet werden, sind für das Kind eine einzige 'summande blühende Wirrnis' (William James), und 'das Wort' ist Teil dieser Wirrnis“ (Loewald 1986, S. 171).

Deutung bedeutet in der FE-Therapie: Verbalisierung, und damit Bewußtmachung - von auf der körperlichen Ebene gespürten Zusammenhängen sowie der begleitenden Affekte. Diese Formulierung ist im Einklang mit der psychoanalytischen Auffassung, daß in der Deutung Primär- und Sekundärprozeß wieder verknüpft werden. Die Ebene des Primärprozesses sowie der genetische Aspekt sind in der FE-Therapie im körperlichen Spüren enthalten, da dieses durch eine Reaktivierung früher Wahrnehmungsweisen zustande kommt. Auch die *Übertragung* spielt in der FE eine ebenso große Rolle wie in der psychoanalytischen Arbeit, wenn auch im allgemeinen wenig bewußt damit umgegangen wird. Die Wichtigkeit der Übertragung in der FE-Therapie sieht man u. a. immer wieder daran, daß Patienten das Spüren, das ihnen in der FE-Therapie gelingt, alleine nicht zustande bringen.

Fallbeispiel

Meine Patientin erwähnt während der stationären Therapie immer wieder, daß sie Schwierigkeiten habe, sich alleine in der FE zurechtzufinden.

Eine Deutung gegen Ende der Therapie ist folgendermaßen formuliert: „Sie erleben durch die Therapie bei sich einen Zusammenhalt, wie Sie ihn vielleicht einmal als kleines Kind erlebt haben, wo Ihnen die Mutter auf der körperlichen Ebene ein Gefühl des Zusammenhalts vermitteln konnte.“ - Die Patientin vergleicht sich in den folgenden Stunden mehrmals mit ihren Urenkeln; sie habe die Körperwahrnehmung erst wieder lernen müssen, während ihre Urenkel sie mühelos beherrschen.

Die Relevanz der Säuglingsforschung für die Arbeit mit der Funktionellen Entspannung

Wenn die These richtig ist, daß wir durch die FE unsere frühesten Wahrnehmungssysteme aktivieren, dann müssen wir umgekehrt durch die Erkenntnisse, die uns die moderne Säuglingsforschung bietet, wertvolle Hinweise bekommen, was die FE bewirkt. Die neueren Forschungsergebnisse zur frühen (präverbalen und präöipalen) Entwicklung wurden von Daniel N. Stern (1985) zusammengetragen und zu einem einheitlichen Konzept verarbeitet. Sterns zentrale These lautet: Die Entwicklung des Menschen - auch in der frühen präverbalen Zeit - wird von verschiedenen „senses of self“ gesteuert. Damit meint Stern Selbstgefühle oder Selbstempfindungen, die sich im Laufe der Entwicklung in einer bestimmten zeitlichen Reihenfolge entwickeln, und die dann zeitlebens als „Organisatoren der Entwicklung“ wirksam bleiben: Als Entwicklungsaufgaben, die ständig - immer wieder neu - gelöst werden müssen. Für ein lebendiges Selbstgefühl ist es zeitlebens notwendig, die verschiedenen Komponenten, die das Selbstgefühl ursprünglich konstituieren, immer wieder neu zu beleben.

Stern bezeichnet die ersten drei Lebensmonate als Phase des „emergent self“, des auftauchenden oder entstehenden Selbst. Diese Phase ist gekennzeichnet durch die amodale oder transmodale Wahrnehmung: D. h. Wahrnehmungen in einem Sinnesmodus - oder einer Sinnesqualität, z. B. Sehen - werden automatisch in andere Wahrnehmungsmodi - z. B. Tasten - übersetzt. So können schon wenige Tage alte Säuglinge einen Schnuller von bestimmter Form, den sie mit dem Mund getastet haben, optisch wiedererkennen, ohne ihn vorher gesehen zu haben. Die wesentlichste Entwicklungsaufgabe dieser frühen Zeit scheint zu sein, ein Gefühl zu entwickeln, daß die Sensationen, die mit Augen, Ohren, Tastsinn usw. aufgenommen werden, in den Objekten zusammengehören. Die sog. „genügend gute Mutter“ scheint diejenige zu sein, die dem Kind ermöglicht, sich selbst lebendig zu spüren. Das erfordert vor allem, daß sie auch die physische Umgebung des Kindes immer wieder so gestaltet, daß sie als zusammenhängende - kohärente - Umwelt erfahren werden kann.

Fallbeispiel

Die Patientin kann zunächst ihr Schienbein nicht spüren. Sie spürt das Schienbein (und sich insgesamt) dann aber durch meine kurze Berührung des Schienbeins sehr lebendig. - Zu Beginn der Therapie fühlt sie sich als „Wrack“; man kann von einer

„fraktionierten“ Wahrnehmung sprechen. Die ersten Schritte in der körperbezogenen Therapie macht sie, indem sie eine „Reise“ durch ihren Körper unternimmt und feststellt, daß die verschiedenen Bereiche zusammengehören, eine Ganzheit bilden, wenn auch mit vielen „Unebenheiten“ (sie spürt etwa die rechte Faust größer als die linke).

In einer zweiten Entwicklungsphase, die sich (überlappend) vom zweiten bis zum siebten Monat erstreckt, entwickelt sich nach Stern der „sense of a core self“, das Gefühl des „Kern-Selbst“ oder „Körper-Selbst“. In dieser Phase entwickeln sich im einzelnen: Der „sense of agency“: also das Gefühl, Träger der eigenen Aktivitäten zu sein; der „sense of affectivity“: das Gefühl, Träger von Affekten zu sein; der „sense of self-coherence“: das Gefühl, nicht fragmentiert, sondern eine physische Ganzheit zu sein; und der „sense of continuity“: das Gefühl, über die Zeit hin identisch mit sich selbst zu bleiben.

Fallbeispiel

Sense of agency: Die Patientin stellt fest, daß sie jetzt „Fortschritte machen will“, und daß sie an ihrer Situation schon länger etwas hätte ändern können und sollen. In der 17. Stunde stellt sie fest, daß sie wieder anfangs, sich selbst anzunehmen und durchzusetzen trotz ihrer Minderwertigkeitsgefühle. - *Sense of affectivity*: Der Patientin fließen nach der zweiten Stunde auf dem Balkon die Tränen, und sie nimmt begleitende Gefühle wahr, z. B. das Gefühl des „Erlöstseins“. In der 6. Stunde drückt sie ihren „inneren Ärger“ aus, daß ihr Mann sie so früh verlassen hat. - *Sense of self-coherence*: Sie spürt, daß der linke und der rechte Arm zusammengehören. Sie spürt den funktionellen Zusammenhang zwischen Verspannungen im Bereich der Kiefergelenke und des Beckenbodens. - *Sense of continuity*: Sie stellt fest, daß sich während des Atemzyklus viele Empfindungen ändern, und daß sie trotzdem mit sich selbst identisch bleibt.

Auf die weiteren von Stern beschriebenen Entwicklungsaspekte kann ich hier nicht eingehen. Erwähnen möchte ich lediglich, daß sich im Alter von 15-18 Monaten nach Stern der „sense of a subjective self“ ausbildet: Die Perspektiven schließen jetzt auch subjektive mentale Zustände ein, wie Gefühle, Motive, Intentionen, die hinter den physischen Ereignissen liegen. Ab dem Alter von 18 Monaten entwickelt sich der „sense of a verbal self“: Ein neuer Bereich mit fast grenzenlosen Möglichkeiten für interpersonale Ereignisse. Er beruht auf den Fähigkeiten zu objektivieren, zur Selbstreflektion sowie Sprache zu begreifen und zu produzieren. Was Stern zu den frühen Entwicklungsphasen sagt, hat eine gute Entsprechung zu den Ausführungen von Spitz zum koenästhetischen System. Stern betont ebenso

wie Spitz, daß die Erfahrungsmöglichkeiten der frühen Phasen zeitlebens erhalten bleiben:

„Man kann sich für eine Weile ausschließlich mit einem dieser Bereiche befassen, die anderen bleiben als distinkte Erfahrungen erhalten, außerhalb des Bewußtseins, doch zugänglich“ (Stern 1985, S. 31; Übersetzung R. J.).

Fallbeispiel

Ich habe mit der Patientin in den ersten Therapiestunden fast nur auf der Körperebene gearbeitet. Auf dem Boden des hierdurch entwickelten neuen Selbstgefühls (mit den Komponenten des sense of agency, affectivity usw.) ist sie in der 6. Stunde in der Lage, mehr von ihrem Leben zu berichten, auch von Episoden, die mit Enttäuschungen und Schuldgefühlen behaftet sind.

Die Funktionelle Entspannung als Wirkfaktor im salutogenetischen Prozeß

Der amerikanische Soziologe Aaron Antonovsky hat das Konzept der Pathogenese, auf dessen Boden die abendländische Medizin in den letzten 150 Jahren viele und großartige Erfolge errungen hat, ergänzt durch das von ihm so benannte Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1985). Er definiert die Salutogenese als die „Lehre von den Quellen der Gesundheit“. Er fragt nicht nach den Ursachen von Krankheit. Seine Hauptfrage lautet: Wie muß ein Mensch ausgerüstet sein, und wie muß die Umwelt beschaffen sein, damit der Mensch möglichst gut überleben kann, und was kann die Medizin hierfür tun?

Die salutogenetische Betrachtungsweise geht von der Beobachtung aus, daß manche Menschen gesünder bleiben als andere, obwohl sie den gleichen schädigenden Einflüssen unterworfen sind. Antonovsky hat sich unter anderem ausführlich mit überlebenden KZ-Häftlingen befaßt, von denen die meisten krank wurden. Eine Minorität dieser Überlebenden blieb aber unter den Bedingungen des KZ und auch später unter schwierigen Umständen gesund. Antonovsky führt diese Reaktionsweise auf sog. „generalized resources of resistance“ („allgemeine Quellen von Widerstandsfähigkeit“)

zurück. Diese „allgemeinen Quellen von Widerstandsfähigkeit“ finden sich auf allen Ebenen der menschlichen Existenz: Der physikalischen Ebene (z. B. Umwelteinflüsse), der biochemischen Ebene (z. B. Immunopotentiatoren), der Ebene der materiellen Ressourcen (z. B. Wohlstand, der kognitiven Ebene, der emotionalen Ebene, der Ebene der inneren Bewertungen und Haltungen (z. B. Coping-Stile), der interpersonellen Beziehungsebene und der makro-sozial-kulturellen Ebene. Das Verbindende dieser Quellen von Widerstandsfähigkeit (oder von Gesundheit sieht Antonovsky in dem von ihm definierten „sense of coherence“ („Gefühl der Kohärenz“)). Den sense of coherence definiert Antonovsky als „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dauerndes und trotzdem dynamisches Gefühl von Vertrauen hat, daß die innere und äußere Umgebung voraussagbar sind, und daß eine große Wahrscheinlichkeit besteht, daß sich die Dinge so entwickeln, wie es vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky 1985, S. 123; Übersetzung R. J.).

Vereinfacht ausgedrückt ist der sense of coherence ein subjektives Gefühl für „Sinn“ oder die Fähigkeit, Vertrauen in innere und äußere Zusammenhänge zu haben. Seine Stärke bestimmt die Position eines Individuums innerhalb des labilen Gleichgewichts des salutogenetischen Prozesses, an dessen einem Pol sich die gesunden Anteile und an dessen anderem Pol sich die kranken Anteile eines Menschen befinden.

Im Modell der „Entwicklung als Verwicklung“ wäre die Salutogenese das Richtige - im Gegensatz zum einengenden oder zu losen - Einwickeln. Eingewickelt wären die frühen Erlebnisse und Erlebnisweisen. „Richtiges Einwickeln“ würde bedeuten, daß diese frühen Erlebnisse oder Erlebnisweisen so eingewickelt sind, daß sie immer im Leben mitbeteiligt sind, weil sonst die Lebendigkeit verlorengeht. Das Gefühl der Kohärenz (sense of coherence) würde entstehen, wenn im Erleben nicht nur die äußeren, sondern auch die innersten Schichten des Selbst aktiviert werden. Der Ursprung des Kohärenzerlebens läge somit in der Aktivierung der innersten Schichten des Eingewickelten und damit in der Körperwahrnehmung der frühesten Lebensphasen.

Ich habe dargelegt, daß in der FE-Therapie diese Wahrnehmungsweisen (re)aktiviert werden. Es ist eine Erfahrung aus vielen FE-Therapien, daß psychische und somatische Symptombildungen verschwinden, wenn es gelingt, über eine Aktivierung der frühen Erlebnis- und Wahrnehmungsweisen ein stärkeres Kohärenzgefühl zu entwickeln. Die Therapie wäre also Teil des salutogenetischen Prozesses.

Fallbeispiel

Gegen Ende der stationären Therapie äußert meine Patientin, sie könne noch nicht sagen, daß alles gut sei. Viele Symptome hätten sich aber gelöst: Die Schmerzen im Hals, die Atemnot, die Angst. Sie könne jetzt selbst viel „abbauen“, auch „diesen Druck im Hals“. Jetzt fühle sie sich nicht mehr als „Wrack“, sondern eher als „Segelschiff“.⁵

Therapeutische Perspektiven für die Funktionelle Entspannung

Die Indikationen für die Methode sind bisher - wie auch für andere körperzentrierte Psychotherapieverfahren - nicht klar definiert. Meines Wissens wurde die FE insbesondere bei sog. funktionellen Störungen angewandt. Daneben wird die Methode - hauptsächlich in psychosomatischen Fachkliniken - zunehmend Patienten zur Verfügung gestellt, bei denen die psychotherapeutische Arbeit auf der verbalen Ebene zunächst schwierig oder unmöglich ist.

Ich habe die FE als Methode beschrieben, frühe Wahrnehmungs- und Erlebnisweisen zu reaktivieren. Hieraus resultieren die therapeutischen Möglichkeiten der Methode. In der therapeutischen Situation, die von Übertragung und Gegenübertragung getragen wird, ermöglichen die „Spielregeln“ der FE eine Regression der Wahrnehmung auf Wahrnehmungsreisen, in denen körpernahes Erleben - wie in der frühen Kindheit - im Vordergrund steht. Diese Wahrnehmungsweisen haben eine Entsprechung in den von Stern beschriebenen „senses of self“, die das frühe Selbst konstituieren. Definieren wir in Anlehnung an die Selbstpsychologie das Selbst „als eine strukturierte Organisation solcher Erfahrungen ... , die der Person einen Sinn von sich selbst verleihen“ (Wolf 1989, S. 7), so arbeiten wir mit der FE gezielt an den Erfahrungsbereichen, die in den ersten Lebensmonaten und -jahren für die Entstehung des Selbst von größter Bedeutung waren.

Daraus ergibt sich, daß die FE ihren wichtigsten therapeutischen Ansatz bei Störungen des frühen Selbst hat. Hierzu gehören u. a. Borderline-Störungen, narzißtische Störungen und psychosomatische Erkrankungen.

⁵ Ich möchte hervorheben, daß die Patientin während der 9wöchigen stationären Therapie auch an einer Gruppentherapie teilnahm. In der Kasuistik habe ich lediglich Aspekte herausgearbeitet, die für die FE-Einzeltherapie von Bedeutung waren.

Auf *eine* therapeutische Anwendungsmöglichkeit der Methode habe ich mit der Kasuistik dieser Arbeit hingewiesen. In der Kasuistik habe ich auch Hinweise gegeben, auf welche Weise einige der von Stern beschriebenen „senses of self“ in der Therapie - als „salutogenetische Faktoren“ - eine Rolle spielen können.

Literatur

- Antonovsky A (1985) Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco London
- Arnim A v, Hahn B, Haltenhof H (1991) Zur Entstehung der „subjektiven Anatomie“.
Vortrag auf der 34. Arbeitstagung des DKPM in Dresden. Unveröffentlichtes
Manuskript
- Bennighoff A, Goertler K (1964) Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Urban &
Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Eberspächer HE (1987) Über die Integration von Psyche und Soma im methodischen
Vorgehen der Funktionalen Entspannung. In: Lamprecht F (Hrsg) Spezialisierung
und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg
New York London Paris Tokyo
- Fuchs M (1989) Funktionelle Entspannung. Hippokrates, Stuttgart
- Inhelder B, Piaget J (1986) Die Psychologie des Kindes. Klett-Cotta, Stuttgart
- Johnen R, Müller-Braunschweig H (1989) Psychoanalytische Aspekte der
Funktionellen Entspannung. In: Fuchs M (Hrsg) Funktionelle Entspannung.
Hippokrates, Stuttgart
- Kernberg OF (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp,
Frankfurt aM
- Lichtenberg JD (1989) Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In: Wolf ES,
Ornstein A, Ornstein P, Lichtenberg JD, Kutter P (Hrsg) Selbstpsychologie. Verlag
Internationale Psychoanalyse, München Wien
- Loewald HW (1986) Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1951 bis 1979. Klett-
Cotta, Stuttgart
- Müller-Braunschweig H (1990) Körperorientierte Psychotherapie. In: Adler R,
Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Th v, Wesiack W (Hrsg)
Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, Wien München Baltimore
- Rad M v (1979) Gestaltkreis und medizinische Anthropologie. Das Erbe Victor von
Weizsäcker. In: Hahn P (Hrsg) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Psychosomatik. Kindler, Zürich
- Rohen JW (1987) Funktionelle Anatomie des Menschen. Schattauer, Stuttgart New
York
- Sacks O (1989) Der Tag, an dem mein Bein fortging. Rowohlt, Reinbek

- Spitz RA (1985) Vom Säugling zum Kleinkind. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stern DN (1985) The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York
- Studt HH (1979) Lungen- und Atemwegserkrankungen. In: Hahn P (Hrsg) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik. Kindler, Zürich
- Wesiack W, Uexküll Th v (1990) Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann M, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Th v, Wesiack W (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Uexküll Th v (1985) Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der Somatischen Medizin. Prax Psychother Psychosom 30 : 95-103
- Uexküll Th v (1991) Ver-Wicklung und Ent-Wicklung. Vortrag auf der 34. Arbeitstagung des DKPM in Dresden. Unveröffentlichtes Manuskript
- Wolf ES (1989) Das Selbst in der Psychoanalyse: Grundsätzliche Aspekte. In: Wolf ES, Ornstein A, Ornstein P, Lichtenberg JD, Kutter P (Hrsg) Selbstpsychologie. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien

Neue Konzepte der Sexualtherapie

Helen Singer-Kaplan

Die letzten zwei Jahrzehnte haben wichtige Fortschritte in unserem Verständnis des menschlichen Sexualverhaltens und in unserer Fähigkeit erbracht, sexuelle Störungen zu behandeln. Vor 25 Jahren hatten wir noch keine richtigen Vorstellungen bezüglich der Sexualität oder sexueller Störungen. Diese deutliche Unkenntnis stammte nicht etwa daher, daß Sexualverhalten so kompliziert ist. In Wirklichkeit ist die Sexualwissenschaft wesentlich unkomplizierter als zum Beispiel die Neurologie oder die Kardiologie. Jedoch machten die weitverbreiteten puritanischen Einstellungen, die mehr als 2000 Jahre lang die westliche Welt beherrschten, ein wissenschaftliches Studium des Sexualverhaltens unmöglich. Dies ist der Grund, weshalb die Sexualmedizin noch immer im „finstersten Mittelalter“ verharrte, während die übrige Medizin bereits das nukleare Zeitalter erreicht hatte.

Noch vor wenigen Jahren, in den 50ern, als ich noch studierte, war unser Konzept bezüglich der Pathogenese sexueller Störungen immer noch völlig falsch, und ihre Behandlung war derartig wirkungslos, daß die Mehrzahl der Patienten, die unter Orgasmus- oder Erektionsschwierigkeiten litten, praktisch zu lebenslangen Sexualproblemen oder zum absoluten Zölibat verdammt waren.

Heutzutage hat sich die Situation vollkommen gewandelt. Ich kann feststellen, daß wir nunmehr über ein klares Verständnis der menschlichen Sexualreaktionen und der Sexualpathologie verfügen, und daß die moderne Behandlung sexueller Störungen - sowohl medizinisch als auch psychiatrisch - inzwischen derartig wirkungsvoll ist, daß es uns gelingt, der Mehrzahl unserer Patienten mit sexuellen Störungen zu helfen. Ergebnisse zeigen, daß wir heute etwa 80 bis 90 % unserer Patienten mit sexuellen Störungen heilen können (mit Ausnahme von Patienten und deren Partnern mit Persönlichkeitsstörungen, die eine schlechte Prognose haben). Heute möchte ich mit Ihnen einen kurzen Streifzug durch die erstaunliche Geschichte der letzten 25 Jahre auf diesem Gebiet machen.

Die 60er Jahre: Die wissenschaftliche Erforschung der Sexualität

Die Arbeiten von Masters und Johnson

Die Pionierarbeit, die Masters und Johnson in den 60er Jahren leisteten, stellte den ersten bemerkenswerten Durchbruch auf diesem Gebiet dar. Dieser hervorragende Beitrag bestand tatsächlich nur aus ziemlich einfachen Studien, die aber in der alten sexfeindlichen Ära undenkbar gewesen wären. Sie waren die ersten, die das menschliche Sexualverhalten mit wissenschaftlicher Objektivität beobachteten und beschrieben. Diese zwei mutigen Wissenschaftler begaben sich zehn Jahre lang Tag für Tag in ihr Labor, wo sie 14. 000 einzelne Sexualakte akribisch beobachteten und protokollierten. Durch eine Einwegscheibe beobachteten sie Männer und Frauen beim Masturbieren, beim Geschlechtsakt in den verschiedensten Positionen, beim oralen Verkehr und beim Sexualverkehr, während die Frau ihre Periode hatte, usw. usw. Sie entwickelten Vorrichtungen wie Elektroden, die an den Geschlechsteilen angebracht wurden und bauten sogar in einen durchsichtigen Plastikphallus eine kleine Kamera ein, die die Reaktion der Vagina auf sexuelle Stimulans aufzeichnete. In ihrer berühmten Veröffentlichung aus dem Jahre 1966 „The Human Sexual Response“, publizierten Masters und Johnson zum ersten Mal einen exakten wissenschaftlichen Bericht über die männliche und weibliche Sexualphysiologie.

So nützlich ihre wissenschaftliche Beschreibung auch war, bedeutete sie jedoch nur den ersten Schritt auf diesem Gebiet. Der nächste große Durchbruch war das *Dreiphasen-Konzept der menschlichen Sexualität*.

Das Dreiphasen-Konzept der menschlichen Sexualität und die sexuellen Störungen

Bis vor kurzem hielt man die sexuelle Reaktion für eine durchgehende Einheit, die mit dem Vorspiel beginnt, in die sexuelle Erregung übergeht und im Höhepunkt endet. Dies war ein grundlegender Irrtum, der die Ursache einer falschen Voraussetzung war: Nämlich daß alle sexuellen Störungen Varianten einer einzigen klinischen Diagnose seien, die man bei Männern als „Impotenz“ und bei Frauen als „Frigidität“ bezeichnet.

Wir wissen jetzt aber, daß sich in Wirklichkeit die sexuellen Reaktionen von Männern und Frauen aus drei miteinander zusammenhängenden, jedoch neurophy-

siologisch und anatomisch unterschiedlichen Phasen zusammensetzen: *sexuelles Verlangen*, *Erregung* und *Orgasmus*. Inzwischen wissen wir auch, daß es eine ganze Menge sexueller Störungen gibt, die verschieden behandelt werden müssen.

Bevor ich mich den weitreichenden klinischen Folgerungen aus dem Dreiphasen-Konzept zuwende, möchte ich mich mit Ihnen noch einmal auf die Reise begeben und untersuchen, wie es zu der Entdeckung dieses dreiphasischen Konzepts kam.

Dem Urologen James Seaman gelang es schon vor Masters und Johnson, die irri-ge Annahme, alle sexuellen Störungen seien auf Impotenz oder Frigidität zurück-zuführen, zu revidieren. Dieser veröffentlichte bereits 1956 in einer unbedeutenden urologischen Zeitschrift, die im Süden der Vereinigten Staaten erschien, eine kurze Arbeit, die die erfolgreiche Behandlung von acht Patienten schilderte, die unter vorzeitigem Samenerguß litten; und zwar durch eine Methode, die man heute als „Stop-Start“- Methode der unterbrochenen Penisstimulation bezeichnet. Vor dieser Veröffentlichung hielt und behandelte man den vorzeitigen Samenerguß als eine Form von Impotenz und bezeichnete sie deshalb als „ejakulatorische Impotenz“.

Die Bedeutung dieser Entdeckung von Seaman wurde lange Zeit nicht erkannt. Rückblickend kann man sagen, daß er der erste war, der zwischen Erektions-Fehlvermögen oder Impotenz und PE (vorzeitigem Samenerguß) unterscheiden konnte, was nicht mit Erektionsschwierigkeiten zu verwechseln ist, sondern ein Fehlvermögen in der Kontrolle des Samenergusses darstellt. Seamans bahnbrechende Methode zur Behandlung von PE wird - mit einigen Modifikationen - noch heute angewandt. Darauf werde ich später noch näher eingehen.

Eine ähnliche Differenzierung zwischen weiblichem Orgasmus-Unvermögen und gehemmter weiblicher Erregung gelang mir im Jahre 1969. Vorher faßte man ja beide Störungen unter dem Begriff Frigidität zusammen. Diese neue Klassifizierung verhalf gleichfalls zur Entwicklung von spezifischen und wirkungsvollen Behandlungsmethoden weiblicher Sexualstörungen.

Zu Beginn der 70er Jahre waren wir also bei einer „zweiphasigen“ Betrachtungsweise der Sexualität angelangt, die die klinischen Unterschiede zwischen Orgasmus und Erregungsphase bei Männern und Frauen feststellte.

Die Mißerfolge in der Sexualtherapie führten schließlich in den 70er Jahren zu einem neuen Konzept der sexuellen Störungen. Bis zu dieser Zeit war die Sexualtherapie soweit entwickelt worden und dabei so effektiv, daß der kleinste Behandlungsfehlschlag zu weiteren genaueren Betrachtungen Anlaß gab. Dabei führte die Analyse unserer Fehlschläge zu zahlreichen neuen Entdeckungen. Zum einen wurde uns klar, daß uns in einer Gruppe erfolglos behandelter Patienten ein tieferliegender Irrtum unterlaufen war: wir hatten nicht bedacht, daß diese Patienten an einer anderen Störung litten, nämlich einem sehr gering ausgeprägten Sexualverlangen und nicht an einer Orgasmusstörung.

Ihre Beschwerden bezüglich Impotenz, verzögertem Samenerguß oder nichterfolgttem Orgasmus waren in Wirklichkeit auf ihr geschwundenes Sexualverlangen zurückzuführen. (Ein Grund für dieses Übersehen resultierte daraus, daß die Patienten zögerten, einzugestehen, daß sie ihr Sexualverlangen gegenüber ihrem Partner verloren hatten, und zwar, um dessen Gefühle nicht zu verletzen. Und wir hatten in unserem Bemühen, die partnerschaftlichen Beziehungen zu verbessern, unbewußt diese Tatsache übersehen.)

Diese Beobachtung führte schließlich zur Beschreibung von ISD (inaktivem Sexualverlangen) als einem separaten klinischen Syndrom.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß entsprechend dem Dreiphasen-Konzept der Sexualstörungen die Sexualgefühle von Männern und Frauen aus folgenden Komponenten bestehen: Dem Orgasmus, der in der Hauptsache durch das rhythmische Zusammenziehen bestimmter genitaler Muskeln erzeugt wird; der sexuellen Erregung, die eine Gefäßreaktion ist, welche die männlichen und weiblichen Genitalien aus ihrem unerregten Zustand in der Form verwandelt, daß der Penis erigiert und die Vagina anschwillt und gleitfähig wird; und der dritten Phase, dem Sexualverlangen, das Folge einer Aktivierung bestimmter Nervenzentren im limbischen System ist.

Die Differenzierung zwischen diesen drei Phasen ist von mehr als nur theoretischer Bedeutung. Dieses Dreiphasen-System schafft die theoretische Grundlage sowohl für das Verständnis klinischer Merkmale und der Pathogenese der verschiedenen sexuellen Störungen als auch zur Entwicklung noch spezifischerer und wirkamerer Behandlungsmethoden.

Sexualität ist selten vollständig beeinträchtigt, weder durch organische Krankheiten noch durch psychologische Streßfaktoren. In der klinischen Praxis erleben wir üblicherweise meist nur die Beeinträchtigung einer dieser Phasen, während die anderen davon ausgenommen bleiben. Diese unterschiedliche Beeinträchtigung verursacht die unterschiedlichen sexuellen Syndrome.

Die 70er Jahre: Sexualtherapie

Vor den von Masters und Johnson durchgeführten Untersuchungen nahm man allgemein an, daß sexuelle Störungen immer das Ergebnis ernsthafter neurotischer Konflikte seien, die aus einem Kindheitstrauma herrührten. Auf der Basis dieser Theorie wurde dann in jedem Fall bei Impotenz oder Orgasmusschwierigkeiten eine Langzeitpsychoanalyse empfohlen. Diese Therapie war jedoch sehr wenig erfolgreich.

Masters und Johnson lieferten ihren zweiten außerordentlich wichtigen Beitrag zu diesem Problemfeld, indem sie bewiesen, daß obige Annahme nicht immer den Tatsachen entsprach, und daß eine längere psychoanalytische Behandlung nicht immer das beste Mittel für die Behebung von Sexualstörungen war. Sie fanden heraus, daß in vielen Fällen sexuelles Unvermögen das Ergebnis viel einfacherer Ursachen ist, z. B. der Angst vor der Sexualität (1970).

Ferner zeigten Masters und Johnson, daß langandauernde sexuelle Probleme oft sehr schnell - innerhalb von zwei Wochen - durch ihre höchst innovative kognitiv verhaltenstherapeutische Paartherapie beseitigt werden konnten, welche auf einer Reduzierung der Angst vor Sexualität und auf einer Verbesserung der Beziehungen zwischen den Partnern basierte. Masters und Johnson veröffentlichten die Resultate ihrer außerordentlich erfolgreichen Kurztherapie im Jahre 1970, und manche Leute befürchteten schon, daß damit das Ende der Psychoanalyse gekommen sei.

Dem war aber nicht so. Es stellte sich heraus, daß viele Personen mit sexuellen Funktionsstörungen, ebenso wie ihre Partner, sich einer raschen Änderung ihrer sexuellen Symptome widersetzen, und zwar aufgrund ihrer tieferen, sexuellen Eheprobleme. Um mit den Patienten umgehen zu können, die ihren Widerstand nicht aufgeben wollten, entwickelten wir in den 70er Jahren eine neue Sexualtherapie.

Diese verbindet verhaltenstherapeutische Interventionen, die angewandt werden, um eigentliche Ursachen von Sexualsymptomen zu verändern, mit psychodynamisch orientierter Bearbeitung der Widerstände. Dieser integrierte Ansatz wurde die *neue Sexualtherapie* genannt.

Die neue Sexualtherapie

Psychodynamisch orientierte Sexualtherapie besteht aus strukturierten sexuellen Interaktionen, die das Paar oder der Patient in der Privatatmosphäre des eigenen Heimes üben sollen. Diese verhaltenstherapeutischen Interventionen, die sich nicht nur auf Masters und Johnson stützen, sind so angelegt, daß sie die unmittelbaren Ursachen der Sexualstörungen des Patienten modifizieren. Die therapeutischen „Hausaufgaben“ werden mit Sitzungen in der Praxis kombiniert, in der Regel einmal pro Woche, und zentrieren sich im wesentlichen auf die psychodynamisch orientierte Exploration der emotionalen - und Beziehungsaspekte der Paare und auf den Umgang mit den Widerständen, die sich einer raschen Verhaltensänderung der sexuellen Symptome entgegenstellen.

Masters und Johnson benutzten ursprünglich die gleichen Behandlungsprotokolle für alle Arten von Funktionsstörungen, weil sie diese als

Varianten einer einzigen klinischen Entität ansahen. Heute wissen wir, daß es eine Reihe verschiedener Syndrome gibt, die verschieden behandelt werden müssen.

Die vielfältigen Ätiologien der Sexualstörungen

Wir gehen von dem Konzept aus, daß die psychologischen Ursachen von Sexualstörungen, bildlich gesehen, als Störungen auf einer oberflächlichen oder tiefergehenden Ebene zu betrachten sind.

Unter „oberflächlichen“ oder „unmittelbaren“ Ursachen verstehen wir Ängste oder negative Gedanken, die die sexuellen Reflexe des Patienten im „Hier und Jetzt“ beeinträchtigen, wenn sie oder er versucht, Sexualkontakt aufzunehmen. Patienten sind sich dessen oft völlig bewußt. In einigen Fällen sind diese unterschwelligen Anpassungsschwierigkeiten die einzige und ausschließliche Ursache für die sexuellen Schwierigkeiten des Patienten. Aber noch häufiger spiegeln diese „oberflächlichen“ Ängste die tieferliegenden und unbewußten seelischen und ehelichen Probleme wider. Diese tieferliegenden Ursachen derartiger Probleme können eingeteilt werden in:

1. seelische Konflikte bei Sexualität, Liebe und Intimitäten als Folge früherer Traumata, die die psychosexuelle Entwicklung der Person beeinträchtigen;
2. Schuldgefühle bei sexuellen Genüssen, die auf eine strenge, sexualfeindliche Erziehung zurückzuführen sind;
3. verborgene Probleme, die aus der Beziehung des Paares resultieren.

Verhaltenstherapeutische Aspekte der Sexualtherapie

Die eingehende Erforschung der sexuellen Erfahrungen und Verhaltensweisen tausender Männer und Frauen mit sexuellen Problemen haben uns klagemacht, daß die unterschiedlichsten oder speziell vorkommenden, „unmittelbaren“ psychologischen Ursachen mit den verschiedensten Funktionsstörungen einhergehen.

Die Angst vor dem eigentlichen Geschlechtsverkehr, die mit einer starken Adrenalinausschüttung verbunden ist, tritt oft im Zusammenhang mit psychogener Impotenz auf. Negativ besetzte, fast zwanghafte Selbstbeobachtung während des Geschlechtsaktes führt in der Regel eher zu einer verzögerten Ejakulation beim Mann und zu Orgasmusschwierigkeiten bei der Frau.

Selbst herbeigeführte negativ besetzte Gedanken sind, wie gesagt, die unmittelbaren Ursachen vieler Fälle von ISD, während die unfreiwillige Verkrampfung der Vaginalmuskulatur letztlich zum Vaginismus und die unwillkürliche Verkrampfung der Genitalmuskulatur bei Männern zu Schmerzen nach der Ejakulation führen.

In anderen Worten, die sexuellen Ängste des Patienten und seine inneren Widerstände unterbrechen die sexuellen Reflexe an bestimmten Stellen des sexuellen Reaktionszyklus und verursachen unterschiedliche Symptome. Diese „unmittelbaren“ Ursachen sexueller Störungen sollen in der Therapie modifiziert werden, um das sexuelle Funktionieren zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden effiziente Verhaltensprotokolle entwickelt.

So verordnet man z. B. einem Patienten mit vorzeitigem Samenerguß ein modifiziertes „Stop-Start“-Penisstimulierungsprogramm, das aus Übungen besteht, die seine ungenügende Bewußtheit über seine Gefühle verbessern sollen. Eine Frau dagegen, die zu Scheidenkrämpfen neigt, unterweisen wir im regelmäßigen Gebrauch von Dilatatoren mit immer größer werdendem Umfang, um die spastische Vaginalmuskulatur zu desensibilisieren. Einem Paar mit sexuellen Versagensängsten gibt man Hausaufgaben, die nur aus liebevollem Streicheln bestehen und den Geschlechtsverkehr ausschließen bzw. verbieten, um vom Leistungsdruck des Koitus Abstand zu nehmen. Dieser Vorschlag entspricht nicht den Übungen, die man für die Behandlung von PE (vorzeitigem Samenerguß) und verhindertem weiblichen Orgasmus vorsieht, nämlich die intensive manuelle Stimulation der Genitalien in Verbindung mit dem Betrachten von Pornographien.

Psychodynamische Aspekte der Sexualtherapie

Die Maxime der Sexualtherapie zielt demnach darauf ab, die unmittelbaren Ursachen der Sexualstörungen des Patienten zu verändern, da nur so eine Heilung möglich ist. Mit anderen Worten: Wenn es dem Therapeuten nicht gelingt, die Versagensängste des Patienten oder seine negativ besetzten Zwangsgedanken zu reduzieren, wird sich dessen Sexualverhalten nicht bessern, selbst wenn er sich seiner Ängste aus der Kindheit bewußt ist, und sogar dann, wenn die Kommunikation des betreffenden Paares sich wesentlich verbessert hat.

Verhaltenstherapeutische Aspekte der Sexualtherapie wurden, wie schon erwähnt, entwickelt, um die unmittelbaren Ursachen für die Sexualstörungen zu verändern, und dies auf sehr wirkungsvolle Weise. Es wäre jedoch ein Irrtum zu glauben, daß diese verhaltenstherapeutischen Interventionen rein mechanischer oder gar sportlicher Art wären. Im Gegenteil: Sie bestehen aus tiefgehenden emotionalen,

erotischen und intimen Erfahrungen, die sehr schnell die Widerstände des Paares auflösen und beträchtliche Verletzbarkeit im Verlauf der Therapie bewirken können. Dieser Prozeß kann extrem bedrohlich sein und tiefere unbewußte sexuelle und emotionale Konflikte auslösen oder auch Probleme in der Paarbeziehung auf-rühren. Das Erreichen einer adäquaten Sexualbeziehung, die ja in der Regel wäh- rend einer Sexualtherapie entsteht, kann auf der anderen Seite erneut Widerstände beim Patienten oder noch häufiger bei seinem Partner hervorrufen.

Die Kunst der Sexualtherapie und der Grund ihres Erfolges besteht in dem ad- äquaten Umgang mit den Widerständen, die sich der raschen Veränderung der Symptome entgegenstellen.

Zusammenfassend läuft unsere Methode des Überwindens von Widerständen bei der psychotherapeutischen Sexualtherapie nach folgendem Muster ab: Wenn der Patient sich weigert, seine ihm gestellten Aufgaben zu erfüllen, oder auf andere Weise Widerstand leistet, dann versuchen wir, diesen Widerstand mit folgenden verhaltenstherapeutischen und kognitiven Methoden aufzulösen:

1. Wir wiederholen zunächst unsere Anweisungen,
2. danach verringern wir sie,
3. falls der Patient noch immer Widerstand leistet, stecken wir unsere Anwei- sungen neu ab,
4. als nächstes konfrontieren wir den Patienten mit seinen Widerständen.

Oftmals sind wir in der Lage, die tieferen seelischen Konflikte eines Paares mit solchen verhaltenstherapeutischen und kognitiven Manövern „umzupolen“. Mit anderen Worten: Es ist oft möglich, Widerstände gegen eine rasche Modifikation von Sexualsymptomen zu überwinden, ohne die Kindheitsproblematik interpretie- ren zu müssen.

So haben wir zahlreiche Krankengeschichten von Patienten, die geheilt wurden, ohne ihre unbewußten sexuellen Konflikte zu verstehen. Jedoch stellen wir in je- dem Fall sicher, daß wir die intrapsychischen Probleme erkennen, und alle unsere therapeutischen Interventionen werden von diesem Verständnis geprägt und geleitet. Zu einer ausgeprägt psychodynamischen Vorgehensweise gehen wir nur über, wenn unsere kognitiv verhaltenstherapeutischen Schritte die Ambivalenz des Patienten, sexuell adäquat zu reagieren, nicht bessern. Dann beginnen wir, die kindlichen Ursprünge der Sexualkonflikte des Patienten eingehender zu explorieren und benutzen dazu auch Traummaterial.

Es ist relativ leicht, die Verhaltensaspekte der Sexualtherapie zu erlernen. Aber die psychodynamische Bewältigung von Widerständen, die den Löwenanteil des Zeit- und Arbeitsaufwandes eines Psychotherapeuten ausmacht, ist wesentlich schwieriger und subtiler. Es würde jedoch den Rahmen dieses Überblicks sprengen, auf dieses Thema näher einzugehen.

Die 80er Jahre: Fortschritte in der Sexualmedizin

In den 80er Jahren war die Entwicklung der Sexualtherapie ausgereift und erwies sich nunmehr als höchst wirkungsvoll. (Natürlich wurden von vielen kreativen Ärzten, die nun diese Therapie anwandten, ständig Verbesserungen und Differenzierungen des ursprünglichen Systems vorgenommen.) So wurde z. B. kürzlich die Sexualtherapie, die ursprünglich für Paare bestimmt war, für die Behandlung von Einzelpatienten mit Sexualstörungen modifiziert. (Dies ist eine sehr wichtige Entwicklung im Zeitalter von Aids, da die Verschreibung von Ersatzpartnern genauso wenig vertretbar ist wie der Rat, flüchtigen Sexualkontakten nachzugehen.)

In den 80ern erlebten wir eine Flut medizinischer Fortschritte. Jetzt, da die Sexualität zu einem Bereich wissenschaftlicher Forschung geworden war, befaßten sich Labors in der ganzen Welt eifrig mit dem Studium der Physiologie und Biochemie von Erektion, Orgasmus und Sexualverlangen. Dies förderte die Entwicklung neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden, die die Praxis der Sexualtherapie veränderten.

Die neuen Diagnosemethoden

Die neuen Diagnosemethoden, die in den 80er Jahren verfügbar wurden, ermöglichen es heute den Ärzten, subtile physische Probleme zu entdecken, auf die man zuvor noch nicht gestoßen war, und darüber hinaus die Schwere einer physischen Beeinträchtigung mit großer Genauigkeit einzuschätzen. Wir setzen nun vor Beginn einer Sexualtherapie als Teil unseres Untersuchungsprogramms bei Patienten, bei denen auch nur der leiseste Verdacht auf organische Erkrankungen besteht, routinemäßig tragbare NPT-Monitore ein und führen Penis-Zirkulationsuntersuchungen sowie einfache Bluttests durch, welche die männlichen und weiblichen Sexualhormone mit großer Genauigkeit messen.

Die Daten, die mit Hilfe dieser neuen Diagnosemethoden zusammengestellt wurden, ergaben, daß physische Probleme weitaus verbreiteter sind als zuvor angenommen wurde. In der Vergangenheit glaubte man, daß sexuelle Störungen überwiegend psychogener Art waren, und daß organische Faktoren in nur fünf Prozent aller Fälle eine Rolle spielten. Dies gilt besonders für jüngere Patienten, aber inzwischen wissen wir, daß etwa 50 % aller Männer und Frauen mit sexuellen Schwierigkeiten, die über 50 Jahre alt waren, eine organische Mitbeteiligung haben. Mindestens die Hälfte der älteren Patienten mit Sexualstörungen leiden unter

einer Krankheit, die Auswirkungen auf die Sexualorgane hat oder nehmen Medikamente ein, die Nebenwirkungen auf die Sexualität ausüben. Jedoch werden die organischen Komponenten, die Sexualstörungen bei älteren Leuten bewirken - wie z. B. unzureichende Blutzirkulation im Penis, Diabetes, Hormonmangel nach den Wechseljahren etc. - nur teilweise wirksam und führen in der Regel nicht zur vollständigen Impotenz oder zu sexuellen Funktionsstörungen.

Ältere Paare, die vertraut miteinander sind, in einer guten Beziehung leben und in sexueller Hinsicht offen und flexibel sind, sind in der Lage, diese teilweisen oder geringfügigen physischen Beeinträchtigungen gut auszugleichen und bis ins fortgeschrittene Alter sexuell aktiv zu bleiben, zumindest bis die körperlichen Symptome zu einer erheblichen Beeinträchtigung führen. (Tatsächlich ergaben fünf wichtige Studien, die in Europa, den Vereinigten Staaten und Israel mit zehntausenden von Personen über 50 Jahren durchgeführt wurden, bemerkenswert einmütig, daß 70 % der 70jährigen noch regelmäßig sexuell aktiv sind, mindestens einmal pro Woche Geschlechtsverkehr haben, und dies ungeachtet kleiner körperlicher Probleme, wie sie im Alter häufig auftreten.)

Wenn jedoch sexuelle Probleme, die auf das Alter oder auf geringe körperliche Beeinträchtigungen zurückzuführen sind, gelegentlich im Rahmen von Ehestreitigkeiten auftreten, oder wenn sie mit bereits bestehenden sexuellen Konflikten oder einer starren sexualfeindlichen Einstellung zusammenfallen, dann können auch geringfügige Beeinträchtigungen so eskalieren, daß große sexuelle Probleme wie Impotenz oder sexuelles Vermeidungsverhalten entstehen können. Derartige sexuelle Probleme unterschiedlicher Ätiologie sind häufig für Sexualtherapietechniken zugänglich. Diese Prognose ist besonders günstig, wenn das Paar vor Beginn der körperlichen Schwierigkeiten eine gute Sexualbeziehung hatte.

Es ist sehr befriedigend, mit diesen älteren Patienten zu arbeiten; denn im Gegensatz zu dem Mythos, daß Sexualität im Alter keine Rolle mehr spiele, kann sie eine dauernde Quelle der Zufriedenheit und Selbstachtung für ältere Menschen bedeuten.

Die neue Injektionsbehandlung gegen Impotenz

In den 80er Jahren können wir die Entwicklung diverser neuer, interessanter medikamentöser Behandlungsmethoden für Sexualstörungen beobachten. Die wichtigste unter ihnen ist die neue Injektionsbehandlung gegen Impotenz.

Sie wurde in Dänemark entwickelt und wird weltweit eingesetzt. Diese Behandlung besteht aus gefäßerweiternden Substanzen, die in die corporacavernosa

des Penis eingespritzt werden. Nachdem eine Testdosis in der Arztpraxis als sicher und wirksam ermittelt wird, bekommt der Patient Ampullen mit der richtig dosierten sterilen Lösung ausgehändigt, die er sich mit Hilfe einer Art Insulinspritze in die Basis seines Penis einspritzt, wenn er Verkehr ausüben will.

Die Substanzen Papaverin und Prostaglandin E 1 werden meistens mit Regitin (Phentolamin) gemischt. Bei Patienten, die darauf gut ansprechen, erzeugt dies eine normal aussehende und sich normal anfühlende Erektion, die sich in 5 bis 8 Minuten entwickelt und zwischen 45 Minuten und 1 Stunde andauert. Nebenwirkungen und Komplikationen sind bei dieser Methode selten, wenn sie sorgfältig von einem erfahrenen Arzt angewandt wird.

Die Injektionsbehandlung des Penis bietet eine ausgezeichnete Alternative zur Implantationschirurgie für Patienten, deren Impotenz durch Diabetes oder eine Verletzung der Penisnerven bei einem Trauma oder einer Krebsoperation verursacht wurde. Die Behandlung ist außerdem bei Männern mit einer leichten Zirkulationsimpotenz wirksam.

Die Injektionsbehandlung erzielt die besten Erfolge, wenn sie innerhalb eines therapeutischen Kontextes durch einen Arzt erfolgt, der auch die emotionale Bedeutung dieser Behandlung für den Patienten und seine Partnerin in Betracht zieht.

Da Papaverin und Prostaglandin E 1 auch eine ausreichende Erektion bei Männern mit gesunden Genitalien erzeugen, haben verschiedene Psychotherapeuten versucht, die Substanzen auch in Fällen von psychogener Impotenz einzusetzen. Abgesehen von einigen ethischen Einwänden gegen das Bestreben, sexuelles Funktionieren durch mechanische Mittel zu erzeugen, hat diese Methode in den meisten Fällen nicht zu einer langandauernden sexuellen Befriedigung geführt, da dieselben emotionalen Probleme, die die psychogene Impotenz des Patienten ursprünglich hervorriefen, gleichzeitig Widerstand gegenüber pharmakologisch erzielten Erektionen und entsprechende Konflikte hervorrufen. Obwohl also die meisten Patienten mit psychogenen Erektionsstörungen mit dieser Einspritzmethode Erektionen erzielen könnten, neigen sie dazu, die Ampullen im Kühlschrank zu lassen und jeglichen sexuellen Kontakt mit ihren Partnerinnen zu vermeiden. Darüber hinaus wurden auch nachteilige Reaktionen bekannt - in Form von Depressionen und Verzweiflung sowohl bei den Patienten als ihren Partnerinnen - wenn die Injektion von einem Arzt lediglich als medizinische Maßnahme ohne begleitende Therapie eingesetzt wurde.

Trotz alledem haben einige Ärzte, darunter auch unsere Gruppe, in ausgewählten Fällen von psychogener Impotenz die Injektionstherapie erfolgreich zur Unterstützung der Sexualtherapie eingesetzt. Der hauptsächliche Nutzen der Injektionstherapie besteht in diesem therapeutischen Kontext darin, zeitweilig die Sexuallängste des Patienten zu umgehen, falls diese so intensiv sind, daß sie unüberwindbare Hindernisse für den Patienten aufbauen, bei der Sexualtherapie

mitzumachen und daraus Gewinn zu ziehen. Aber noch einmal, dies alles ist nur machbar *innerhalb* der Sexualtherapie.

Die Injektionstherapie ist in keinem Fall ein Ersatz für eine psychotherapeutische Behandlung, noch sollte sie lediglich als Hilfsmittel eingesetzt werden, um dem Patienten Geschlechtsverkehr in Krisensituationen zu ermöglichen.

Jedoch kann Pharmakotherapie in ausgewählten Fällen ein nützliches Hilfsmittel für die Sexualtherapie bei der Behandlung von schwer zu heilender psychogener Impotenz sein, und sie gibt den Patienten wieder Hoffnung, die vorher als unbehandelbar galten.

Literatur

- Althoff S, Turner LA (1987) Intracavernosal injection in the treatment of impotence: a prospective study of sexual, psychological of marital functioning. *J Sex Mar Ther* 13 : 155-167
- Kaplan HS (1981) *Hemmungen der Lust*. Enke, Stuttgart
- Kaplan HS (1988) *Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrome*. Enke, Stuttgart
- Kaplan HS (1990) *Sexualtherapie*. Enke, Stuttgart
- Kaplan HS (1990) Sex, intimacy and the aging process. *J Am Acad Psychoanal* 18 : 185-205
- Kaplan HS (1990) The combined use of sex therapy and the intrapenile injections. *J Sex Marital Ther* 16 : 4
- Kaplan HS (1991) Sex therapy with older patients. In: Myers WA (ed) *New techniques in the psychotherapy of older patients*. APA, Washington DC
- Masters WH, Johnson V (1966) *The human sexual response*. Little, Brown, Boston (deutsch: 1984. *Die sexuelle Reaktion*. Rowohlt, Reinbek)
- Masters WH, Johnson V (1970) *Human sexual inadequacy*. Little, Brown, Boston (deutsch: 1973. *Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen*. Krüger, Frankfurt aM)
- Seaman JH (1956) Premature ejaculation. A new approach. *In: South Med J* 49 : 353-358
- Turner LA, Althof SE (1990) Self injection of papaverine and phenotomaline in the treatment of psychogenic impotence. *J Sex Mar Ther* 16 : 1-16
- Virag R, Frydman D (1984) Intracavernosal injection of papaverine as a diagnostic and therapeutic method in erectile failure. *Augiol* 35 : 79-84

Entwicklung, Weiterbildung und praktische Tätigkeit von Psychotherapeuten

Erfahrungen einer ersten Befragung von Psychotherapeuten mit der deutschen Version des „Common Core Questionnaire“ - Fragebogens im Rahmen der 41. Lindauer Psychotherapiewochen

P. Buchheim, M. Cierpka, I. Gitzinger, H. Kächele, D. Orlinsky in Zusammenarbeit mit H. Ambühl, Th. Seifert und U. Willutzki und dem „Collaborative Research Network (CRN)” *

Einleitung

Die Grundkonzepte der psychotherapeutischen Weiterbildung, nämlich Vermittlung von theoretischem Wissen, die praktische Erfahrungen unter Supervision und die Selbsterfahrung, aber auch der Einfluß der psychotherapeutischen Weiterbildung auf die Person des Therapeuten sind in zahlreichen Studien zum Gegenstand systematischer Forschung geworden.

Die Empfehlung von H. Stolze in seiner Monographie „Wege zur allgemeinen Psychotherapie“ (1967), Fachpsychotherapeuten sollten sich nicht vorwiegend auf die Behandlung von Patienten beschränken, sondern auch aktiv an der psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung mitwirken, können wir heute erweitern auf die Notwendigkeit der Beteiligung von Psychotherapeuten an der Weiterbildungsforschung.

In den letzten Jahren stellte sich für die Planung und Gestaltung der Psychotherapiewochen immer häufiger die Frage, welchen Stellenwert die Konzepte der psychotherapeutischen Weiterbildung und das Veranstaltungsangebot der Lindauer Psychotherapiewochen speziell für die Teilnehmer haben.

In Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart wurde die Beteiligung von Teilnehmern der Lindauer Psychotherapiewochen an einem internationalen Forschungsprojekt in die Wege geleitet, das als „International Study of the Development of Psychotherapists (ISDP)” im Rahmen eines „Collaborative Research Network (CRN)” (Orlinsky et al. 1991) in zahlreichen Ländern durchgeführt wird. Die Studie erfolgt in Form einer

Fragebogenuntersuchung, in der die berufliche und persönliche Entwicklung von Psychotherapeuten, insbesondere bezüglich ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung und der von ihnen ausgeübten Psychotherapie untersucht wird.

Zusätzlich wurde von der Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen ein Fragebogen zur speziellen Weiterbildungssituation in Lindau entworfen. Die Teilnehmer sollten angeben, welche Veranstaltungsart (Vorlesung, Seminar, Kurs, Übung) sie besonders bevorzugen und welchen Nutzen sie aus diesen unterschiedlichen Veranstaltungen für ihre berufliche und persönliche Entwicklung ziehen.

Von insgesamt 3311 Teilnehmern der 41. Lindauer Psychotherapiewochen, darunter 197 wissenschaftliche Mitarbeiter, haben sich 550 Teilnehmer (16%) an dem Forschungsprojekt beteiligt und den CCQ-Fragebogen sowie den zusätzlichen Fragebogen für die Weiterbildungssituation in Lindau ausgefüllt und abgegeben.

Im Mai und Juni 1991 konnten in der Forschungsstelle in Stuttgart 132 Fragebögen (24%) in eine Datenbank eingegeben und zu einer ersten statistischen Auswertung und orientierenden Betrachtung der Ergebnisse herangezogen werden.

Hauptsächliches Ziel der Darstellung dieser Untersuchung zur psychotherapeutischen Weiterbildungsforschung ist, den Teilnehmern an der Studie möglichst bald in den „Lindauer Texten“ eine erste Rückmeldung zu geben und über den weiteren Ablauf des Projekts zu informieren.

Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung als Gegenstand systematischer Forschung

Schon früh gab es in der Psychoanalyse und den anderen Psychotherapieformen Ansätze, neben der Ergebnis- und Verlaufsforschung (Glover 1952) auch eine Forschung für den Bereich der Aus- und Weiterbildung zu fordern. So wurde bereits 1947 an der Menninger Foundation in Topeka damit begonnen, systematisch den Prozeß der Auswahl für die psychiatrisch - psychodynamische Weiterbildung zu untersuchen (Holt u. Luborsky 1958a, 1958b).

Weitere akzentuierte Bemühungen um die Qualität der Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie verdanken wir der Schule von Rogers (1951). In diese Zeit fallen auch die bahnbrechenden experimentellen Aktionsforschungen von Strupp (1955), deren Relevanz als potentielle Strategie für Ausbildungsforschung damals nicht so betont wurde. In einer Studie zur Bedeutung der persönlichen Analyse (Lehrtherapie, Lehranalyse) zeigte Strupp (1955), daß die eigene analytische Erfahrung zu einem unterschiedlichen behandlungstechnischen Umgang mit experimentell gesetzten bedrohlichen Situationen führt.

Ekstein u. Wallerstein (1958) legten die erste systematische Monographie über den Lehr- und Lernprozeß in psychoanalytischer Psychotherapie vor, der 1966 die Monographie von Fleming u. Benedek (1966) folgte. Diese klinischen Untersuchungen zu Weiterbildungsaspekten, insbesondere zum Supervisionsprozeß, fanden v. a. im anglo-amerikanischen Raum Unterstützung durch die strengen Ausbildungsrichtlinien der psychoanalytischen Vereinigungen (Lewin u. Ross, 1960), die sich auch auf die Gestaltung der psychotherapeutischen Weiterbildungsgänge erheblich kodifizierend auswirkten. Obwohl man auch bei uns davon sprechen kann, daß viel über Supervision nachgedacht wird (Studdt 1985), ist die Zahl systematischer Studien über Ziele, Prozesse und Ergebnisse von Supervisionen noch gering. Interessante Hinweise auf methodische Möglichkeiten finden sich bei Hess (1980) und Wallerstein (1981) in einem Einzelfallsupervisionsprojekt, dem sog. „San Francisco Projekt“. Szecsödy (1990) berichtet hingegen über langjährige methodische Entwicklungen, anhand von Verbatimprotokollen den Prozeß der Supervision bezüglich seiner Ziele zu analysieren. Im deutschen Sprachraum sind Veröffentlichungen wie die von Frank u. Vaitl (1985) über die Entwicklung eines Fragebogens zur Supervision von Psychotherapien (FSPT) noch selten.

Untersuchungen zur klinisch-psychologischen Weiterbildung, die zunehmend einen größeren Teil der psychotherapeutischen Weiterbildung ausmachen, sind methodisch von einem klientenzentrierten Paradigma geprägt. Hier finden sich eine Reihe von Detailuntersuchungen, deren Relevanz im einzelnen schwer abzuschätzen ist (Matarazzo u. Patterson 1986). Wenn z. B. Muslin et al. (1981) mit Hilfe von Videobeobachtungen herausfinden, daß lediglich 54% der Themen einer Psychotherapiestunde in den Supervisionssitzungen zur Sprache kommen und zudem in den meisten Fällen „etwas verändert“ vom Therapeuten berichtet werden, ist dieser Befund für den psychodynamisch orientierten Therapeuten keineswegs beunruhigend, während er für einen behavioral orientierten Therapeuten Anlaß sein könnte, seine Registrierungsmethoden der Stundeninhalte kritisch zu überprüfen.

Im Umfeld der klientenzentrierten und behavioralen Ausbildungen sind Bemühungen nach wie vor bedenkenswert, die psychotherapeutischen Programme weniger an den theoretischen Konzepten der Verfahren zu orientieren, sondern mehr Anleitung zu geben, wie sich der Therapeut gegenüber dem Patienten praktisch zu verhalten hat.

Inzwischen sind Angleichungen zu beobachten, die mit der Einführung der Psychotherapiemanuale in allen Therapieschulen eine stärkere Betonung des konkret-praktischen Trainings nach sich ziehen (Luborsky 1988). Zugleich aber müssen alle, die psychotherapeutische Techniken entwickeln, erkennen, daß psychotherapeutisches Handeln nicht wie ein Rezept verabreicht werden kann.

Auch wenn Rogers (1957) Drei-Komponenten-Theorie - Wärme, Echtheit und Empathie - heute nicht mehr als hinreichende Erklärung für eine wirksame

Behandlung betrachtet werden kann, so ist seine empiristische Innovation inzwischen zu einer von allen Therapieschulen geteilten Überzeugung geworden. Oder sollte sein Anliegen, den Ausbildungsstand des künftigen Psychotherapeuten neugierig zu erkunden und mit noch größerer Neugierde dem erfahrenen Psychotherapeuten seine Kunst abzulauschen immer noch ein Wunschdenken sein? Nach Thomä u. Kächele (1985) geht es bei der Erforschung der psychoanalytischen Situation durch Dritte ganz wesentlich um den Beitrag des Analytikers zum therapeutischen Prozeß. Gerade weil die Kompetenz des Analytikers eine so persönliche Angelegenheit ist, muß er für die von ihm bevorzugte Theorie und ihre Verwirklichung in der Praxis ebenso geradestehen wie für Erfolg und Mißerfolg der Therapie.

So sehr Audio- und Videoaufzeichnungen es heute erlauben, sich ein genaueres Bild davon zu machen, was verbal und averbal in der jeweiligen Interaktion und somit auch in Übertragung und Gegenübertragung zwischen Therapeut und Patient tatsächlich abläuft, so sehr ist zugleich der persönliche Erfahrungsbericht des Psychotherapeuten in oder nach seiner Ausbildung eine unverzichtbare Quelle der möglichen Einsicht und Erkenntnis.

Forschung im Bereich der psychotherapeutischen Weiterbildung kann sich deshalb nicht nur auf die Kontrolle des Faktischen ausrichten, sondern muß auch die Reflektion des Erlebten einbeziehen. Diesem Aspekt versucht die von Orlinsky initiierte Studie, die „International Study for the Development of Psychotherapists“, gerecht zu werden.

Grundkonzepte psychotherapeutischer Weiterbildung

Fast alle Ausbildungsprogramme basieren auf den Fundamenten der theoretischen Grundlagen, der Behandlung unter Supervision und der Selbsterfahrung (Abb. 1). Je nach Verfahren konzentriert man sich auf unterschiedliche Schwerpunkte in diesen drei Bereichen.

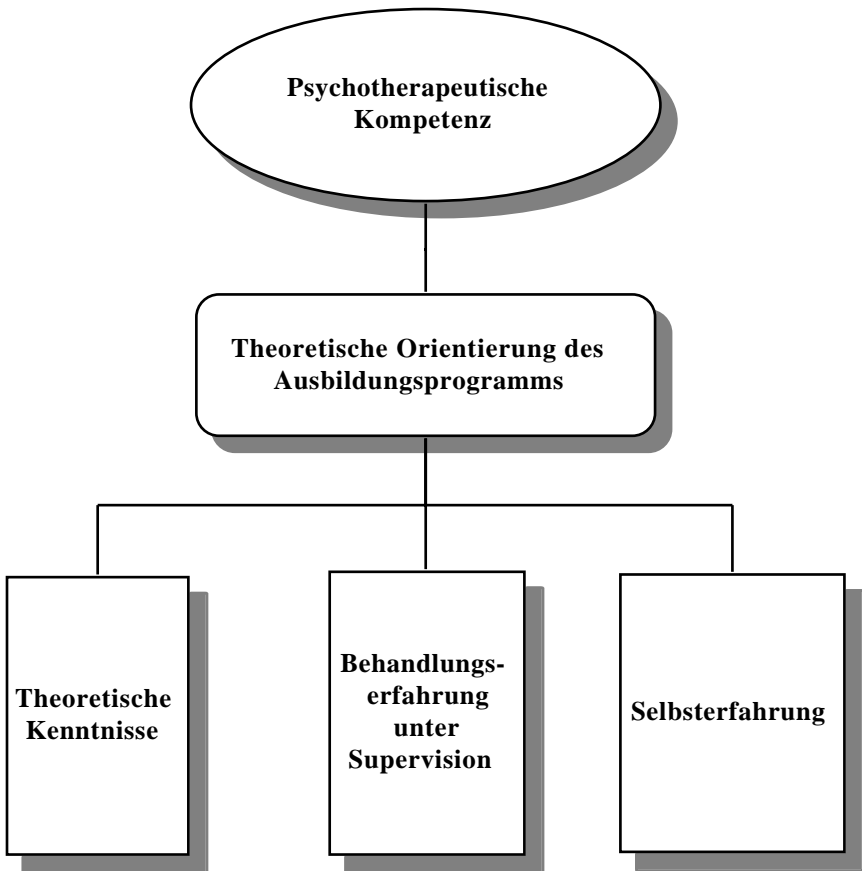


Abb. 1. Drei Fundamente der psychotherapeutischen Weiterbildung

Allerdings wurde nur selten untersucht, inwieweit ein Ausbildungsteilnehmer tatsächlich über die notwendigen theoretischen und praktischen Grundlagen verfügt, da eine Evaluation dieser Inhalte für den Ausbildungsteilnehmer einer Prüfungssituation gleichkommt.

Mehr Beachtung wurde v. a. der Supervision von Behandlungen geschenkt. Gerade in den verhaltenstherapeutischen Schulen finden sich eine Vielzahl von Ansätzen, um die entsprechenden therapeutischen Übungen zu kontrollieren. Im Rollenspiel z. B. kann man nachprüfen, inwiefern eine bestimmte Verhaltensweise vom Therapeuten tatsächlich eingehalten wird. Obwohl in der

psychoanalytisch orientierten Therapie die Supervision im Mittelpunkt der Ausbildung steht, sind hier empirische Untersuchungen jedoch selten geblieben.

Für die familientherapeutische Ausbildung fordern Kniskern u. Gurman (1979) bestimmte Kriterien, um die Wirksamkeit eines Ausbildungsprogramms differenziert beurteilen zu können, die sich auch auf andere psychotherapeutische Weiterbildungsprogramme übertragen lassen.

Die Einschätzung der Ausbildung sollte mehrere Dimensionen erfassen, nicht nur aus der Perspektive des Teilnehmers erfolgen, sondern durch die Sichtweise der Ausbilder und der unabhängigen Beurteiler erweitert werden.

Die folgenden Kriterien gelten ganz allgemein für das Erwerben der psychotherapeutischen Kompetenz:

Im Verlauf einer psychotherapeutischen Ausbildung sollte erstens das konzeptuelle Wissen über Patienten zunehmen. Weiterhin sollte der Therapeut nach seiner Ausbildung mehr von der individuellen Psychodynamik und den partnerschaftlichen und familiären Interaktionsmustern verstehen und ein therapeutisches Problem in verschiedenen Behandlungsmodellen beschreiben können.

Der zweite Bereich, in dem Veränderungen beobachtet werden sollten, ist das wirkliche Verhalten des Therapeuten in der Therapie, denn letztlich zählen nur Veränderungen, die sich auf die Therapie bzw. das Therapeutenverhalten auswirken. Dabei ist eine Kombination der Einschätzung durch den Therapeuten selbst, den Supervisor und einen unabhängigen Beurteiler optimal.

Drittens sollte nach Veränderungen der Lebensumstände und des Selbstkonzepts des Ausbildungskandidaten gesucht werden. Solche Veränderungen können sowohl vom Kandidaten wie auch von einem Angehörigen durch Test oder in einem einfachen Bericht beschrieben werden.

Der vierte und letzte Bereich, den Kniskern u. Gurman (1979) hervorheben, betrifft das Therapieergebnis. Nach Ansicht der Autoren ist dieser Bereich zwar am schwierigsten zu beurteilen, da hier die ganzen Fragen der Outcome-Forschung mit hinzukommen. Allerdings könne sich kein Trainingsprogramm als effektiv bezeichnen, solange es nicht nachweist, daß der Therapeut nach seiner Ausbildung mehr positive und weniger negative Effekte bei den Patienten hervorruft.

Die drei Fundamente in der psychotherapeutischen Weiterbildung, Vermittlung von theoretischem Wissen, praktische Erfahrungen unter Supervision und Selbsterfahrung, haben sich als brauchbare Richtlinien für ein Psychotherapiecurriculum bewährt. Über die weitere Ausgestaltung dieser Komponenten und die Wechselwirkung zwischen den Komponenten wissen wir noch wenig. So gibt es kaum verbindliche Erfahrungen darüber, welche Stufen in der Ausbildung zu welchem Zeitpunkt im Trainingsprogramm eingeplant werden sollen.

Einfluß der Weiterbildung auf die Kompetenz und die berufliche und persönliche Entwicklung von Psychotherapeuten

Der Einfluß der psychotherapeutischen Weiterbildung auf die Person des Therapeuten ist vielgestaltig. Für die familientherapeutische Ausbildungsforschung benutzten Cierpka u. Hofmann (1992) eine Metapher. Wenn man einen Stein ins Wasser wirft, werden mehrere konzentrische Wellen ausgelöst. Diese Wellen flachen mit größer werden dem Abstand ab, so daß letztlich unklar bleibt, wieweit der Einfluß der Wellen auf die Wasseroberfläche reicht. Diese Metapher beschreibt möglicherweise auch den Einfluß der psychotherapeutischen Weiterbildung auf die Person des Therapeuten (s. Abb. 2).

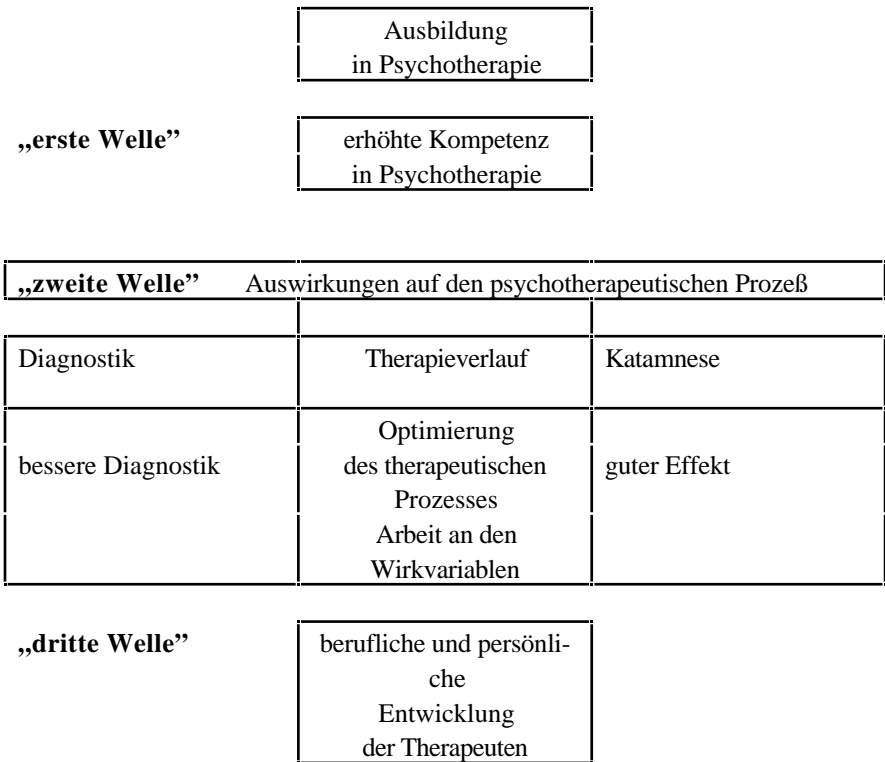


Abb. 2. Die „wellenförmigen“ Auswirkungen der Weiterbildung in Psychotherapie

Veränderungen im Verlauf eines Ausbildungscurriculums sind in einer „ersten Welle“ zunächst als unmittelbarer Lernerfolg des Teilnehmers beurteilbar. Im Zusammenhang mit der „zweiten Welle“ kann überprüft werden, ob die absolvierte Ausbildung des Therapeuten tatsächlich zu objektivierbaren therapeutischen Veränderungen bei seinen Patienten geführt hat. In einer „dritten Welle“ kann der Einfluß der Ausbildung auf die Persönlichkeit des Therapeuten erfasst werden. Die Entwicklung des Therapeuten vollzieht sich während seines gesamten beruflichen und persönlichen Lebens, doch ist anzunehmen, daß die Veränderungen während der Ausbildungszeit besonders maßgebend sind. Diese Veränderungen beim Psychotherapeuten wurden bisher kaum untersucht. Fast alle Studien haben sich überwiegend mit der Erhöhung der Kompetenz der Therapeuten während eines Ausbildungsprogramms befaßt (vgl. Matarazzo u. Patterson 1986).

Überregionale psychotherapeutische Weiterbildung im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen

Die Lindauer Psychotherapiewochen sind eine seit 1950 bestehende jährlich stattfindende Fort- und Weiterbildungsveranstaltung deutschsprachiger Psychotherapeuten. Während in den 50er Jahren zunächst 500 bis 600 Teilnehmer für eine Woche nach Lindau kamen, erhöhte sich die Zahl in den 60er Jahren bereits auf 1000 Teilnehmer. Als 1971 die Dauer der Tagung auf zwei Wochen ausgedehnt wurde, stieg die Teilnehmerzahl weiter kontinuierlich an.

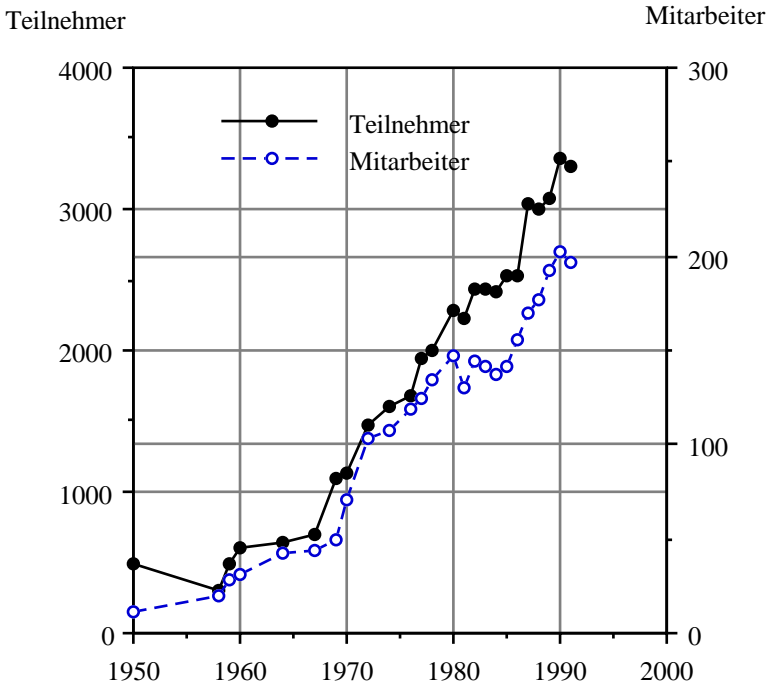


Abb. 3. Anzahl der Teilnehmer und Mitarbeiter der Lindauer Psychotherapiewochen in den Jahren von 1950-1991

So erreichten die Psychotherapiewochen in Lindau Ende der 70er Jahre in beiden Wochen einen Umfang von 2000 und Ende der 80er Jahre eine Größe von 3500 Teilnehmern, die den verschiedensten ärztlichen, psychologischen und anderen psychosozialen Tätigkeitsbereichen angehören (Abb. 3).

Die Zahl der Mitarbeiter, die zu Vorträgen, Vorlesungen und zur Leitung von Veranstaltungen in kleinen Gruppen nach Lindau eingeladen wurden, wuchs ebenfalls kontinuierlich von anfänglich 20 auf jetzt ca. 200 an. Die Vortragenden und die Kursleiter vertreten unterschiedlichste theoretische Konzepte, praktische Behandlungsverfahren und Trainingsmethoden in der Psychotherapie.

Unter den insgesamt 3311 Teilnehmern des Jahres 1991 bildeten 2168 Ärzte (einschließlich Medizinstudenten) mit einem Anteil von ca. 60% und 628 Psychologen (einschließlich Studenten der Psychologie) mit einem Anteil von ca. 20% die größten Berufsgruppen. Darüberhinaus haben noch 135 andere ebenfalls in psychosozialen Bereichen tätige Kolleginnen und Kollegen sowie 183 weitere Teilnehmer die 41. Psychotherapiewochen besucht.

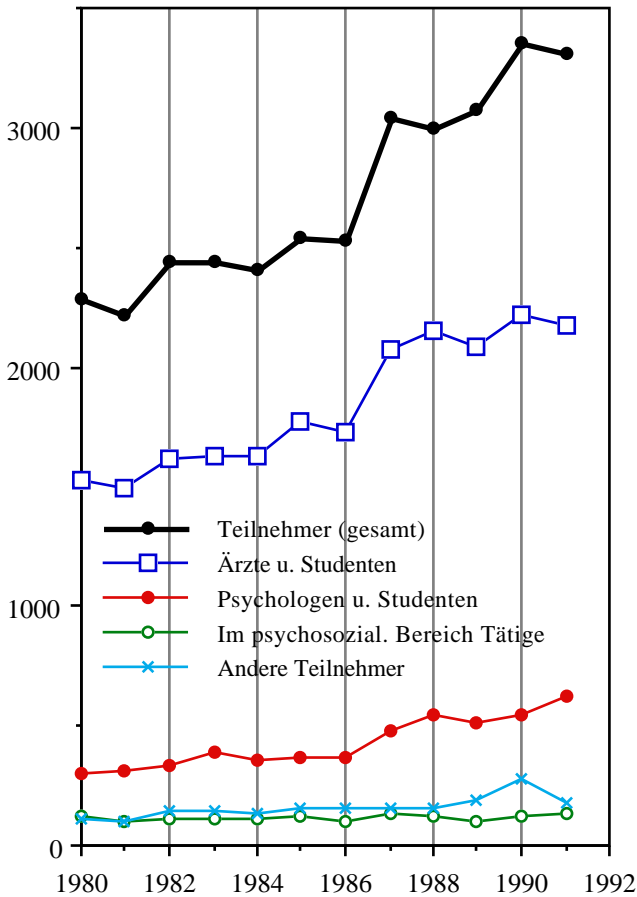


Abb. 4. Differenzierung der Teilnehmer der Lindauer Psychotherapiewochen nach Tätigkeitsbereichen. Teilnehmerzahlen in den Jahren von 1980 bis 1991.

Wie aus der graphischen Darstellung (Abb. 4) zu ersehen ist, sind die Teilnehmerzahlen für Ärzte und Psychologen in den 80er Jahren bei einer etwa gleichbleibenden Relation von 3 : 1 kontinuierlich angestiegen.

Im Rahmen des psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsprogramms werden in Lindau Kenntnisse auf der Grundlage unterschiedlicher theoretischer Orientierungen und praktische Erfahrungen in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren angeboten. Inhaltlich basieren diese Kenntnisse und Erfahrungen auf den Theorien und Methoden der Psychoanalyse und der

psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie, der kognitiven Psychotherapie, der Gestalttherapie, des Psychodramas und anderer Verfahren. Die Kenntnisse werden in Form von Vorträgen, Vorlesungen und Seminaren und praktischen Erfahrungen in Form von Kleingruppen in Kursen und Übungen vermittelt.

Frühere Ansätze zur Weiterbildungsforschung im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen

Mitte der 60er Jahre führte Stolze (1967), langjähriger Leiter der Lindauer Psychotherapiewochen, mit Unterstützung der DFG bei niedergelassenen Ärzten, jungen Klinikassistenten und Medizinstudenten eine breit angelegte Befragung zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung durch. Ziel der Untersuchung war es, die psychotherapeutischen Einstellungen, Vorkenntnisse und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die Umsetzung und Anwendung von Psychotherapie in Klinik und Praxis bei diesen unterschiedlichen ärztlichen Gruppierungen zu erfassen und zu vergleichen. Stolze kam in seiner Monographie „Wege zur allgemeinen Psychotherapie“ (1967) u. a. zu dem Ergebnis, daß eine Integration der Psychotherapie in die gesamte Medizin nur realisiert werden kann, wenn die relativ kleine Zahl von Fachpsychotherapeuten sich nicht vorwiegend auf die Behandlung von Patienten beschränkt, sondern aktiv an der psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung mitwirkt.

Während der 37. Lindauer Psychotherapiewochen unternahm Ferchland-Mahlzahn u. Lermer (1978) in Zusammenarbeit mit Enke, dem damaligen Leiter der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart, eine vergleichende Untersuchung an Trainingsgruppen mit Selbsterfahrungscharakter. Bei dieser Fragebogenerhebung wurde von der Überlegung ausgegangen, ob die Teilnehmer diese Gruppenveranstaltungen primär aus Gründen der eigenen Selbsterfahrung oder zum Zweck der professionellen Fortbildung besuchen. Es zeigte sich, daß lediglich die Teilnehmer der analytischen Selbsterfahrungsgruppen den Wert der Selbsterfahrung als gleichbedeutend oder bedeutender gegenüber dem Kennenlernen der Methode einschätzten. Bei den anderen Trainingsgruppen wie z. B. Psychodrama, Gestalttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie oder Gesprächspsychotherapie stand dagegen das Kennenlernen der Methode im Vordergrund des Interesses.

Einstieg in eine systematische, empirische Weiterbildungsforschung in Lindau durch Beteiligung an einem internationalen Forschungsprojekt

Anlässlich der 40. Lindauer Psychotherapiewochen traf die wissenschaftliche Leitung in Absprache mit dem Vorstand der „Vereinigung für psychotherapeutische Weiterbildung“ und dem wissenschaftlichen Beirat die Entscheidung, sich künftig einer systematischen und kontinuierlichen Weiterbildungsforschung zuzuwenden. Den Initiatoren schien nun auch der geeignete Zeitpunkt gekommen, sich in Lindau an Studien zur Weiterbildungsforschung mit Hilfe neu entwickelter empirischer Methoden zu beteiligen. Zudem stellte sich für die Planung und Gestaltung der Psychotherapiewochen immer häufiger die Frage, welchen Stellenwert die psychotherapeutische Weiterbildung und das Veranstaltungsangebot speziell für die in Lindau teilnehmenden Therapeuten hat.

In Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart wurde die Beteiligung an einem internationalen Forschungsprojekt in die Wege geleitet, das als „International Study of the Development of Psychotherapists (ISDP)“ im Rahmen eines „Collaborative Research Network (CRN)“ (Orlinsky et al. 1991) in zahlreichen Ländern durchgeführt wird.

Die Forschungsziele der „International Study of the Development of Psychotherapists (ISDP)“ und die Funktion des „Collaborative Research Network (CRN)“

Das „Collaborative Research Network (CRN)“ setzt sich aus einer Gruppe von Mitgliedern der Society for Psychotherapy Research (SPR) zusammen, die sich 1989 anlässlich der „3rd European Conference on Psychotherapy Research“ in Bern konstituierte, um eine internationale Studie über die Entwicklung von Psychotherapeuten durchzuführen. Grundsätzlich können alle Mitglieder der SPR am CRN, dem 1991 bereits 75 korrespondierende Mitglieder aus 17 Ländern angehörten (Orlinsky et al. 1991), mitwirken. Das „Collaborative Research Network (CRN)“ trifft sich jährlich auf den SPR-Konferenzen und in der Zwischenzeit wird es von einem aus 12 Mitgliedern bestehenden „Steering-Committee“ geleitet.

Die Internationale Studie über die Entwicklung von Psychotherapeuten (ISDP) verfolgt drei Hauptziele: Das erste Ziel bezieht sich auf die Frage, wie Psychotherapeuten verschiedene Aspekte der „Entwicklung“ erleben und diese sich in ihrer Tätigkeit manifestieren. Zum zweiten geht es um den Vergleich von Merkmalen

„psychotherapeutischer Entwicklung“ in unterschiedlichen beruflichen Disziplinen und theoretischen Orientierungen und unter verschiedenen nationalen und kulturellen Bedingungen. Drittens sollen Einflüsse untersucht werden, die aus den verschiedenen Bereichen der Ausbildung, der Arbeit und den persönlichen Erfahrungen auf die Entwicklung von Therapeuten begünstigend, anregend oder gelegentlich auch behindernd einwirken.

Die Studie erfolgt in Form einer Fragebogenuntersuchung, in der die berufliche und persönliche Entwicklung von Psychotherapeuten, insbesondere bezüglich ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung und der von ihnen ausgeübten Psychotherapie untersucht wird.

Konstruktion und Fragestellungen des „Common Core Questionnaire (CCQ)“- Fragebogeninstruments

Die englischsprachige Version des CCQ-Fragebogens besteht aus 9 Sektionen mit insgesamt 364 Items. Bei 8 Items wie z. B. bei der Frage nach der theoretischen Orientierung des Psychotherapeuten können kurze freie Antworten auf offene Fragen formuliert werden. Die übrigen Items basieren auf strukturierten Fragen, die entweder in Form von Checklisten oder Skalen vorgegeben werden.

Das Instrument wurde möglichst benutzerfreundlich konstruiert und es wurde darauf Wert gelegt, daß die Beantwortung nicht mehr als 1 bis 1 1/2 Stunden in Anspruch nimmt.

Folgende Bereiche (Orlinsky et al. 1991) werden mit dem CCQ-Fragebogen untersucht:

1. Berufliche Ausbildung

Berufliche Orientierung, Ausbildung und Tätigkeit (z. B. Psychiater, Psychologe, Psychoanalytiker, Psychotherapeut, Sozialarbeiter) sowie Art, Dauer und Schwerpunkt der psychotherapeutischen Weiterbildung (z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Familien- oder Gruppentherapie)

2. Praktische Berufserfahrung

Art und Dauer der beruflichen und psychotherapeutischen Berufserfahrung (z. B. in stationären oder ambulanten Einrichtungen, Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) in Bezug auf die durchgeführten Psychotherapieformen (Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie) und die Altersgruppen der behandelten Patienten.

3. Entwicklung als Therapeut

Einschätzung der persönlichen Entwicklung als Psychotherapeut unter Berücksichtigung der anfänglichen und derzeitigen therapeutischen Fähigkeiten, der primären theoretischen Orientierungen (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, kognitiv, humanistisch, systemorientiert) einschließlich der Einflüsse durch die Formen der Weiterbildung wie z. B. Therapieerfahrung mit Patienten, formelle Supervision, Teilnahme an didaktischen Kursen oder Seminaren, persönliche Therapie, eigene Lebenserfahrung.

4. Eigene Therapie

Grundsätzliche Einstellung zum Wert von Selbsterfahrung und zu früheren und derzeitigen Erfahrungen in persönlicher Therapie, Analyse oder Beratung.

5. Theoretische Orientierung

Fragen nach den theoretischen Konzepten, auf denen die derzeitige therapeutische Tätigkeit basiert (z. B. psychoanalytische, verhaltenstherapeutische, humanistische Konzepte), nach den therapeutischen Zielen und den Idealvorstellungen von der eigenen therapeutischen Haltung einschließlich einer offenen Frage nach der theoretischen Orientierung.

6. Gegenwärtige Entwicklung

Fragen zum gegenwärtigen Entwicklungsstand als Therapeut und zu den positiven und negativen Einflüssen von Fort- und Weiterbildung (z. B. Supervision, Zusammenarbeit mit Kotherapeuten, Besuch von Kursen und Seminaren, eigene Forschungsstätigkeit etc.).

7. Derzeitige Praxis

Darstellung des äußeren Rahmens und Dauer der gegenwärtigen psychotherapeutischen Tätigkeit (z. B. in stationärer oder ambulanter Einrichtung, Einzel- oder Gemeinschaftspraxis), Zufriedenheit mit der Tätigkeit, Art und Anzahl der durchgeführten Therapien (Einzel-, Paar, Familien-, Gruppentherapie) sowie Altersverteilung und Störungsniveau der behandelten Patienten.

8. Derzeitige therapeutische Arbeit

Qualitative Beurteilung der derzeitigen therapeutischen Arbeit, mit Augenmerk auf die Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit und deren Bewältigung, Handhabung der therapeutischen Beziehung, Selbstwahrnehmung als Therapeut und besondere Belastungen und Interventionsformen in der Arbeit mit Patienten.

9. Zur Person

Charakterisierung durch Angaben zur Person, Lebenssituation, zum Selbstkonzept und zu Einstellung und Verhalten in engen zwischenmenschlichen Beziehungen.

10. Zusatzfragen zu den Bewältigungsstrategien

11. Fragebogen zur speziellen Weiterbildungssituation in Lindau

Fragen (a) zur Häufigkeit der Teilnahme an den Lindauer Psychotherapiewochen, (b) nach den primär gewünschten Veranstaltungen der 1. Wahl, differenziert nach Vorträgen und Vorlesungen, Seminaren, Kursen und Übungen und (c) den tatsächlich besuchten Veranstaltungen. Weiterhin wurden die Teilnehmer aufgefordert, den Wert der von ihnen besuchten Veranstaltungen für ihre (d) berufliche und (e) persönliche Entwicklung zu beurteilen.

Zu den Forschungskonzepten des CCQ-Fragebogens im Rahmen der „International Study of the Development of Psychotherapists (ISDP)“

Die der Studie zugrundeliegende Struktur der ISDP (Orlinsky et al. 1991) kommt in den Variablen zum Ausdruck, die mit dem CCQ-Fragebogen erfasst werden.

Die abhängigen Variablen (I) beziehen sich auf die Entwicklung als Psychotherapeut und untersuchen zum einen den derzeitigen Entwicklungsstand (A) z. B. in Form einer Selbsteinschätzung aktueller Veränderungen und Entwicklungen sowie Stärken und Einschränkungen als Therapeut. Weiterhin wird die therapeutische Entwicklung retrospektiv erfaßt (B) z. B. Veränderungen der therapeutischen Fähigkeiten im Verlauf der psychotherapeutischen Weiterbildung und Berufstätigkeit. Sodann wird der Entwicklungsstand der therapeutischen Fähigkeiten (C) in bezug auf berufliche Rollenidentität, Schwierigkeiten in der Ausübung der Therapie und den Einsatz von Bewältigungsstrategien verglichen.

Schließlich werden die therapeutischen Fähigkeiten im zeitlichen Verlauf der Entwicklung betrachtet.

Vergleichende Variablen (II) sollen der Differenzierung von therapeutischen Untergruppierungen dienen, in bezug auf Nationalität (A), Berufsbild (B) und theoretische Orientierungen (C) der Therapeuten.

Als mögliche Determinanten der Entwicklung (III) werden zusammenhängende Variablen wie berufliche Erfahrung als Psychotherapeut (A), berufliche und psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung (B), derzeitige psychotherapeutische Praxisausübung (C), Selbsterfahrung (D), persönliche Situation des Therapeuten

wie Selbstkonzept und Lebenssituation (E) und besondere Merkmale der therapeutischen Tätigkeit bezüglich Stärken und Schwächen, die der persönlichen Entwicklung als Therapeut zugeschrieben werden.

Die Hauptfragestellungen des ISPD-Projekts beziehen sich (Orlinsky et al. 1991) zum einen auf die persönliche Entwicklung von Psychotherapeuten, auf ihr Berufsbild und ihre therapeutische Kompetenz. Weiterhin geht die Studie der grundsätzlichen Frage nach, inwieweit sich die Phänomene der persönlichen Entwicklung als Therapeut generalisieren und in ihrer Variabilität differenzieren lassen. Das dritte Hauptziel der Studie ist die Suche nach Korrelaten und möglichen Determinaten der therapeutischen Entwicklung.

Die mit dem CCQ-Fragebogen gesammelten Daten werden von den Mitgliedern des Steering-Committee ausgewertet und auf Wunsch allen Mitgliedern des Collaborative Research Network für eigene Forschungsprojekte zur Verfügung gestellt.

Die „International Study of the Development of Psychotherapists (ISDP)“ ist als naturalistische und gleichzeitig systematisch explorative Studie zu betrachten. Psychotherapeuten haben als Forscher ein Instrument für Psychotherapeuten entwickelt, mit dem sie selbst Untersuchungen innerhalb ihrer Berufsgruppe durchführen können.

Als hauptsächliche Zielgruppen für die Untersuchung werden Mitglieder psychotherapeutischer Gesellschaften und Vereinigungen, Teilnehmer an psychotherapeutischen Kongressen und Seminaren sowie Ausbilder und Kandidaten psychotherapeutischer Weiterbildungszentren angesehen. Es sind jedoch auch einzelne Therapeuten eingeladen, durch persönlichen Kontakt mit CRN-Mitgliedern und über einen individuellen Forschungsvertrag an der Studie teilzunehmen.

Vorbereitung, Zielvorstellungen und Durchführung der Untersuchung mit dem CCQ-Fragebogen während der 41. Lindauer Psychotherapiewochen

Zur Vorgeschichte und Vorbereitung des Projektes in Lindau ist zu berichten, daß Horst Kächele, Manfred Cierpka und Peter Buchheim Ende Juni 1990 auf dem Treffen der Society for Psychotherapy in Wintergreen, Virginia (USA) von David Orlinsky über die von ihm initiierte Studie erfuhren und mit ihm über die Durchführung eines ersten größeren Teilprojektes in Deutschland diskutierten. Es bestand bald Einigkeit darüber, daß die Mitarbeiter und viele Teilnehmer der Lindauer Psychotherapiewochen als eine geeignete Zielgruppe für die „International Study of the Development of Psychotherapists“ anzusehen sind.

Eine Untersuchung mit diesem Instrument schien uns, über die oben genannten grundlegenden Forschungsziele hinaus, die Möglichkeit zu bieten, bezüglich der theoretischen Orientierungen, der psychotherapeutischen Vorerfahrungen und der beruflichen Tätigkeitsbereiche einen detaillierteren Einblick in die Gruppe der Mitarbeiter und Teilnehmer in Lindau zu bekommen.

Bei einem Besuch von D. Orlinsky im September 1990 in Ulm und München wurde die weitere Zusammenarbeit im Rahmen des Collaborative Research Network (CRN) besprochen. Anschließend erfolgte die Kontaktaufnahme mit H. Ambühl, Bern und U. Willutzki, Bochum, Mitglieder des Steering-Committee, die sich freundlicherweise bereit erklärten, in Absprache mit D. Orlinsky die deutschsprachige Version des CCQ zu erstellen, damit die Fragebögen rechtzeitig zu Beginn der Lindauer Psychotherapiewochen vorliegen konnten.

D. Orlinsky kam nach Lindau und leitete in der 1. Woche ein Seminar zu Fragen der Psychotherapieforschung mit dem Thema: „The generic model of psychotherapy: Theoretical and clinical implications of process-outcome research“.

Interessierte Mitarbeiter und Teilnehmer konnten sich über das dem Projekt zugrundeliegende theorieübergreifende Psychotherapiekonzept - eine Synthese von 40 Jahren Psychotherapieforschung - informieren.

Die Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart übernahm für die Studie die Funktion einer von den Lindauer Psychotherapiewochen unabhängigen Institution, die sich im Rahmen des CRN als „Data-Collection-Center“ versteht. Diese Aufgabe beinhaltet die Organisation des Dateneingangs und der Datenanalyse des Projekts mit den Phasen: Datenerhebung während der Lindauer Psychotherapiewochen (1), Datenerfassung (2) und Datenanalyse (3) durch die Forschungsstelle. I. Gitzinger, Stuttgart, übernahm in allen drei Phasen wichtige Aufgaben.

Nach Übersetzung der neuesten englischsprachigen Version des „Common Core Questionnaire (CCQ)“ über die persönliche Weiterbildung (Teil 1) und über die Durchführung von Psychotherapie (Teil 2) wurde im April 1991 den Mitarbeitern und Teilnehmern der Lindauer Psychotherapiewochen jeweils zu Beginn der ersten und zweiten Woche die deutschsprachige Version des Fragebogens ausgehändigt.

Zusätzlich wurde von der Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen ein Fragebogen zur speziellen Weiterbildungssituation in Lindau entworfen. Die Teilnehmer sollten angeben, welche Veranstaltungsart (Vorlesung, Seminar, Kurs, Übung) sie besonders bevorzugen und welchen Nutzen sie aus diesen unterschiedlichen Veranstaltungen für ihre berufliche und persönliche Entwicklung ziehen.

Bei der Anmeldung im Lindauer Tagungssekretariat wurden die Teilnehmer durch einen Informationsstand zur Mitwirkung an dem Forschungsprojekt aufgefordert und sie erhielten auf Wunsch die deutsche Version des CCQ mit einer Information über das Forschungsprojekt und einen individuellen

Forschungsvertrag mit dem „Collaborative Research Network“ sowie den Fragebogen zur Einschätzung der Weiterbildungssituation in Lindau.

I. Gitzinger, H. Ambühl und D. Orlinsky wechselten sich am ganztägig geöffneten Informationsstand ab und beantworteten zahlreiche Fragen, die sich meist auf technische Details beim Ausfüllen und auf Probleme des Datenschutzes bezogen.

Um die Vertraulichkeit der Angaben zu gewährleisten, wurde jeder Teilnehmer aufgefordert, einen individuellen Code zu erstellen, der sich z. B auf die ersten drei Buchstaben des Mädchennamens der Mutter und des Vornamens des Vaters beziehen konnte.

Dabei wurden die Teilnehmer immer wieder darüber aufgeklärt, daß sie entweder durch ihre Zustimmung als Forschungsteilnehmer mitwirken oder durch einen individuellen Forschungsvertrag aktive Mitglieder des Collaborative Research Network (CRN) werden können.

Alle am Forschungsprojekt Beteiligten waren in dieser neuen und zunächst schwer einschätzbaren Situation gespannt, wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die „Fragebogenaktion“ reagieren würden. Mit Freude wurde dann der zunehmend gute Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen und die positiven Rückmeldungen vieler Teilnehmer erlebt.

Vorläufige Ergebnisse der ersten Auswertung einer Teilstichprobe

Anmerkungen zur Teilstichprobe der Forschungsteilnehmer

Von insgesamt 3311 Teilnehmern der 41. Lindauer Psychotherapiewochen, darunter 197 wissenschaftliche Mitarbeiter, haben sich 550 Teilnehmer (16%) an dem Forschungsprojekt beteiligt und den CCQ-Fragebogen sowie den zusätzlichen Fragebogen für die Weiterbildungssituation in Lindau ausgefüllt und abgegeben (s. Tab. 1).

Im Mai und Juni 1991 konnten in der Forschungsstelle in Stuttgart 132 Fragebögen (24%) in eine Datenbank eingegeben und zu einer ersten statistischen Auswertung und orientierenden Betrachtung der Ergebnisse herangezogen werden. Diese Teilergebnisse wurden auf dem 22. Treffen der „Society for Psychotherapy Research (SPR)“ in Lyon, Frankreich, im Rahmen eines von D. Orlinsky moderierten Panels über die „International Study of the Development of Psychotherapists“ zur Diskussion gestellt (Cierpka, Buchheim, Gitzinger, 1991).

Hauptsächliches Ziel der Darstellung dieser ersten vorläufigen Ergebnisse in den *Lindauer Texten* ist, den Teilnehmern an der Studie möglichst bald eine erste Rückmeldung zu geben und über den Ablauf des Projekts zu informieren. Es soll auf einige Aspekte der Datenauswertung aufmerksam gemacht werden, auch wenn die folgenden Teilergebnisse nicht als repräsentativ für die Gesamtzahl der Teilnehmer der Lindauer Psychotherapiewochen angesehen werden können. Darüber hinaus möchten wir die Teilnehmer der kommenden Lindauer Psychotherapiewochen zur Mitwirkung an dem Projekt und zur Beteiligung an einer künftigen kontinuierlichen Weiterbildungsforschung in Lindau anregen.

Demographische und berufliche Grunddaten der Teilnehmer an der Studie

Aufgrund einiger demographischer und beruflicher Grunddaten ergibt sich von den Therapeuten der bisher ausgewerteten Teilstichprobe ($n = 132$) folgendes Bild:

Der Anteil der Frauen liegt mit 52,8% über dem der Männer mit 47, 2%. Eine abgeschlossene Berufsausbildung haben 90% der Teilnehmer, einen akademischen Grad 95% erworben, darunter sind 70% Doktor der Medizin und 23% Diplompsychologen. 68% der Therapeuten gehören einer Fachgesellschaft an und 58% der Teilnehmer geben eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung an.

Die Altersverteilung der an der Untersuchung beteiligten Teilnehmer (Abb. 6) zeigt einen Gipfel der Altersgruppen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr. Diese Verteilung innerhalb der Teilstichprobe ($n = 132$) entspricht etwa dem ebenfalls zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr liegenden Altersgipfel von Personen einer großen Stichprobe ($n = 4721$) aus dem Jahre 1990, die sich zu den 40. Lindauer Psychotherapiewochen angemeldet hatten. Erwartungsgemäß sind jüngere, noch in Ausbildung befindliche Teilnehmer wie Studenten in Lindau wenig und in der Teilstichprobe nicht vertreten. Insgesamt haben sich nur ca. 20% der älteren, erfahrenen Psychotherapeuten an der Untersuchung beteiligt.

Tab. 1. Übersicht einiger Grunddaten zur Teilstichprobe (n = 132)

	n	in Prozent
Gesamtzahl der Teilnehmer der 41. LPW	3311	100%
Teilnehmer am CCQ-Forschungsprojekt	550	16%
Teilnehmer der ausgewerteten Teilstichprobe	132	4%
	132	100%
Therapeutinnen		53%
Therapeuten		47%
Berufsausbildung abgeschlossen		90%
Akademischer Grad		95%
Doktor der Medizin		70%
Diplompsychologe		23%
Mitglied einer Fachgesellschaft		58%

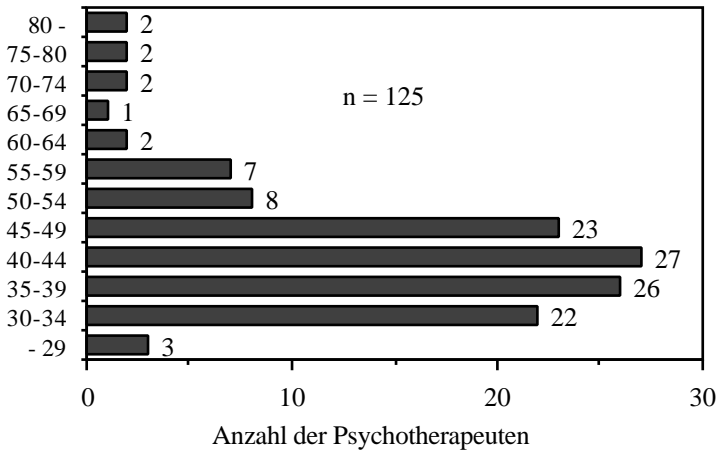


Abb. 5. Altersgruppen der Teilstichprobe von 132 an der Untersuchung beteiligten Psychotherapeuten

Teilnahme an den Lindauer Psychotherapiewochen

Betrachtet man die Häufigkeit der Teilnahme in Lindau der an der Untersuchung beteiligten Psychotherapeuten, scheint noch deutlicher zu werden, daß - unabhängig vom Alter - überwiegend die Therapeuten zur Mitwirkung an der Studie motiviert waren, die zuvor nur 1 bis 2mal (ca. 30%) teilgenommen hatten. Aus den Angaben von 121 Teilnehmern im zusätzlichen „LPW“- Fragebogen über die Häufigkeit ihrer Teilnahme geht weiterhin hervor, daß 40% schon 3 bis 7mal die Lindauer Psychotherapiewochen besuchten. Immerhin finden sich auch einige langjährige Besucher der LPW (ca. 15%) unter den Forschungsteilnehmern, die 10 bis 20mal und sogar öfters, in einem Fall sogar seit Beginn zu den Lindauer Psychotherapiewochen gekommen sind.

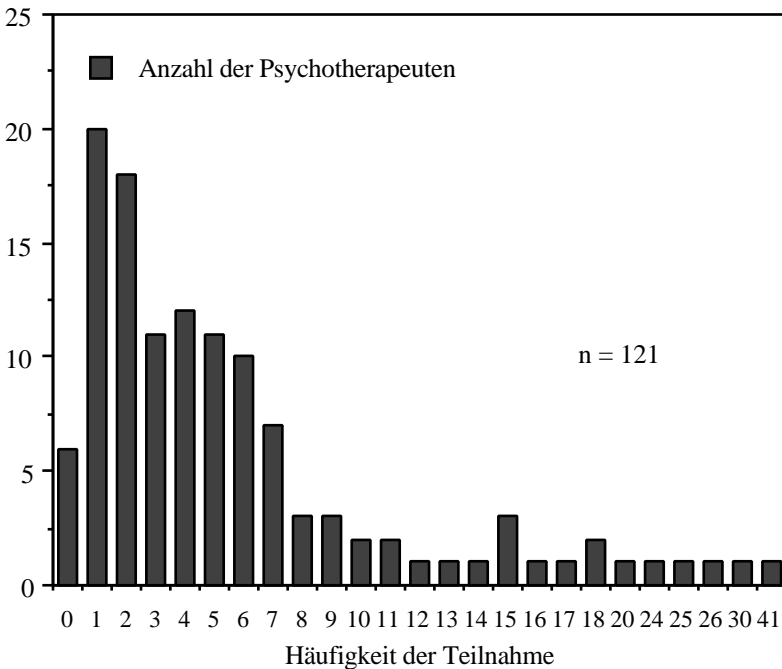


Abb. 6. Häufigkeit der Teilnahme von Psychotherapeuten der Teilstichprobe (n = 121) an den Lindauer Psychotherapiewochen

Berufsgruppen

Unter den im Fragebogen angegebenen Berufsgruppen der Teilstichprobe überwiegen mit über 50% die Kolleginnen und Kollegen, die Ärzte sind und / oder sich als Psychotherapeuten einstufen.

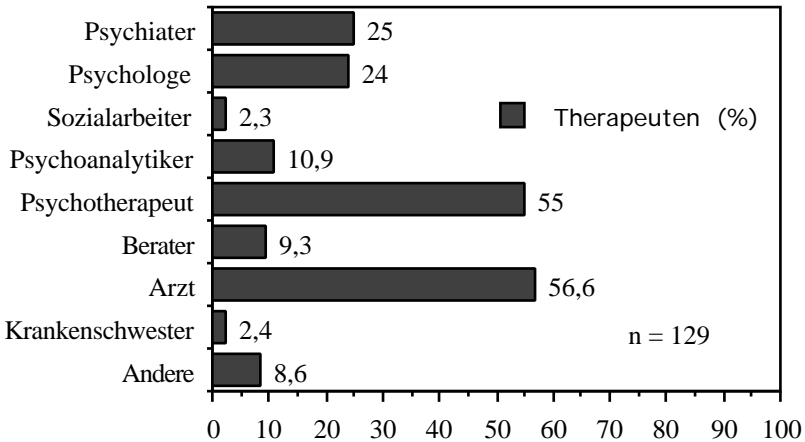


Abb. 7. Prozentuale Verteilung der an der Untersuchung beteiligten Berufsgruppen

Die Daten der Teilstichprobe deuten auf eine ähnliche Verteilung der großen Berufsgruppen wie bei der Grundgesamtheit der Teilnehmer (s. Abb. 4) hin. Psychotherapeuten und Psychoanalytiker bilden mit insgesamt 66% die größte Gruppe. Jeweils ein Viertel gehören der Berufsgruppe der Psychiater und Psychologen an. Insgesamt kommen 23% aus anderen Berufsgruppen wie Berater, Sozialarbeiter und Krankenschwestern.

Dauer der psychotherapeutischen Weiterbildung

Die Dauer der bisherigen psychotherapeutischen Weiterbildung erstreckt sich bei dem größten Teil der Therapeuten der Teilstichprobe auf einen Zeitraum von 3 bis 7 Jahren und entspricht somit den Zeiten der berufsbegleitenden psychotherapeutischen Weiterbildung, die erfahrungsgemäß in den regionalen

Weiterbildungskreisen bei 4 bis 5 Jahren liegen. Die von 11% der Teilnehmer angegebene 10jährige Weiterbildungszeit dürfte fast ausschließlich den Psychoanalytikern zuzuordnen sein, die 11% der Stichprobe ausmachen.

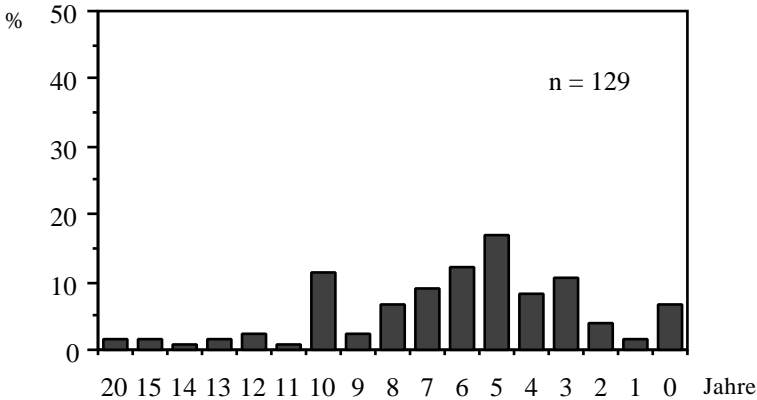


Abb. 8. Dauer der Weiterbildung in Jahren. Anzahl der Therapeuten der Teilstichprobe in Prozent

Die Dauer der Behandlungserfahrung unter Supervision läßt eine beträchtliche Bandbreite erkennen, die sich von 1 Jahr bis zu 10 Jahren erstreckt. Der 10jährige Supervisionszeitraum dürfte wiederum vorwiegend für die Gruppe der Psychoanalytiker zutreffen, während bei den z. T. noch in Weiterbildung befindlichen Psychotherapeuten (42%) recht kurze Supervisionszeiten oder noch fehlende Supervisionserfahrung auffallen.

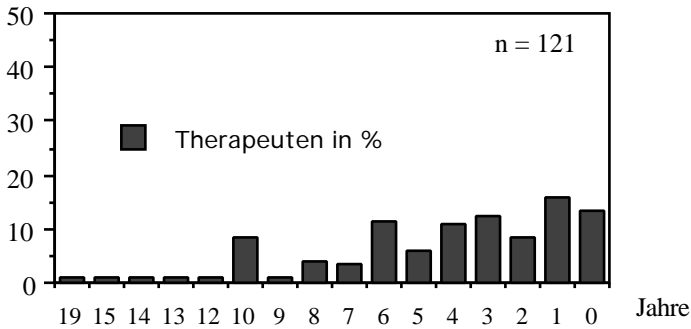


Abb. 9. Dauer der Behandlungserfahrung unter Supervision. Anzahl der Therapeuten der Teilstichprobe in Prozent

Theoretische und praktische Orientierung der Weiterbildung

Zu ihrer theoretischen Orientierung haben die Teilnehmer der Untersuchung Angaben über die Therapierichtungen gemacht, die in ihrer Weiterbildung an erster und zweiter Stelle stehen.

Den Angaben von 77 Therapeuten (Abb. 10) ist zu entnehmen, daß 39% der an der Untersuchung beteiligten Teilnehmer eine psychoanalytisch orientierte Ausbildung nach Freud haben. Für eine Gesprächstherapie nach Rogers hatten sich 13% und für eine Verhaltenstherapie 10% entschieden. Andere Therapierichtungen wie Psychodrama oder Therapieverfahren wie Gruppenpsychotherapie liegen in der Teilstichprobe anteilmäßig unter 5%.

Bei den an zweiter Stelle genannten Therapierichtungen bzw. Therapieverfahren (Abb. 11) überwiegt die Gruppe der „anderen Verfahren“, zu denen u. a. auch Autogenes Training sowie Hypnose und körperorientierte Verfahren zu rechnen sind. Unter den Therapieverfahren nimmt die Gruppenpsychotherapie mit einem Anteil von 15% den ersten Platz ein, während sich die anderen Therapierichtungen bei Anteilen von 4% bis 6% bewegen.

In den Angaben über die an erster und zweiter Stelle gewählten Therapierichtungen bzw. Therapieverfahren (Abb. 10 und Abb. 11) scheinen sich die in der Vergangenheit bestehenden Weiterbildungsrichtlinien für die ärztliche Psychotherapie in der BRD widerzuspiegeln.

Die Verhaltenstherapie wurde noch nicht gleichrangig neben der psychoanalytisch orientierten bzw. tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aufgeführt

und andere Verfahren wie Autogenes Training und Hypnose wurden von der Mehrzahl als Zweitverfahren gewählt

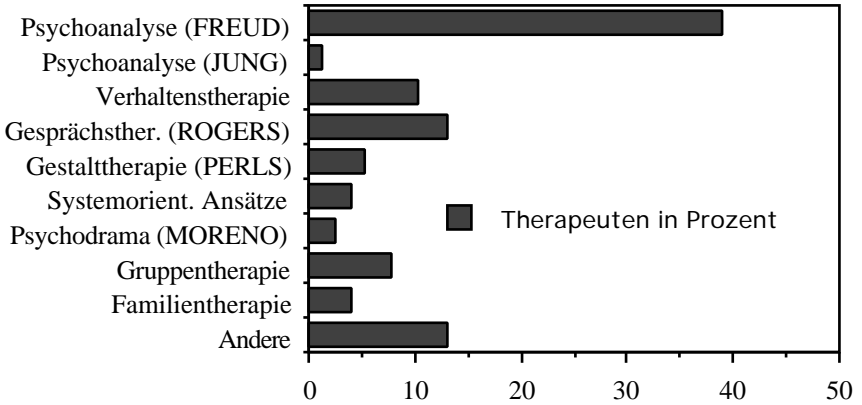


Abb. 10. In der Weiterbildung an erster Stelle gewählte Therapieverfahren

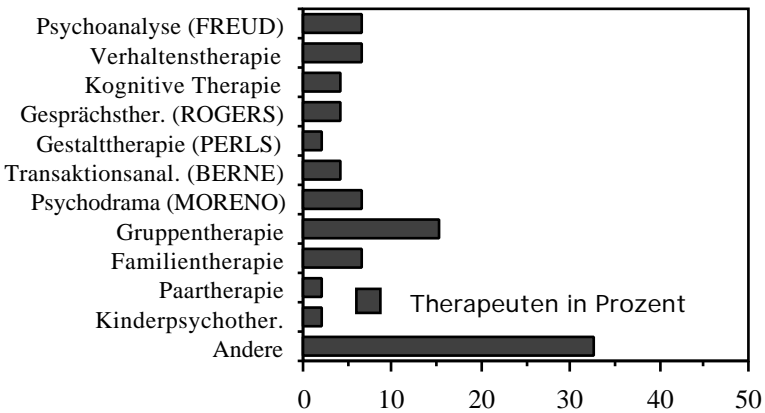


Abb. 11. In der Weiterbildung an zweiter Stelle gewählte Therapieverfahren

Bei der Frage nach den Vorbildern, die für die psychotherapeutische Entwicklung von Bedeutung sind, haben die meisten Therapeuten unserer Teilstichprobe den Lehrtherapeuten oder Lehranalytiker und den Supervisor genannt.

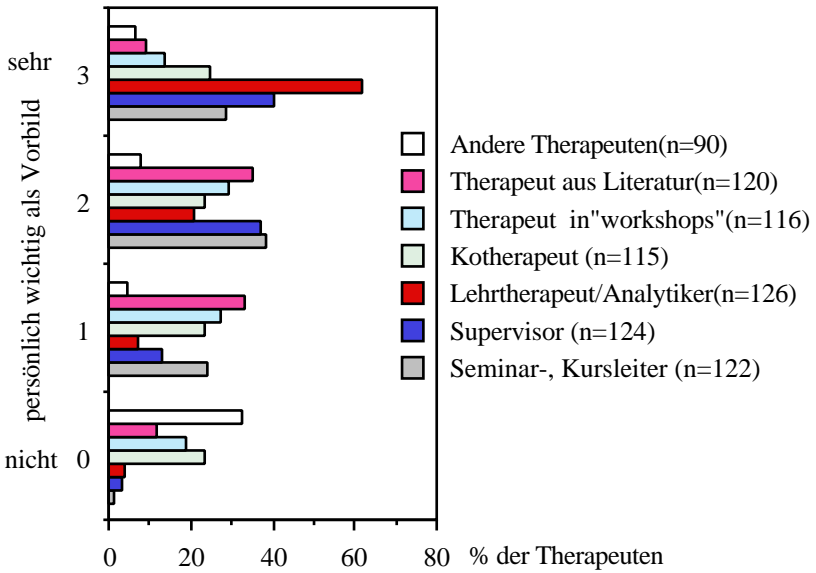


Abb. 12. Einschätzung der Einflüsse durch Persönlichkeiten bzw. Schwerpunkte der Weiterbildung, die von den Psychotherapeuten als bedeutsam erlebt wurden

Ausübung von Psychotherapie in der Praxis

Bei der Einschätzung des Wertes der Therapieverfahren für die Tätigkeit in der Praxis fällt auf, daß die an der Untersuchung beteiligten Therapeuten kaum Unterschiede zwischen den an erster und zweiter Stelle genannten Psychotherapieverfahren angeben.

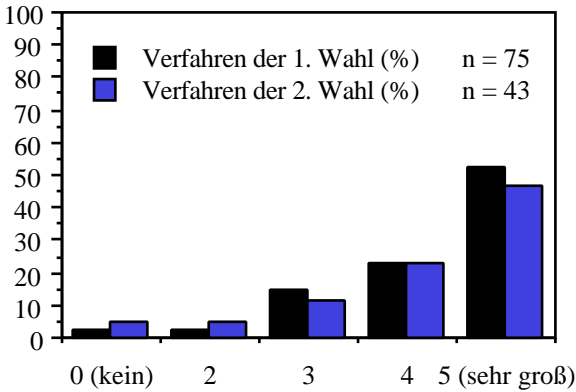


Abb. 12. Wert (kein bis sehr groß) des an erster und zweiter Stelle genannten Psychotherapieverfahrens für die derzeitige Tätigkeit in der Praxis

Auf die Fragen zu den therapeutischen Rahmenbedingungen (Abb. 13) antworteten 78% der Psychotherapeuten, daß sie in ihrer Praxis bei den meisten ihren Patienten eine Einzelpsychotherapie durchführen. 25% der Therapeuten wenden bei den meisten ihrer Patienten Gruppentherapie an.

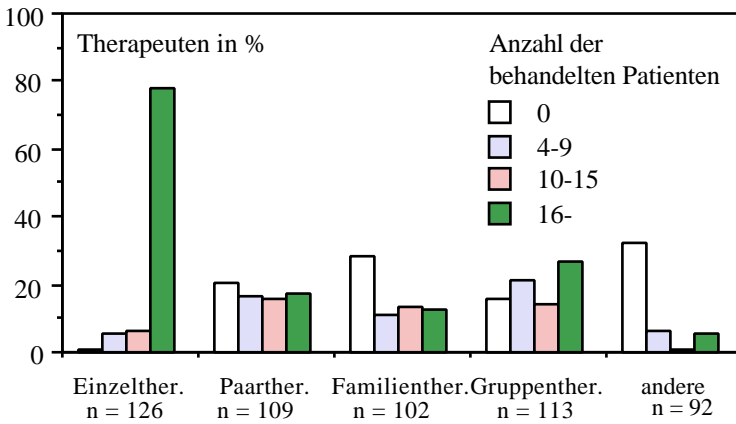


Abb. 13. Anzahl der von den Psychotherapeuten behandelten Patienten. Prozentsatz der Therapeuten bezüglich der verschiedenen Therapiesettings

Einschätzung der bei den Lindauer Psychotherapiewochen besuchten Veranstaltungsarten

Die drei Fundamente der psychotherapeutischen Weiterbildung (s. S. 255, Abb. 1), Vermittlung von theoretischem Wissen, praktische Erfahrungen unter Supervision und Selbsterfahrung bilden auch die Grundlage des Weiterbildungsprogramms der Lindauer Psychotherapiewochen. Die Kenntnisse werden in Form von Vorträgen, Vorlesungen und Seminaren, die praktischen Erfahrungen in Form von Kleingruppen in Kursen und Übungen vermittelt. In den Kursen werden in der Regel Einführungen in psychotherapeutische Verfahren (beispielsweise Autogenes Training, Hypnose, Katathymes Bilderleben) sowie in psychotherapeutische Techniken (beispielsweise Kurz- und Fokalthherapie, Paar- und Familientherapie) gegeben. Bei den Übungen handelt es sich z. B. um fraktionierte analytische oder interaktionelle Selbsterfahrungsgruppen oder um Verfahren mit Selbsterfahrungscharakter wie Psychodrama, Gestalttherapie oder Aktive Imagination.

In dem Fragebogen zur speziellen Weiterbildungssituation in Lindau sollten die Teilnehmer angeben, welche Veranstaltungsart (Vorlesung, Seminar, Kurs, Übung) sie besonders bevorzugen und welchen Nutzen sie aus diesen unterschiedlichen Veranstaltungen für ihre psychotherapeutische und persönliche Entwicklung ziehen.

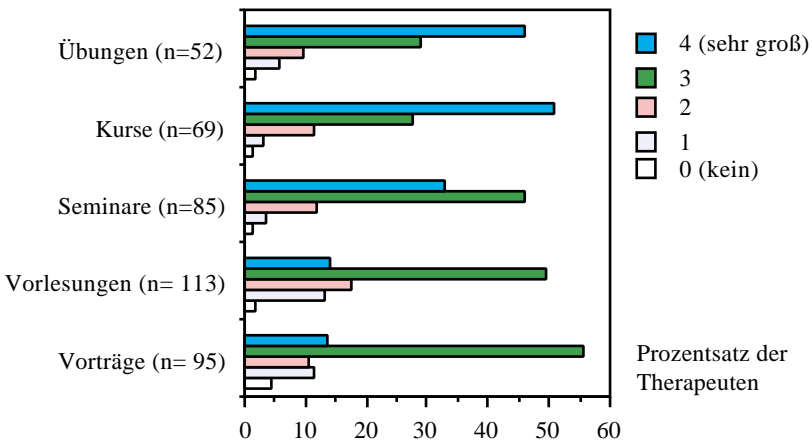


Abb 14. Einschätzung des Wertes der Veranstaltungsart für die Weiterbildung der an der Studie beteiligten Therapeuten

Die Auswertung der Teilergebnisse deutet darauf hin, daß die meisten an der Studie beteiligten Therapeuten einen sehr großen Wert für ihre psychotherapeutische Weiterbildung den auf den Lindauer Psychotherapiewochen besuchten Kurse und Übungen beimessen. Der Wert von Vortragsveranstaltungen, Vorlesungen und Seminaren wird jedoch auch als groß für die Weiterbildung eingeschätzt.

Für die persönliche Entwicklung wird der Wert von Übungen und damit die Selbsterfahrung von den meisten Therapeuten am höchsten eingeschätzt.

Aber auch den in Kursen vermittelten Verfahren scheint ein großer Wert von den meisten an der Studie beteiligten Teilnehmern zuerkannt zu werden.

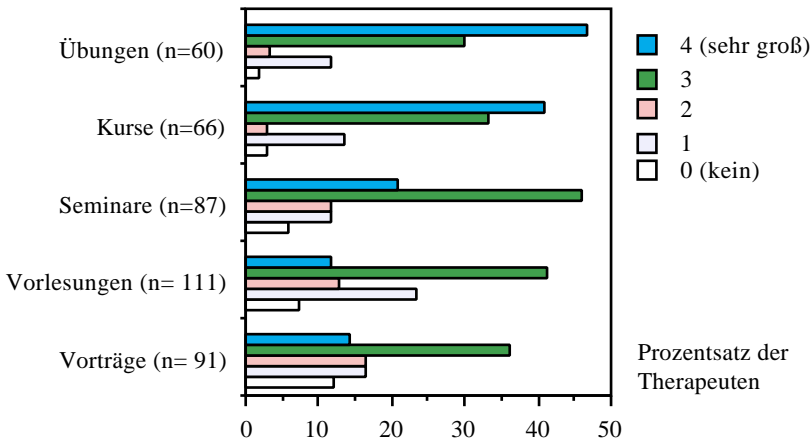


Abb. 15. Einschätzung des Wertes der Veranstaltungsart für die persönliche Entwicklung der an der Studie beteiligten Therapeuten

Insgesamt spiegeln diese Ergebnisse auch die Wünsche eines großen Teils der Teilnehmer der Lindauer Psychotherapiewochen wider. Als Veranstaltungen der ersten Wahl werden überwiegend Kurse und Übungen bevorzugt, was alljährlich in den langen Wartelisten für diese Veranstaltungsarten zum Ausdruck kommt.

Zusammenfassung

Die drei Fundamente der psychotherapeutischen Weiterbildung, Vermittlung von theoretischem Wissen, praktische Erfahrungen unter Supervision und Selbsterfahrung, haben sich nicht nur als brauchbare Richtlinien für die inhaltliche

und didaktische Gestaltung psychotherapeutischer Weiterbildungsprogramme bewährt, sondern sind in den letzten Jahren auch zum Gegenstand der Weiterbildungsforschung geworden. Da wir über die Ausgestaltung der einzelnen Komponenten und die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Bereichen der Weiterbildung noch wenig wissen, sind empirische Untersuchungen auf diesem Gebiet erforderlich. Da sich Forschung im Bereich der psychotherapeutischen Weiterbildung nicht nur auf die Kontrolle des Faktischen ausrichten kann, sondern auch die Reflektion des Erlebten einbeziehen muß, versucht die „International Study for the Development of Psychotherapists“ gerade diesem Aspekt gerecht zu werden.

In diesem Kontext ist auch die von der wissenschaftlichen Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen in Absprache mit dem Vorstand der „Vereinigung für psychotherapeutische Weiterbildung“ und dem wissenschaftlichen Beirat getroffene Entscheidung zu sehen, sich künftig einer systematischen und kontinuierlichen Weiterbildungsforschung zuzuwenden.

Die Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart übernahm für die Beteiligung an der „International Study of the Development of Psychotherapists“ die Funktion einer von den Lindauer Psychotherapiewochen unabhängigen Institution, die sich im Rahmen des CRN als „Data-Collection-Center“ versteht. Diese Aufgabe beinhaltet die Organisation des Dateneingangs und der Datenanalyse des Projekts mit den Phasen: Datenerhebung während der Lindauer Psychotherapiewochen (1), Datenerfassung (2) und Datenanalyse (3) durch die Forschungsstelle.

550 Teilnehmer und Mitarbeiter der 41. Lindauer Psychotherapiewochen haben sich an dem Forschungsprojekt beteiligt und den CCQ-Fragebogen sowie den zusätzlichen Fragebogen für die Weiterbildungssituation in Lindau ausgefüllt. Durch die Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle in Stuttgart konnten im Mai und Juni 1991 132 Fragebögen (24%) in eine Datenbank eingegeben und zu einer ersten statistischen Auswertung und orientierenden Betrachtung der Ergebnisse herangezogen werden.

Die Veröffentlichung einiger vorläufiger Ergebnisse der Teilstichprobe von 132 ausgewerteten CCQ-Fragebögen möchte auf einige Aspekte der Datenauswertung aufmerksam machen. Die Teilergebnisse sind nicht als repräsentativ für die gesamte Stichprobe ($n = 550$) und auch nicht für die Gesamtzahl ($n = 3311$) der Teilnehmer der Lindauer Psychotherapiewochen anzusehen.

In der Teilstichprobe haben sich über 50% der Therapeuten als Ärzte und / oder als Psychotherapeuten eingestuft. Die Psychotherapeuten (55%) bilden zusammen mit Psychoanalytikern (11%) die größte Untergruppe.

Die Dauer der absolvierten psychotherapeutischen Weiterbildung erstreckt sich bei dem größten Teil der Psychotherapeuten der Teilstichprobe auf einen Zeitraum

von 3 bis 7 Jahren und entspricht somit den Zeiten der berufsbegleitenden psychotherapeutischen Weiterbildung, die erfahrungsgemäß auch in den regionalen Weiterbildungskreisen bei 4 bis 5 Jahren liegen. Die Dauer der Behandlungserfahrung unter Supervision läßt eine beträchtliche Bandbreite erkennen, die sich von 1 Jahr bis zu 10 Jahren erstreckt. Fast 40% der an der Untersuchung beteiligten Teilnehmer haben primär eine psychoanalytisch orientierte Ausbildung durchlaufen. Eine Gesprächstherapie nach Rogers haben 13% und eine Verhaltenstherapie 10% als Therapieverfahren der ersten Wahl angegeben. In den Angaben über die an erster und zweiter Stelle gewählten Therapierichtungen bzw. Therapieverfahren scheinen sich die in der Vergangenheit bestehenden Weiterbildungsrichtlinien für die ärztliche Psychotherapie in der BRD widerzuspiegeln, in denen die Verhaltenstherapie noch nicht gleichrangig neben der psychoanalytisch orientierten bzw. tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aufgeführt war und andere Verfahren wie Autogenes Training und Hypnose von der Mehrzahl als Zweitverfahren gewählt wurden. Die meisten Therapeuten der Teilstichprobe haben sich in ihrer Entwicklung an ihrem Lehrtherapeuten oder Lehranalytiker und dem Supervisor als Vorbild orientiert. 78% der Psychotherapeuten gaben an, in ihrer Praxis den größten Teil der Patienten in Einzelpsychotherapie zu behandeln.

Die meisten an der Studie beteiligten Therapeuten haben den Kursen und Übungen der Lindauer Psychotherapiewochen einen sehr hohen Wert für ihre psychotherapeutische Weiterbildung beigemessen. Für die persönliche Entwicklung schätzten die meisten Therapeuten den Wert von Übungen und damit die Selbsterfahrung am höchsten ein.

Mit der Darstellung dieser ersten vorläufigen Ergebnisse in den *Lindauer Texten*, soll den Teilnehmern an der Studie eine möglichst baldige Rückmeldung und Information über den Ablauf des Projekts gegeben werden.

Die Ergebnisse der in der Forschungsstelle für Psychotherapie derzeitlaufenden Gesamtauswertung der 550 CCQ-Fragebögen werden voraussichtlich im kommenden Jahr im Vergleich mit anderen Daten der „International Study of the Development of Psychotherapists“ veröffentlicht.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist es unser Anliegen, die Teilnehmer künftiger Lindauer Psychotherapiewochen zur Mitwirkung an weiteren Projekten und damit zur Beteiligung an einer kontinuierlichen Weiterbildungsforschung in Lindau anzuregen.

Wir danken ganz besonders H. Ambühl, Bern und U. Willutzki, Bochum, für die engagierte Mitwirkung bei der Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung in Lindau und für die Erstellung der deutschsprachigen Version des Fragebogens.

Th. Seifert, Mitglied in der Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen, danken wir für die Unterstützung und Mitwirkung bei der Planung und Realisierung

des Projekts. Unser Dank gilt auch den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats und des Vorstands der Vereinigung für Psychotherapeutische Weiterbildung für die Förderung des Forschungsprojekts und dem Sekretariat für die Mithilfe in Lindau. Nicht zuletzt möchten wir aber ganz besonders herzlich den Mitarbeitern und Teilnehmern der 41. Lindauer Psychotherapiewochen für ihre Beteiligung an der Studie danken.

Literatur

- Cierpka M, Hofmann F (1992) Der Stand der Ausbildungsforschung in der Familientherapie. Kontext (im Druck)
- Cierpka M, Buchheim P, Gitzinger I (1991) Preliminary results of the CCQ derived from the Lindau Psychotherapy Conference. (Vortrag beim 22. Treffen der „Society for Psychotherapy Research Conference“, Lyon)
- Ekstein R, Wallerstein R (1958) The teaching and learning of psychotherapy. Int Univ Press, New York, 2nd edn. (1972)
- Ferchland-Mahlzahn E, Lermer SE (1978) Lernaspekte und Rollen in der psychotherapeutischen Fortbildung - am Beispiel einer Fragebogenerhebung bei Teilnehmern und Gruppenleitern der Lindauer Psychotherapiewochen 1976. Gruppenpsychother Gruppendyn 13: 31-55
- Fleming T, Benedek TF (1966) Psychoanalytic supervision: A method of clinical teaching. Grune & Stratton, New York
- Frank R, Vaitl D (1985) Supervision von Psychotherapien: Kurzbericht über einen Fragebogen (FSPT). Z Klin Psychol 14 : 325-330
- Glover E (1952) Research methods in psychoanalysis. Int J Psychoanal 33 : 403-409
- Hess A (1980) Psychotherapy supervision. Theory, research, practice. Wiley, New York
- Holt R (1971) New horizon for psychotherapy: Autonomy as a profession. Int Univ Press, New York
- Holt R, Luborsky L (1958a) Personality patterns of psychiatrists: A study in selection technique. Basic Books, New York
- Holt R, Luborsky L (1958b) Personality patterns of psychiatrists: A study in selection techniques, 2nd edn. Menninger Foundation, Topeka
- Kniskern D, Gurman A (1979) Research on training in marriage and family therapy: Status, issues and directions. J Mar Family Therapy 5 : 83-94
- Lewin BD, Ross H (1960) Psychoanalytic education in the United States. Norton, New York

- Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Matarazzo RG, Patterson D (1986) Research on the teaching and learning of therapeutic skills. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy research and behavior change. Wiley, New York, S 821-843
- Muslin HL, Thurnblad RJ, Meschel G (1981) The fate of the clinical interview: An observational study. *Am J Psychiat* 138 : 825-833
- Orlinsky D, Gerin P, Davis J, Ambühl H, Dazord A, Davis M, Willutzki U, Davidson Ch, Aapre N, Backx W, Botermans J-F, Jahns, J-F (1991) SPR Collaborative Research Network „International Study on the Development of Psychotherapists“ Background and Research Plan. Paper presented at the 22nd annual conference of the Society for Psychotherapy Research, Lyon, France, as part of a panel entitled „International Study on the Development of Psychotherapists“
- Rogers CR (1951) Client-centered therapy. Houghten Mifflin, Boston
- Rogers C (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 21 : 95-103
- Stolze H (1967) Wege zur allgemeinen Psychotherapie. Huber, Bern
- Strupp H (1955) The effect of the psychotherapist's personal analysis upon his techniques. *J Consult Psychology* 19 : 107-204
- Studt C (1985) Lehr- und Lernziele der Kontrollanalyse. *Forum Psychoanal* 1 : 117-130
- Szecsödy I (1990) The learning process in psychotherapy supervision. Department of Psychiatry, Karolinska Institute, Stockholm
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Wallerstein R (1981) (ed) Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision. Int Univ Press, New York

Anhang

A. Einladung zum Weiterbildungsforschungsprojekt

LINDAUER PSYCHOTHERAPIEWOCHEN

Leitung
Dr. Peter Buchheim Dr. Theodor Seifert
Prof. Dr. Manfred Cierpka

Sekretariat
Orlandostraße 8/IV
D-8000 München 2

April 1991

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

wir möchten Sie herzlich einladen, während der diesjährigen Lindauer Psychotherapiewochen, an einem Projekt mitzuwirken.

Es handelt sich um eine „Internationale Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten“, die von David Orlinsky aus Chicago, einer der international führenden Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung, in Zusammenarbeit mit interessierten Kollegen in zahlreichen Ländern durchgeführt wird. Die geplante Untersuchung ist eine der ersten international konzipierten Studien über die Ausbildung bzw. Weiterbildung und praktische Tätigkeit von Psychotherapeuten.

Inbezug auf die Lindauer Psychotherapiewochen ist uns daran gelegen, den Projektfragebogen um einige spezielle Fragestellungen zu erweitern, um von Ihnen einige Rückmeldungen über die Situation der Weiterbildung in Lindau zu erhalten. Da die Lindauer Psychotherapiewochen zu den großen psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zählen, meinen wir, daß es durchaus an der Zeit ist, sich auch den Fragen der Forschung und Evaluation der psychotherapeutischen Weiterbildung gegenüber zu öffnen. Wir würden es daher sehr begrüßen, wenn möglichst viele interessierte Mitarbeiter und psychotherapeutisch er

fahrene Teilnehmer sich an dieser Studie beteiligen würden. Es handelt sich um eine Fragebogenuntersuchung, in der die persönliche Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten sowie die Art und Weise ihrer Ausübung von Psychotherapie untersucht werden soll.

Wir würden uns freuen, wenn viele von Ihnen diesen Fragebogen ausfüllen würden. Sie können über einen Forschungsvertrag persönlich Mitglied der Internationalen Studie werden. Die Untersuchung selbst wird jedoch anonym durchgeführt, weshalb der Forschungsvertrag getrennt ausgegeben wird. Die Fragebögen sollten am Ende jeder Woche an einem Informationsstand in der Inselhalle abgegeben werden.

Zur Datenerfassung und Datenauswertung ist es uns gelungen, eine Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart (Leiter Prof. Dr. H. Kächele) zu vereinbaren. Eine Mitarbeiterin der Forschungsstelle, Frau Dipl.-Psych. Inez Gitzinger, wird diese methodische Betreuung übernehmen. Frau Gitzinger wird während der Lindauer Psychotherapiewochen anwesend sein, um Sie über das Projekt und die Mitgliedschaft in der Studie zu beraten.

Wir hoffen, daß Sie diese Studie interessiert und Sie auch bei der Fragebogenerhebung mitmachen.

Peter Buchheim

Manfred Cierpka

Theodor Seifert

B. Forschungsvertrag und Zustimmungserklärung

Collaborate Research Network: Internationale Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen

Die Internationale Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wurde von Mitgliedern der „Society for Psychotherapy Research“ entwickelt, einer internationalen, multidisziplinären wissenschaftlichen Organisation. Um diese Studie durchführen zu können, haben wir eine Arbeitsgruppe von klinischen Forschern und Forscherinnen gebildet, das „SPR Collaborative Research Network (CRN)“.

Die Ziele der Internationalen Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind: (1) die subjektive und objektive Entwicklung professioneller Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen im Verlauf ihrer beruflichen Laufbahn darzustellen; (2) diejenigen Erfahrungen herauszuarbeiten, die diese Entwicklung in den verschiedenen Phasen der Laufbahn beeinflussen; und (3) zu ermitteln, in welchem Ausmaß diese Erfahrungen über verschiedene Länder, Berufsgruppen und theoretische Orientierungen hin ähnlich sind. Alle praktizierenden und in Ausbildung stehenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen jeglicher theoretischen Orientierung und jeglichen beruflichen Hintergrunds sind zur Teilnahme an der ISDP eingeladen.

Die Teilnahme als Forschungsteilnehmer bzw. -teilnehmerin beinhaltet die Beantwortung des Basisfragebogens und von Zeit zu Zeit - auf Wunsch - anderer Fragebögen. Die Teilnahme an der ISDP ist absolut freiwillig und die Teilnehmenden können sich jederzeit von einer weiteren Teilnahme zurückziehen.

Der Hauptnutzen einer Teilnahme an der ISDP besteht unseres Erachtens nach darin, die eigene persönliche Entwicklung als Therapeut bzw. Therapeutin systematisch reflektieren zu können und damit beizutragen zur allgemeinen Erkenntnis über Faktoren, die die Entwicklung von psychotherapeutisch Tätigen beeinflussen können. Wir hoffen, daß diese Erkenntnisse für eine verbesserte Ausbildung und Wirksamkeit von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nutzbar gemacht werden können. Die Teilnahme an der ISDP ist unseres Wissens nach mit keinerlei erkennbaren Risiken verbunden.

Forschungsteilnehmer und -teilnehmerinnen werden zugleich herzlich eingeladen, aktive Mitglieder des CRN zu werden. Diejenigen, die sich dafür interessieren, sollten dies auf der beiliegenden Zustimmungserklärung kennzeichnen. Von CRN-Mitgliedern werden zusätzliche Beiträge im Rahmen ihrer Ressourcen erwartet (z. B. die Gewinnung anderer Kollegen und Kolleginnen, die daran interessiert

sind, an der Studie teilzunehmen). CRN-Mitglieder werden regelmäßig über Stand und Ergebnisse der Studie informiert, können an den CRN-Treffen während der jährlichen SPR-Tagung teilnehmen und Mitglieder des Leitungsausschusses werden. Außerdem können sie sich beim CRN-Leitungsausschuß für konkrete Forschungsvorhaben um Zugang zu erhobenen Daten bewerben.

Im Namen des CRN-Leitungsausschusses danken wir Ihnen ganz herzlich für Ihre Teilnahme und Ihr Interesse.

Paul Gerin,
Script Inserm Lyon

David Orlinsky,
Universität Chicago

Bitte geben Sie Ihre Zustimmung zur Mitarbeit als Forschungsteilnehmer/in zu erkennen, indem Sie die Zustimmungserklärung unterschreiben.

Zustimmungserklärung

Ich habe die Beschreibung der Internationalen CRN-Studie zur Entwicklung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und die Zusammenfassung des CRN-Forschungsvertrages auf der anderen Seite dieses Blattes gelesen und verstanden und stimme einer Teilnahme an den unten markierten Aktivitäten zu.

v. a. Mitarbeit als Forschungsteilnehmer/in
Weitere aktive Mitarbeit als CRN-Mitglied

(Ihr Name in Druckbuchstaben)
(Die günstigste Postanschrift)

(Unterschrift)
(Datum)

Abgabe des CCQ-Fragebogens an das LPW-Büro oder an eines der folgenden ISDP- Datenzentren.

Adressen von ISDP-Datenzentren

In der BRD

Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum,
Postfach 10 2148, 463 Bochum 1, F. R. G.
(c/o Dr. U. Willutzki)

In der Schweiz

Klinisch-psychologische Praxis- und Forschungsstelle, Universität Bern,
Mittelstr. 42, CH-3012 Bern, Schweiz
(c/o Dr. H. Ambühl)

In den USA

David Orlinsky, Ph. D., University of Chicago, Committee on Human
Development
5730 Woodlawn Avenue, Chicago, IL. 60637, USA