

# Lindauer Texte

Texte zur psychotherapeutischen Fort-  
und Weiterbildung

---

Herausgeber:

P. Buchheim M. Cierpka Th. Seifert



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

---

Teil 1 Beziehung im Fokus

Teil 2 Weiterbildungsforschung

---

Unter Mitwirkung von:

R. Ahlert, T. Bastian, T. Brocher, P. Buchheim,  
M. Cierpka, R. Dahlbender, B. Diepold, H. Dunker,  
U. Egle, H. Enke, M. Ermann, H. Kächele, V. Kast,  
R. Krause, G. Müller, U. Oerter, H. Otto, F. Schwarz,  
A. Sellschopp, E. Steimer-Krause, R. Welter-Enderlin



Springer-Verlag

Berlin Heidelberg New York  
London Paris Tokyo  
Hong Kong Barcelona  
Budapest



# Vorwort

"Beziehung im Fokus" lautete das Leitthema in der ersten Woche der Lindauer Psychotherapiewochen 1992. Im Brennpunkt stand die "Arzt-Patient-Beziehung" als einer der zentralen Aspekte unseres therapeutischen Handelns in der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie, aber auch die Relevanz der Beziehungen der Patienten auf verschiedenen Ebenen: zum Partner, zur Familie, zu Cliques, im Krankenhaus etc. Das Beziehungsverhalten des Patienten außerhalb der therapeutischen Situation wiederholt sich innerhalb des therapeutischen Rahmens. Es ist die Aufgabe des Therapeuten diese beiden Konfliktbereiche miteinander in Verbindung zu bringen. In den einzelnen Kapiteln im ersten Teil dieses Buches werden diese Verbindungslinien entsprechend herausgestellt.

Die in den *Lindauer Texten 1992* begonnene Berichterstattung über die Forschungsergebnisse des laufenden Projekts zur empirischen Weiterbildungsforschung in Lindau setzen wir im zweiten Teil dieses Bandes fort. Dieses Projekt findet 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 statt. M. Cierpka et al. berichten über die Auswertung der CCQ-Fragebögen aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die während der LPW 1991 die Fragen zu ihrer Entwicklung, Weiterbildung und praktischen Tätigkeit beantworteten.

Im Projekt "EVAMUT" wurden Leiterinnen und Leiter der "musischen Therapieverfahren" im Hinblick auf ihre Erfahrungen während der Lindauer Psychotherapiewochen befragt. Ziel der Voruntersuchung war es, einen Fragebogen zu entwickeln, um diese "musischen Therapieverfahren" 1993 in einem zweiten Schritt näher empirisch untersuchen zu können. Wir hoffen, daß diese Berichte über die persönlichen und beruflichen Erfahrungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufzeigen, daß die empirische Forschung, auch auf dem Gebiet der Fort- und Weiterbildung in der Psychotherapie, informativ und relevant sein kann.

Dieser Band enthält nur die Beiträge des ersten Leitthemas "Beziehungen im Fokus". Die Beiträge des Leitthemas der zweiten Woche der Lindauer Psychotherapiewochen 1992 "Phantasie und Realität" erscheinen in der *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* in den ersten beiden Heften des Jahres 1993.

Wir danken den Autorinnen und Autoren für ihr großes Interesse an diesem Buch und ihre hilfreiche Mitwirkung bei der Herstellung.

Unser besonderer Dank gilt Frau Anna Buchheim für die gewissenhafte Aufbereitung und redaktionelle Bearbeitung der Texte bis zur druckreifen Herstellung des Bandes. Unser Dank gilt auch Frau Regine Karcher-Reiners für ihre Unterstützung bei der redaktionellen Arbeit an den Manuskripten. Außerdem danken wir Herrn Prof. T. Graf-Baumann für seine Beratung bei den Fragen der Veröffentlichung.

Wir überreichen dieses Buch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Lindauer Psychotherapiewochen. Für diejenigen, die an den 42. Lindauer Psychotherapiewochen teilgenommen haben, dokumentiert der Band die Tagung. Den Leserinnen und Lesern, die an der LPW 1992 nicht teilnehmen konnten, wollen wir mit diesem Band eine nachträgliche Teilnahme an diesen Veranstaltungen zum Thema "Beziehung im Fokus" ermöglichen.

München / Göttingen / Stuttgart im März 1993

*Peter Buchheim  
Manfred Cierpka  
Theodor Seifert*

# Mitarbeiterverzeichnis

*Ahlert Rosemarie, Dr. med.*

Luckenstraße 35, W-7024 Filderstadt 4

*Bastian, Till, Dr. med.*

Am Krumbach 14, W-7972 Isny

*Brocher, Tobias, Prof. Dr. med., Dr. h. c.*

Kolpingring 33, W-8907 Tannhausen

*Buchheim, Peter, Dr. med.*

Nußbaumstraße 7, W-8000 München 2

*Cierpka, Manfred, Prof. Dr. med.*

Humboldtalle 38, W- 3400 Göttingen

*Dahlbender, Reiner W, Dr. med.*

Am Hochsträß 8, W-7900 Ulm

*Diepold, Barbara*

Schildweg 20, W-3400 Göttingen

*Duncker, Heinfried, Dr. med.*

Mühlenstraße 26, W-3538 Marsberg 1

*Egle, Ulrich Tiber, Dr. med.*

Untere Zahlbacher Straße 8, W-6500 Mainz

*Enke, Helmut, Prof. Dr. med., Dipl.-Psych.*

Am Hochsträß 8, W-7900 Ulm

VIII      Mitarbeiterverzeichnis

*Ermann Michael, Prof. Dr. med.*  
Nußbaumstraße 7, W-8000 München 2

*Kächele, Horst, Prof. Dr. med.*  
Am Hochsträß 8, W-7900 Ulm

*Kast, Verena, Prof. Dr. phil.*  
Hirtenstraße 15, CH-9010 St. Gallen

*Krause, Rainer, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.*  
Akazienweg 1, W-6600 Saarbrücken 3

*Müller, Gerhard, Dipl.-Päd.*  
Mühlenstraße 26, W-3538 Marsberg 1

*Oerter, Ulrike, Dipl.-Musiktherapeutin (FH)*  
Am Hochsträß 8, W-7900 Ulm

*Otto, Hartmut, Dipl.-Musiktherapeut (FH)*  
Am Hochsträß 8, W-7900 Ulm

*Schwarz, Frank, Dr. med.*  
Lochhamer Straße 123 b, W-8000 München 71

*Sellschopp, Almuth, Priv.-Doz. Dr. phil.*  
Langerstraße 3, W-8000 München

*Steimer-Krause, Evelyne, Dr. phil. Dipl.-Psych.*  
Akazienweg 1, W-6600 Saarbrücken

*Welter-Enderlin, Rosmarie, MSW*  
Dorfstr. 94, CH- 8706 Meilen

# Inhaltsverzeichnis

## Teil 1 Beziehungen im Fokus

<i>Manfred Cierpka</i> Von einer Welt in die andere .....	1
<i>Rosmarie Welter-Enderlin</i> Leben in verschiedenen Beziehungssystemen: "Von Paaren, Leidenschaft und langer Weile .....	12
<i>Michael Ermann</i> Rekonstruktion des Früheren - Konstruktion im Hier und Jetzt: Der Ansatz der heutigen Psychoanalyse .....	21
<i>Verena Kast</i> Rekonstruktion des Früheren - Konstruktion im Hier und Jetzt: Der Ansatz der heutigen Analytischen Psychologie .....	30
<i>Allmuth Sellschopp, Peter Buchheim</i> Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Beziehungsdiagnostik .....	39
<i>Rosemarie Ahlert, Helmut Enke</i> Die ozeanische Beziehung .....	54
<i>Evelyne Steimer-Krause, Rainer Krause</i> Affekt und Beziehung .....	71
<i>Horst Kächele, Reiner W. Dahlbender</i> Übertragung und zentrale Beziehungsmuster .....	84

<i>Barbara Diepold</i> Beziehungen zwischen Anklammerung und Abstoßung .....	104
<i>Heinfried Duncker, Gerhard Müller</i> Beziehungen in Cliques und Banden .....	117
<i>Till Bastian</i> Beziehung und Macht .....	130
<i>Tobias H. Brocher</i> Beziehungen in Institutionen .....	139
<i>Frank Schwarz</i> Selbst- und Umweltbeziehung in der Psychose .....	148
<i>Ulrich T. Egle</i> Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Gesundheit und Lebensbewältigung .....	161

## **Teil 2 Weiterbildungsforschung**

<i>Ulrike Oerter, Hartmut Otto, Horst Kächele</i> Musische Therapieverfahren Forschungsfeld im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen .....	184
<i>Manfred Cierpka et al.</i> Persönliche und berufliche Entwicklungen von Psychotherapeuten .....	202

# **Von einer Welt in die andere**

Manfred Cierpka

Die Möglichkeiten der Technik verändern unser Leben. Direkt und indirekt beeinflussen sie unsere Beziehungen und uns selbst. Die modernen Reisemöglichkeiten, die neuen Kommunikationsmöglichkeiten der Medien, des FAX-Geräts, der Computermodemns erlauben uns den Aufbau von weitgefächerten Beziehungsgeflechten - lokal und quer über die Erde verteilt. Das Ausmaß unseres Beziehungsnetzes wirkt grenzensprengend, z. B. wenn das FAX-Gerät in der eigenen Wohnung steht und dadurch die Privat- und Arbeitswelt noch enger zusammenrückt. Das Fernsehprogramm wird immer vielfältiger, die Filme immer spannungsvoller und erregender. Wer würde sich heute noch über die Krimiserie "Das Halstuch" aufregen? Vor noch nicht 20 Jahren waren zum Sendezeitpunkt dieses Fernsehhits die Straßen leergefegt. Unsere Kinder sind den medientechnischen Möglichkeiten besonders ausgesetzt. Die Suche nach Erregung ist zum pädagogischen Problem geworden: Videos mit Horror Szenen oder harte Actionkrisis werden von den Kindern in einem nicht unerheblichen Ausmaß angeschaut, um den Nervenkitzel zu spüren.

## **Die Reizüberflutung fordert uns heraus**

Die neuen Möglichkeiten durch die technischen Errungenschaften gehen mit ernst zu nehmenden Gefahren einher. Die Technisierung in unserer Gesellschaft kann leicht zu Überforderungen unseres seelischen Haushalts führen, wenn wir und v. a. die Kinder mit der Reizüberflutung nicht zurecht kommen. Gerade weil den meisten Menschen in unserer Gesellschaft mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, als sie für ihren Lebensunterhalt benötigen, wird von ihnen eine eigene Orientierung in der Überflußgesellschaft verlangt. Grenzziehungen werden aber immer schwieriger, wenn das Angebot vorhanden ist und das Individuum seinen Erlebnishunger befriedigen kann. Der Kultursoziologe Schulze (1992) spricht in seinem Buch entsprechend von der "Erlebnisgesellschaft". Die individuellen Verhaltensmuster der

Suche nach Erregung und Erlebnis werden von den Anbietern auf einem florierenden "Erlebnismarkt" nach Kräften geschürt.

Je vielgestaltiger die Möglichkeiten werden, die eigene Lebensweise und Lebensform zu gestalten, umso mehr muß sich der Einzelne die Frage stellen: Was will ich eigentlich? Die Überstimulation kann so zu erheblichen Identitätsschwierigkeiten beitragen, denen der Einzelne auf vielfältige Art begegnen kann. Schulze beschreibt, wie wir uns bestimmten sozialen Milieus anschließen, z. B. dem "Selbstverwirklichungsmilieu", um zu einer Art Gruppenidentität zu kommen. Daran kann man erkennen, daß die durch die Identitätsschwierigkeiten verursachten Unsicherheiten in den Selbstgrenzen zu stärkeren Grenzziehungen auf einer übergeordneten Ebene führen - der Ebene des "sozialen Milieus". Hier findet man eine neue Identität.

Die Auswirkungen der Technisierung spüren wir auch in unseren intimen Beziehungswelten. In unseren Familien (oder in anderen familienähnlichen Lebensformen) treffen wir auf die Schwierigkeiten in der Bewältigung dieser Überforderung entweder im Rahmen des familiären Alltags oder im Sozialisationsprozeß der Kinder. Charakteristisch für unser Zusammenleben scheint die Prämisse zu sein, flexibel mit möglichst vielen Anforderungen zurechtzukommen zu können. Manchmal begegnen wir diesen Anforderungen, indem wir das Privatleben streng vom Beruf trennen. Das Leben wird in unterschiedliche Beziehungswelten, der Welt der Arbeit und der Welt der Familie, aufgeteilt, auch zeitlich als Nacheinander eingerichtet. Dies gelingt nicht so leicht, die Grenzziehungen sind aufgeweicht. Der berufliche Alltag drängt sich in unsere Freizeit. Wer kennt nicht den in Partnerschaften häufig zu hörenden Vorwurf "Wo bist Du schon wieder mit Deinen Gedanken?" Nicht nur introvertierte Menschen gehen mit ihren Gedanken spazieren. Die Schwierigkeiten, von einer Welt in eine andere umzuschalten, z. B. von der Partnerschaft in die mütterliche Fürsorge, oder von der Arbeitswelt in die Familie, sind real. Es wird von uns erwartet, daß wir von einer Welt in die andere wechseln können.

Eine aktive Auseinandersetzung mit den technischen Errungenschaften und den damit einhergehenden Veränderungen der Umwelt ist unabdingbar notwendig, um mit den Auswirkungen dieser Lebensveränderungen fertig zu werden und Orientierungslosigkeiten zu vermeiden. Tatsache dürfte jedoch sein, daß die zunehmende Technisierung unserer Lebenswelt und die damit zusammenhängende Erlebnisorientierung viele Menschen überfordert. Um sich zu regenerieren, werden Inseln der Regression gesucht. Die Schonräume werden verstärkt in der Familie oder in anderen intimen Lebensformen gesucht - die Sehnsucht nach dem intimen Miteinander in der Partnerschaft, der Familie oder anderen Lebensformen nimmt analog zur Sehn"sucht" nach dem Erlebnis zu. Der Durchlässigkeit von Grenzen auf der einen Seite scheint eine Undurchlässigkeit von Grenzen in einer anderen Lebenswelt gegenüberzustehen. Wenn man sich in einer Welt spannungsvoll ver-

ausgibt, braucht man eine andere Welt, um sich zu entspannen. Spannungen darf es aber dann dort nicht geben.

Ich werde anhand von zwei Fallbeispielen zu zeigen versuchen, wie zwei Familien mit den Auswirkungen der zunehmenden Technisierung unserer Welt in ihrem Zusammenleben zurechtkommen. Die Familie ist ein sozialer Ort, in dem im besonderen Maße untersucht werden kann, wie sich neue Einflüsse bemerkbar machen. Familien sind sog. "offene Systeme": Im ständigen Austausch mit der unmittelbaren und weiteren Umwelt wird die Familie zwar von der Umgebung beeinflusst, aber die Familie hat auch die Möglichkeit, ihre Lebenswelt aktiv zu gestalten und sich den veränderten Anforderungen anzupassen.

## Systemtheoretische Überlegungen

Die Familie kann sich dem Einfluß der veränderten gesellschaftlichen Bedingungen nicht entziehen, weil die Familienwelt mit der Umwelt eng vernetzt ist. Um die Komplexität der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Welten beschreiben zu können, sind die Überlegungen der Systemtheorie hilfreich. Diese Theorie ist in besonderem Maße dazu in der Lage, die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren in einem übergreifenden, integrativen Ansatz zu erfassen.

Die Geschichte des irdischen Lebens wird als Koevolution selbstorganisierender Systeme mit immer höherem Differenzierungsgrad verstanden. Zur Veranschaulichung des Prozesses der Koevolution des Lebens wird häufig das Bild einer Spirale gewählt, wobei die Spirale symbolisieren soll, daß sich die Vorgänge gegenseitig hervorrufen und beeinflussen. Die besonderen Eigenschaften der Rückkoppelung, v. a. die Eigenschaft der ständigen Selbsterneuerung, verleihen lebenden Systemen eine eigenartige Charakteristik. Diese Charakteristik wird von den Wissenschaftlern mit dem Begriff "Autopoiese" definiert (griechisch "Selbsterschaffung"). Autopoietische Strukturen liegen am komplexen Ende des Spektrums der "offenen Systeme", die die Natur hervorbringt. Dieses Spektrum läuft von komplizierten chemischen Strukturen zu den komplexesten autopoietischen Systemen wie uns selbst.

Mit jeder Windung der Spirale wächst die Autonomie des Systems, d. h. die Möglichkeiten der Selbstorganisation nehmen zu. Ein Fortschreiten auf dieser Achse der Autonomie bedeutet aber zugleich immer größere und komplexere gegenseitige Abhängigkeit. Dies nennen die Systemtheoretiker das autopoietische Paradox. Die Koevolution ist voller chaotischer Ordnung, in der die Vorgänge im großen und im kleinen einander widerspiegeln, hin- und herspringen, und dabei einen evolutionären Prozeß in Gang setzen, in dem alles eng miteinander vernetzt

ist. Autopoietische Strukturen haben wohl bestimmte Grenzen, etwa eine halbdurchlässige Membran, aber die Grenzen sind sogleich offen und verbinden das System in fast unvorstellbarer Komplexität mit der Umwelt.

Zeitlupenfilme, die man von einem Dialog in der Partnerschaft oder in der Familie machen kann, verdeutlichen dieses autopoietische Paradox. Solche Filme zeigen einen subtilen Tanz zwischen Sprecher und Zuhörer, ein rhythmisches Vor und Zurück, als sei eine präzise Choerographie am Werk. Am deutlichsten sehen wir vielleicht diese Choreographie zwischen Mutter und Kind, wie sie Daniel Stern (Stern 1985) beschrieben hat. Der Betrachter hat den Eindruck, einem einzigen Organismus gegenüberzustehen, zwei unterschiedlich autonome Individuen, die im höchsten Maße abhängig voneinander sind, und dadurch wie ein Ganzes wirken.

Unsere Individualität ist also ein ganz entscheidender Teil eines kollektiven Vorgangs. An der Wurzel dieses Vorgangs stehen Rückkoppelungen. Unsere Gedanken und Gefühle entstehen aus ständiger Rückkoppelung aus dem Durchfluß der Gedanken und Gefühle anderer, die uns beeinflußt haben. Die anderen können sehr verschiedenen Beziehungswelten angehören, der Welt mit dem Partner, der Familienwelt, der Arbeitswelt, der Kirchengemeinde etc. Der Mensch kommuniziert als ein soziales Individuum auf mehreren Ebenen mit seinem Mitmenschen und der Umwelt.

Was ist mit "Ebene" gemeint? Diesem Begriff liegt die Überlegung zugrunde, daß die verschiedenen Systeme *hierarchisch in Ebenen* zu gliedern sind. Miller (1978), einer der wichtigsten Systemtheoretiker, benennt sieben solcher Organisationsstufen lebender Systeme, die durch ihre Strukturgleichheiten eine hierarchische Ordnung hervorrufen: Die Zelle, das Organ, der Organismus, die Dyade, die Gruppe, die Gesellschaft, und die supranationalen Systeme.

## **Die drei Ebenen in der Familie**

Einige Entwicklungspsychologen kennzeichnen die verschiedenen familiären Erfahrungsbereiche als unterschiedliche Organisationsebenen in der Familie. Unter dem Stichwort "Kontextualisierung der menschlichen Entwicklung" beschreiben Kreppner u. Lerner (1989) die individuelle Entwicklung als dynamische Interaktion mit der Umwelt auf solchen Ebenen, die während der gesamten Lebensspanne wirksam werden. Die Koevolution findet auch in der Familie statt.

Psychoökologische Entwicklungspsychologen und Familienforscher nehmen eine systemtheoretische Untergliederung von verschiedenen Organisationsebenen in einer Familie vor. In einer ökologischen Betrachtungsweise (Bronfenbrenner

1979) werden Humansysteme in Untersysteme (Subsysteme) untergliedert, die für sich genommen wiederum ein eigenes System darstellen. Der systemtheoretische Ansatz weist aus, daß die biologischen, entwicklungspsychologischen, familiären und sozialen Parameter in bezug auf menschliche Reifungs- und Wachstumsprozesse, aber auch für die Pathogenese von Störungsbildern, komplementär sind und sich gegenseitig nicht ausschließen.

Als Mitglied eines Systems ist man sowohl in Zusammenhänge von hierarchisch übergeordneten Systemen eingebunden, aber auch anderen Subsystemen wiederum selbst übergeordnet. Die Interaktion zwischen den unterschiedlichen Organisationsebenen beeinflusst auch unsere psychotherapeutischen Behandlungen von Patienten. Für diesen Brückenschlag bin ich Schefflen (1981) verpflichtet, der am Beispiel der schizophrenen Erkrankungen ein interaktives Krankheitsmodell, das mehrere Organisationsebenen beinhaltet, ausgearbeitet hat. Er beschreibt die Interaktion auf der zellulären-morphologischen Ebene bis hin zu den institutionellen und gesellschaftlichen Ebenen. Dieses zirkulär regulierte Modell weist drei Ebenen aus, die für den familiären Prozeß maßgebend sind - das Individuum, die dyadische Ebene und die Familiendynamik auf der Ebene der Familie als Ganzes. In der Familientherapie hat sich diese Dreiteilung der Familienorganisation im Sinne von unterschiedlichen hierarchischen Ebenen durchgesetzt.

In den Reifungs- und Wachstumsprozessen ist *das Individuum* lange Zeit von seinem interpersonalem Bezugsfeld abhängig. Die individuelle psychische Entwicklung vollzieht sich im Bezogensein auf das Gegenüber. Die affektiven und die kognitiven Prozesse differenzieren sich in der ständigen Interaktion mit der Umgebung. Die organismischen, also biologischen, Bedingungen spielen eine ganz wesentliche Rolle. Das Individuum ist durch seine Selbstgrenzen bestimmt.

Die *dyadische* Beziehung gilt als weitere Organisationsstufe, die überwiegend mittels psychologischer Variablen beschrieben werden kann. Kommunikationstheorien beschäftigen sich mit den Bedingungen und Wechselfällen des Informationsaustauschs zwischen Menschen. Zusätzliche Hypothesen, etwa die der gegenseitigen Bindung in unbewußt gesteuerten Kollusionen (Willi 1975) sind darüber hinaus notwendig, um der psychodynamischen Komplexität der Dyade gerecht zu werden.

Die Ebene der *Familie als Ganzes* umfaßt die Organisation der familiären Funktionen, die jeder Familie zur Eigenständigkeit verhilft. Die Familie unterscheidet sich von anderen Kleingruppen durch die sog. Mehrgenerationenperspektive. Familien haben ihre eigene Geschichte. Die Familie grenzt sich durch eine semipermeable Membran von der Umgebung ab.

## Fallbeispiele

Zum Verständnis der nun folgenden Fallbeispiele ist wesentlich, daß durch eine Konzeptualisierung der theoretischen Verknüpfungen zwischen der individuellen, dyadischen und familiären Ebene der Schwerpunkt von der Beschreibung der Ebenen selbst auf deren Interaktion ausgeweitet wird.

### *Schutz durch verstärkte Abgrenzung*

Entsprechend der in der Einführung formulierten Hypothese findet die Technisierung in der Gesellschaft ihr Gegengewicht in der Sehnsucht der Individuen nach einem schützenden Hort in der Familie, einem Bedürfnis, das die Familien oftmals überfordert.

Als Beispiel mag eine Familie gelten, die wir als "Arche Noah-Familie" charakterisiert haben. Der Arche Noah-Mythos lautet bekanntlich: Gott war es leid, die Sünden der Menschheit länger hinzunehmen - eine Sintflut drohte. In der Arche Noah sollte die Erdenfamilie eine Chance erhalten, zu überleben.

Unsere Beispielfamilie (Vater, Mutter, der 17jährige Sohn und die 18jährige Tochter) lebt in einem eigenen Haus, abgelegen im ländlichen Ambiente der Schwäbischen Alb, zusammen mit zwei Hunden, vier Katzen, zwei Kaninchen, zwei Ziegen und einem Pferd. Einige dieser Tiere wurden vor dem sicheren Tod gerettet. In der Stadt waren sie zugelaufen, das Tierheim wird als untragbar abgelehnt. Bekannte und Freunde sind selten, allein die Haustiere würden dazu führen, sagt die Familie, daß nicht allzu viel Besuch bei ihnen auftauchen würde. Das Essen ist natürlich biologisch-dynamisch, das Gemüse selbst angebaut. Die Umwelt wird als "vergiftet" und bedroht erlebt. Die Situation in der Arche Noah garantiert unabhängig vom Rest der Welt das Überleben.

Beide Eltern setzen sich allerdings mit der Umwelt auseinander, sie sind politisch sehr aktiv, es sind Eltern aus der 68iger Zeit, in ihrem Denken den gleichaltrigen Therapeuten nicht fremd. Ihr Credo ist, daß alle Probleme zu lösen sind, wenn sie ausdiskutiert werden. Dies führte z. T. dazu, daß die Mutter über Jahre auf einer Tür in der Wohnung die Tagesordnung für die Familienkonferenzen bekannt gab und hierfür Termine festsetzte.

Das Familienparadigma des "Sich und andere retten müssen" in der Arche Noah-Situation scheint die Beziehungen in der Familie stabilisiert zu haben. Die Familie kommt jetzt zur Beratung, weil die 18jährige Tochter Petra ausziehen möchte, was alle zusammen zunächst als viel zu früh für sie ansehen. Die Tochter hat seit ihrem 15.

Lebensjahr, aktuell jetzt seit einem Jahr, Gedanken an den Auszug. Sie fühlt sich durch die vielen Tiere gestört, es sei ihr zu viel Lärm zuhause. Damit meint sie auch, daß die Atmosphäre zuhause zu aggressiv sei (auch zwischen den Eltern), sie wolle weit weg, endlich einmal Ruhe haben, am besten in einer landwirtschaftlichen Ökokommune. Vor allem hat Petra keine Lust, mit der Mutter über den Auszug zu sprechen oder ihn in die Familienkonferenz einzubringen. Die Familienmitglieder werfen ihr vor, ihre persönlichen Dinge nicht ausdiskutieren, ein schwerwiegender Vorwurf in einer Familie der 68iger Generation. Aber ein wirksamer Widerstand von Petra an einer empfindlichen Stelle der Familie. Durch diese Verweigerungshaltung von Petra kommt das Paradigma der Familie ins Schwanken. Gibt es auch "Gift" auf der Arche Noah?

Die Tochter ist in ihrem Harmoniebedürfnis eher mit dem Vater identifiziert. Auch ihm ist es zu stressig zuhause, wenn seine Frau alles ausdiskutieren möchte, macht er einen Rückzieher. Familiendynamisch scheint der Vater die aggressive Auseinandersetzung, die er mit seiner Frau führen müßte, an seine Tochter zu delegieren. Deshalb darf er seine Tochter nicht gehen lassen, Petra kann wegen dieser Bindung ihren Vater auch nicht zurücklassen. Der Sohn Uwe sieht in Petra das Korrektiv in der Familie, durch ihr Harmoniebedürfnis mildert sie die Spannungen. Brisanz erhält der Konflikt durch eine unbewußte Wiederholung auf der Mehrgenerationenebene. Frau A. meint, daß sie eine ähnlich verstrickte Beziehung zu ihrer Tochter hat wie früher zu ihrer um 4 Jahre älteren Schwester, die vom Vater bevorzugt wurde. Das Verhältnis zur Schwester sei so schlecht gewesen, daß ihr eigener Auszug aus der Familie tatsächlich den psychischen Tod der Beziehung zwischen ihr und der Schwester zur Folge hatte. Durch den Auszug von Petra befürchtet Frau A, sie könne nach dieser Trennung die Tochter endgültig verlieren. Sie könne sich nicht vorstellen, daß ihre Beziehung zur Tochter nach deren Wegzug "überleben" könne.

Es ist leicht zu verstehen, daß die Familie uns als Therapeuten mit sehr ambivalenten Gefühlen auf die Arche Noah einlud. Einerseits entspricht die Familienberatung den Wert- und Normvorstellungen, daß Probleme in Konferenzen offen besprochen werden, andererseits gefährden abweichende Ansichten das Familienparadigma, wonach die rettende und vergiftete Umgebung klar in intra- und extrafamiliär aufgeteilt ist.

Dieses Beispiel dient zur Illustration der interagierenden Systeme, die bereits weiter oben theoretisch formuliert wurden. Die individuelle Geschichte z. B. der Mutter geht in die Parentifizierung der Tochter ein, der dyadische Konflikt der Eltern wird auf die Triade ausgedehnt. Das Familienparadigma der Familie (auf der Ebene der "Familie als Ganzes") ist auf dem sehr realen Hintergrund der drohenden ökologischen Katastrophen gut verständlich. Der Schonraum Familie verspricht die Harmonie, die die aggressiv erlebte Außenwelt nicht mehr zu bieten hat. Der Überforderung durch die Überflutung mit "Fremdem" (technologische Gefahren)

wird auf zweierlei Weise begegnet. Zum einen kämpft man politisch gegen die Gefahr, zum anderen zieht man sich auf die familiäre Insel zurück.

Immerhin verfügen solche Familien über gute Ressourcen, die Probleme werden gesehen, eine Beratung wird sogar gesucht, obwohl kein Familienmitglied unter einem krankheitswertigen Symptom leidet. Die Arche Noah-Situation ist eine relativ gut funktionierende Möglichkeit, mit den Problemen an der Schnittstelle zwischen dem Familiensystem und der ökologischen Umgebung zurechtzukommen, jedenfalls solange, bis das Wechseln in eine neue lebenszyklische Phase der Familie (die Phase der Ablösung) neue Entwicklungsmöglichkeiten erforderlich macht. Um mit der neuen Überforderungssituation, die durch Wachstums- und Reifungsprozesse innerhalb der Familie zustandekam, zurechtzukommen, wird die Familien-Umwelt-Grenze noch rigider gezogen. Die Undurchlässigkeit der Außengrenzen macht die Ablösung eines Familienmitglieds jedoch sehr schwierig.

### *Schutz durch verstärkte Vereinzelung*

Andere Familien haben größere Schwierigkeiten mit der Zunahme der Technisierung in unserer Beziehungswelt zurechtzukommen. In großer Not rief uns ein Vater an und bat um Hilfe für seine Familie. Es gäbe ständig Streit wegen des Fernsehens zwischen seinem 14jährigen Sohn Klaus und seinem 17jährigen Sohn Thomas, aber auch zwischen den Eltern und den Kindern. Fast jeden Tag gäbe es Streit wegen des Ein- oder Ausschaltens des Fernsehers, oder der Programmwahl.

Zum anberaumten ersten Familiengespräch kommt der jüngere Sohn nicht mit - er sollte auch nicht mitkommen, wie sich später herausstellte. Schuldbeladen und beschämt berichten die Eltern von einem sehr ernsthaften Selbstmordversuch von Thomas. Im Streit um das Fernsehprogramm hatte der Vater die Partei des Jüngeren ergriffen, worauf es zu einem heftigen Wortgefecht zwischen Vater und Sohn kam. Wutentbrannt verließ Thomas das Zimmer mit einer ziemlich derben Verwünschung gegenüber seinem Vater. Am nächsten Morgen hörte er auf der Treppe, wie sein Vater gegenüber der Mutter seine Enttäuschung über ihn ausdrückte: "Das kann doch nicht mein Sohn sein!". Am gleichen Abend nahm Thomas 100 Beruhigungstabletten und verkroch sich auf dem Dachboden. Nur weil sich die Mutter wegen seiner Wortkargheit an diesem Tag Sorgen gemacht hatte, stand sie mitten in der Nacht noch einmal auf und fand sein Bett leer. Daraufhin suchte sie ihn schon mit den schlimmsten Vorahnungen und fand ihn schließlich im komatösen Zustand auf.

Der jüngere Sohn Klaus wurde deshalb nicht mit zum Gespräch gebracht, weil man ihm die suizidale Handlung seines Bruders verschweigen wollte. Wir sagten der Familie, daß wir sicher sind, daß Klaus die nächtliche Notarztaktion mitbekam. Tatsächlich stellt sich heraus, daß Klaus genau informiert war und den Therapeuten noch mehr zu berichten hatte. Im zweiten Gespräch enthüllt er ein weiteres Familiengeheimnis. Die im Haus mitwohnende Mutter des Vaters droht immer wieder mit Selbstmord gegenüber ihrem einzigen Sohn, um seine Aufmerksamkeit zu bekommen und ihn an sich zu binden. Wenn Thomas sich beim Fernsehen gegenüber den Eltern nicht durchsetzen kann, geht er zu dieser Großmutter zum Fernsehen. Nicht nur Thomas weicht dadurch der Auseinandersetzung aus. Durch die Besuche des älteren Sohnes bei der Oma muß der Vater sich nicht mehr um seine Mutter kümmern, wie er es ein Leben lang tun mußte. Er konnte sie "an seinen Sohn abtreten", wie er es selbst formuliert. Diese Delegation führte zur Entspannung in der Beziehung zu seiner Frau, weil diese vorher eifersüchtig die Kontakte ihres Mannes mit seiner Mutter überwachte. Die Gefahr für Thomas war jetzt, daß er befürchten mußte, den Platz beim Vater endgültig an den jüngeren Bruder zu verlieren. Der Ausspruch des Vaters am Abend des Suizidversuchs traf ihn genau in dieser Angst.

Beide Eltern scheinen in ihrem beruflichen Alltag sehr überfordert. Der Vater ist Lehrer und berichtet über seine Angst, disziplinarische Maßnahmen gegenüber den Schülern in Erwägung zu ziehen, um sich zu schützen. Auch die Mutter ist als Verkäuferin berufstätig. Zusätzlich zu ihrer anstrengenden Arbeit muß sie die dauernden Klagen ihres Mannes und die ständigen Streitereien ihrer Kinder ertragen. Die Versetzung von Klaus in die nächste Klasse ist gefährdet. Thomas scheint eher ein Einzelgänger zu sein. Er sitzt am liebsten vor dem Fernseher.

Als Lehrer drängte der Vater auf Ratschläge, wie er die Sache mit dem Fernsehen regeln könnte. Mit Stift und Block bewaffnet schrieb er unsere Überlegungen mit und notierte sich unsere Vorschläge, die wir modellhaft für alle anderen aggressiven Auseinandersetzungen in dieser Familie mit den Beteiligten durchsprachen. Zusammen mit seiner Frau wollte er Regelungen finden, die es ihm erlauben würden, die Auseinandersetzungen in seiner eigenen Familie offener und direkter zu führen. Arbeitsziel dieser Therapie war, die Familie unabhängiger gegenüber den Einflüssen der Umgebung zu machen, indem die Autonomie der Familie als Ganzes gestärkt wurde. Funktionierende Rollenverhandlungen (Rollendefinition, Rollenzuweisung, Rollenübernahme) sind maßgebend, wenn eine Familie als Einheit gegenüber der Umgebung auftreten will.

Wenn Familien aufgrund familieninterner Schwierigkeiten Probleme haben, ihre Familien-Umwelt-Grenze zu wahren, sind sie den Einflüssen der Umwelt besonders ausgesetzt. Das Fernsehen ist in diesem Fallbeispiel sicher nur der Aufhänger für die vorherrschenden aggressiven Auseinandersetzungen zwischen den Geschwistern und der korrespondierenden Hilflosigkeit der Eltern. An der Tatsache,

daß Thomas möglichst aggressiv stimulierende Filme bevorzugt, läßt sich das Konfliktlösungspotential dieses Apparats erkennen: Auf sich selbst zurückgeworfen agiert er auf der Phantasieebene seine Eifersucht und seine Wut aus, anstatt die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen zu suchen.

Der Fernseher macht aus dem Kreis einer Familie einen Halbkreis. Alle Familienmitglieder schauen in eine Richtung, die Richtung zum Fernseher. Niemand muß seinen Blick auf den anderen in seiner Familie richten. Die Vereinzelung der Familienmitglieder war die Bewältigungsmöglichkeit dieser Familie, weil sich die Familie als Einheit nicht konstituieren konnte. Jedes Familienmitglied brachte seine persönliche Überforderung zwar in die Familie ein. Die Eltern klagten über die Streitigkeiten der Kinder, die Kinder über die mangelnde Präsenz der Eltern. Die Familie selbst war jedoch mit der Bewältigung dieser Probleme überfordert. Die Bewältigung wurde an jeden Einzelnen zurückverwiesen.

## Schlußbemerkungen

Den Prozessen der Grenzziehung kommt in diesem Beitrag besondere Bedeutung zu. Gerade weil flexible Grenzen Wachstum und Reifung, also morphogenetische Prozesse, garantieren, kann der Umkehrschluß gezogen werden, daß Grenzstörungen auf dysfunktionale Prozesse hinweisen. Grenzen können zu rigide, also zu undurchlässig, oder zu flexibel, also zu durchlässig sein (Cierpka 1986). Am Beispiel der Grenzziehung zwischen Familie und Umwelt wird der Einflußfaktor der Technisierung im Hinblick auf Grenzstörungen diskutiert. Die Reizüberflutung unserer technisierten Welt gekoppelt mit der Sehnsucht nach Erlebnis der Menschen kann zu Überforderungen von Individuen, von Partnerschaften und von Familien führen. Diese Überforderungen zeigen sich in Grenzverletzungen, sowohl beim Individuum als auch bei der Familie. Bei einer undurchlässigen Grenzziehung des Familiensystems kommt es zu einer Einschränkung des Informationsaustauschs zwischen außen und innen. Die eher geschlossenen Systeme sind in ihren morphogenetischen Prozessen behindert. Bei zu durchlässigen Grenzziehungen ist die Kohäsion des Familiensystems gefährdet. Es kann zu einer "Reizüberflutung" des Systems kommen, Strukturauflösungen des Ganzen sind möglich und Vereinzelungsprozesse finden statt.

Die technisierte Gesellschaft schafft größere Möglichkeiten im subjektiven Lebensentwurf. Die Autonomie des Einzelnen ist notwendig, um mit den zur Verfügung stehenden Perspektiven klarzukommen. Eine Zunahme in der Individualisierung und in der Vielgestaltigkeit von Lebensformen ist zu verzeich-

nen. Das autopoietische Paradox behält aber recht - das Fortschreiten auf der Achse der Autonomie führt paradoxerweise auf der anderen Achse zu einer großen Abhängigkeit von Intimität. Die Familien als herkömmlicher Ort der Regenerierung können von so viel Abhängigkeitssehnsucht überfordert werden.

## Literatur

- Bronfenbrenner U (1979) *The ecology of human development*. Harvard Univ Press, Cambridge
- Cierpka M (1986) Zur Funktion der Grenze in Familien. *Familiendynamik* 11: 307-324
- Kreppner K, Lerner RM (eds) (1989) *Family systems and life-span development*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale New York
- Miller IG (1978) *Living systems*. McGraw-Hill, New York
- Schefflen AE (1981) *Levels of schizophrenia*. Brunner & Mazel, New York
- Schulze G (1992) *Die Erlebnisgesellschaft*. Campus, Frankfurt aM New York
- Stern D (1985) *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York
- Willi J (1975) *Die Zweierbeziehung*. Rowohlt, Reinbek

# Leben in verschiedenen Beziehungssystemen: "Von Paaren, Leidenschaft und langer Weile"

Rosmarie Welter-Enderlin

Denn die Liebe ist nichts ohne Pflicht, ohne Opfermut, ohne frühere Bindung ans Dasein. Sie ist nichts ohne Beruf, ohne gemeinsame Sicht der Dinge, die öffnet und birgt. Sie ist immer nur des geliebten Lebens kleinere Schwester.

Botho Strauss, *Über Liebe*

Schon lange hat mich die Frage bewegt, wie Paare, die in den letzten 15 Jahren bei mir in Therapie waren, sich seither entwickelt haben. Vor einiger Zeit habe ich an rund drei Dutzend von ihnen Fragebogen verschickt, die sie zum Erzählen ihrer Geschichten einluden. Von 37 haben 33 Paare geantwortet, Frauen und Männer einzeln. Vier Fünftel der Antwortenden lebten noch zusammen, ein Fünftel waren getrennt oder geschieden. Das Thema der Wirksamkeit von Paartherapie habe ich nur am Rande gestreift - z. B. mit der Frage: "Was würden Sie anderen in ähnlicher Lage empfehlen?" Die meisten Befragten machten anschließend Gebrauch von meinem Angebot zu einem Gespräch, einzeln oder gemeinsam. Aus der Fülle der Antworten will ich nun zwei Themen beleuchten:

- 1) Den *äußeren Rahmen* vielfältiger Lebensformen von Paaren im sozialen Wandel der letzten Jahrzehnte, und was für Erfahrungen die Befragten damit gemacht haben.
- 2) Die Frage, wie Frauen und Männer den *inneren Raum* ihrer Beziehung gestalten. Das heißt, wie ihre individuellen und ihre gemeinsamen Geschichten als Leitmotive ihren Paartanz prägten, und besonders, wie sie durch Krisen eine neue Balance ihrer widersprüchlichen Sehnsüchte nach Geborgenheit und Autonomie, "Wurzeln und Flügeln" fanden; ein Widerspruch, der zu jeder Paarbeziehung gehört.

Im Rahmen eines Menschenbildes, das als systemisch-konstruktivistisch bezeichnet werden kann, möchte ich kurz mein Verständnis von *Paarkrisen* skizzieren. Ich verstehe Krisen grundsätzlich als nützliche Vorboten von fälligem Wandel, nicht als Quittung für falsch gelebtes Leben. Jede Paarkrise ist in dieser Sicht eine Möglichkeit, überholte Leitmotive, nach denen eine Frau und ein Mann ihr bisheriges Leben gestaltet haben, in Frage zu stellen. Das setzt voraus, daß sie auf ihre individuellen und gemeinsamen Geschichten sowie die Visionen ihrer Partnerwahl zurückgreifen, von leidbringenden Ideen und Aufträgen Abschied nehmen und alternative Varianten dazu wiederbeleben, wie sie in jeder Biographie und in jeder Liebesgeschichte ebenfalls angelegt sind. Das bisher Fraglose in Frage zu stellen ermöglicht, daß Frau und Mann Türen öffnen auf bisher unbekanntes Land und dafür Szenarien entwerfen, welche im besten Fall reichere Varianten enthalten als die bisherigen. Manchmal bewährt es sich auch, daß sie zuerst alternative Schritte im alltäglichen Zusammenleben erproben und dann neue Visionen entwickeln. Paartherapie verstehe ich als gute Möglichkeit, einen solchen Prozeß zu begleiten, der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander verknüpft.

Die Paare, die mir Auskunft gaben, gehören zur Generation der 35- bis 50jährigen, welche auffallend häufig Paartherapie beansprucht. Sie sind an Mittelschichtwerten orientiert, selbst wenn sie soziologisch gesehen noch nicht oder nicht mehr dazu gehören. Auf unterschiedliche Weise sind sie berührt worden vom gesellschaftlichen Individualisierungsprozeß der letzten Jahrzehnte mit all seinen Widersprüchen. Auf der einen Seite schlugen die Leitbilder der 50er Jahre in ihren Biographien durch, denn die meisten haben in ihrer Kindheit die Ideale des sog. goldenen Zeitalters der Familie mit offiziellem Patriarchat und heimlichem Matriarchat mitbekommen. Die prägenden Lehrbücher, auch von Medizin, Psychologie und Psychotherapie, reproduzieren diese Familienbilder ja bis zum heutigen Tag. Im *Kontrast* dazu erlebten die befragten Frauen und Männer die Gegenwelt der 68er Generation, welche ihre innersten Bilder von Liebe, Sexualität und Elternschaft ebenfalls beeinflußt hat. Das dazugehörige neoromantische Beziehungsideal des "grossen Paares", dessen alleinige Existenzbasis ewige Verliebtheit und Leidenschaft ist, hat als *Tyrannie der Intimität* neue Zwänge geschaffen, wie sie im bekannten Satz deutlich werden: "Sag nicht immer man, sag ich!" Manfred Cierpka nennt als weiteres Beispiel dafür in seinem Beitrag in diesem Band das Gebot der offenen Kommunikation bis zum bitteren Ende. Unter dem neuen Anspruch an Glück in einer offenen Paarbeziehung lebt aber die alte Sehnsucht nach Verbindlichkeit und Geborgenheit kräftig weiter. Verwirrung ist eingepflanzt!

Lassen sie mich nun die Sonnen- und Schattenseiten von 6 Paarkonstellationen schildern, die ich aus meiner Befragung herauskristallisierte. Es handelt sich nicht um die üblichen Klassifizierungsmodelle, denn dasselbe Paar kann im Laufe seiner Geschichte in unterschiedlichen Konstellationen leben. Die Paarkonstellationen

sind auch nicht an individueller oder gemeinsamer Psychopathologie orientiert. Mich interessierten viel mehr die darin eingebauten Möglichkeiten und Grenzen sowie die Ressourcen, auf welche die Befragten bei ihrer Alltagsbewältigung zurückgriffen.

### *Traditionelle Paarkonstellationen*

- Aus zwei werden drei: Der "Babyschock" und seine Folgen
- Familien-Versorgungs-Ehe
- Aufbrüche in und nach der Lebensmitte der "Familien-Ehe"

Rund 60% der Paare, die mir ihre Erfahrungen erzählt haben, lebten in der Lebensform der *Familien- oder Versorgungs-Ehe*. Der Mann ist dabei zuständig für den Außenbereich, die Frau für den Innenbereich, selbst dort, wo sie mit einem Fuß im Beruf bleibt. In einer Welt, deren Strukturen sich immer noch weitgehend auf diese Lebensform stützen, bewährt sie sich meistens in den ersten Jahren mit kleinen Kindern. Allerdings wird in dieser Phase die Paarbeziehung oft unmerklich in zwei Welten gespalten. *Ihre Ehe ist nicht seine Ehe*: Der Frau gehört die Familienwelt, dem Mann die Außenwelt, und beide bemessen die Zuneigung füreinander an dem, was sie für ihre Familie tun. Die Kinder stehen dabei im Mittelpunkt.

Fast alle Paare in dieser Gruppe erlebten die Zeit um die Geburt des ersten und vor allem des zweiten Kindes als schmerzliche Zäsur ihrer bisherigen Geschichte. Bei späteren Krisen - oft viele Jahre später! - hat sich diese Zäsur in der Form von unerledigten Geschichten gezeigt, welche die gemeinsame Entwicklung blockierten. Bei der Befragung sind mir dazu zwei typische, unterschiedliche Gefühlslagen der Geschlechter aufgefallen: Bei den Frauen fand ich einen über Jahre angestauten *heimlichen Groll auf ihre emotional und oft auch real abwesenden Partner*; bei den Männern chronische, aber nie geäußerte *Schuldgefühle gegenüber ihrer Partnerin und ihren Kindern*. *Die Frau* nimmt ihm übel, daß er sie damals mit der Erfahrung des "Babyschocks" und später mit den heranwachsenden Kindern alleinließ und sich in seine Welt von Beruf und Hobbies zurückzog - ausgerechnet, als sie ihn am meisten gebraucht hätte ... Für die Frau verändert sich in dieser Lebensform durch die Kinder alles - für den Mann äußerlich meistens wenig, weil er von den Strukturen der Arbeitswelt festgehalten wird oder sich festhalten läßt. Die überhöhten Mütterlichkeitsmythen aus einer sexistischen Psychologie mit ihrer Kehrseite der Mütterbeschuldigung für alles, was nicht rund läuft, stehen im krassen Widerspruch zu der Isolationserfahrung junger Mütter. *Der Mann* fühlt sich zwar seiner Frau gegenüber hilflos und schuldig, wenn er ihr gequältes Gesicht sieht, aber oft auch auch wütend, wenn er beobachtet, wie wenig sie scheinbar seinen Kampf um die materielle Sicherheit der Familie honoriert. Weil er jedoch im Lauf seiner Sozialisation gelernt hat, Gefühle von Schuld und

Hilflosigkeit für sich zu behalten aus Angst vor Macht- und Prestigeverlust, kapselt er sich emotional nun erst recht von seiner Partnerin ab. Meistens trägt die Frau ihm ihre Gefühle von Sehnsucht wie auch von Verletzungen eine Zeitlang nach und faßt sie in Worte, bittend, herausfordernd und schließlich anklagend. Wenn sie mit dem Satz "Wo bist du schon wieder mit deinen Gedanken" jedoch ständig an dem abprallt, was ein Mann in der Befragung als seine emotionale "Teflonschicht" bezeichnete, die in seiner technisierten Arbeitswelt nötig sei und ihm dort als Schutz diene, erwartet die Frau irgendwann gar nichts mehr von ihm. Sie sucht Ersatz bei den Kindern, ihren Freundinnen und vielleicht bei ihrer Herkunftsfamilie. Der Mann lebt dann sein Leben erst recht für sich allein und sucht Bestätigung dort, wo er sie findet - in der Arbeit, den Männerbünden und manchmal in flüchtigen Affären. Für die Familie wird er damit zum Außenseiter und Fremdling. *Er* vermeidet die Nähe zu seiner Frau, weil er ihre Schuldzuweisung fürchtet - vielleicht wie damals als hilfloser Sohn einer unglücklichen Mutter. *Sie* vermeidet die Nähe zu ihrem Mann, weil sie ihm grollt, wie sie vielleicht als Kind ihrem distanzierenden Vater gegrollt hat. Von emotionaler Intimität und sexueller Lust zwischen den beiden ist kaum mehr die Rede. Der Paardialog ist dann manchmal geprägt von ihren resignierten Bemerkungen und seinen angestregten Versicherungen, daß doch alles nur halb so schlimm sei, was die Frau in Rage bringt, worauf der Mann sich erst recht zurückzieht. Wenn die Kinder älter werden und ihr Einfluß auf die Elternbeziehung wegfällt, der diese trotz oder wegen der Sorgen mit ihnen stabilisiert hatte, bricht nicht selten das bisherige Arrangement zusammen. Spätestens, wenn die Kinder ausziehen, kassieren ihre Eltern die Quittung dafür, daß sie die Paarbeziehung in der Familie und der Arbeitswelt "verschwimmen" ließen und die vielen Zeichen von Groll, Schuldgefühlen und Trauer beieinander immer wieder weggesteckt haben.

Wenn solche Zeichen in der Krise der Lebensmitte oder im besten Fall schon früher entziffert werden, können sie fast immer als Sehnsucht nach den ursprünglichen Visionen verstanden werden, welche eine Frau und ein Mann für ihr eigenes und das gemeinsame Leben hatten. Kleine, aber bedeutsame Schritte im individuellen Leben und im "Tanz" des Paares wecken vielleicht wieder Neugier aufeinander - eine gute Möglichkeit für das Wiedererwachen von Leidenschaft. Das setzt allerdings voraus, daß die beiden bereit sind, einander ihre unterschiedlichen Geschichten zu erzählen, einander zuzuhören, neue Szenarien für alte Träume zu entwickeln und von vergangenen Verletzungen Abschied zu nehmen. Aus der Krise kann im besten Fall mit der Zeit eine Verbindung von zwei eigenständigen, gleichberechtigten Menschen entstehen, die weit über die mittleren Jahre hinaus Früchte trägt. Erstaunlich viele der befragten Paare haben auf dem Weg ins Alter eine neue Balance zwischen *Geborgenheit im Wir und Ich-bezogener Leidenschaft, zwischen "Wurzeln und Flügeln"*, gefunden.

Allerdings gehörte zum Auftauchen aus der Familienphase bei etlichen die Erfahrung, daß beim einen oder anderen keine Energie mehr da war für einen Neuanfang. Was sie nach außen sicher oder reich gemacht hatte, hat sie nach innen ausgehöhlt. Die *Männer* in dieser Lage neigten dazu, sich rasch mit einer jüngeren Frau wieder in eine Beziehung einzulassen, die im Gegensatz zu der bisherigen Lebensform der Familienehe als "patriarchale Romanze" bezeichnet werden kann. Sie wiederholten dabei mit neuer Besetzung das alte Spiel, welches sie meistens in der ersten Phase der Verliebtheit, noch vor der Geburt des ersten Kindes, mit der nun geschiedenen Partnerin gelebt hatten: Eine Vater-Tochter-Beziehung anstelle der später gelebten Mutter-Sohn Konstellation. Aber auch die *Frauen* in diesem traditionellen Modell breiten, wie meine Untersuchung zeigt, nach der Kinderphase immer häufiger die Flügel aus und holen ungelebtes Leben im Beruf und manchmal in Außenbeziehungen nach. Sehr oft tun sie dies genau zu der Zeit, da ihre Männer genug haben vom Fliegen in der dünnen Höhenluft des Berufs und sich nach Häuslichkeit sehnen. Die Frage "Wo bist du schon wieder mit deinen Gedanken?" ist nun die Frage des Mannes. Jene Frauen, die sich in dieser Lebensphase zur Trennung entschieden, waren selten motiviert durch eine neue Beziehung. Wichtiger war ihnen die Erkenntnis, daß sie sich in der bisherigen Konstellation immer wieder in die Rolle der nährenden Mutter von Mann und Kindern eingelassen und ihr die eigene Entwicklung geopfert hatten. Erstaunlich übrigens, wie gut das "Fliegen" den erzählenden Frauen auch weit über die Lebensmitte hinaus bekommt - selbst wenn dabei ihre Sehnsucht nach der Geborgenheit in einer Zweierbeziehung für immer ungestillt bleibt.

### *Progressive Paarkonstellationen*

- Offene Zweierbeziehung: Moratorium des Nicht-Übergangs
- Das Dreiphasenmodell: Kinder und Beruf in Phasen
- Doppelkarriere: Kinder und Beruf gleichzeitig

Die sog. *progressiven Lebensformen*, wie sie in meiner Praxis und der Befragung zu etwa 40 % vorkommen, sind geprägt von zwei typischen Entwicklungen: Zum einen durch "unendliche Offenheit" sowie das "Prinzip der Nicht-Entscheidung" in der Konstellation der offenen Zweierbeziehung; zum anderen durch das meist ungewollte Kippen in eine traditionelle Rollenverteilung beim sog. Dreiphasen- und dem Doppelkarriere-Modell.

Beim *Modell der offenen Zweierbeziehung* haben beide das bewußte oder unbewußte Anliegen, sich nicht oder nicht zu früh verbindlich aufeinander einzustellen. Es bewährte sich für die meisten befragten Frauen und Männer in den ersten Jahren. Beide konnten die Vorstellung von Unabhängigkeit bewahren und dafür ihre berufliche Entwicklung vorantreiben. Sie lebten in einem Moratorium des Nicht-Übergangs, mit dem sie auch die Ablösung vom Elternhaus

hinauszögern konnten. Notwendige Diskussionen über Themen wie Kinder, Finanzen, Außenbeziehungen sowie die Verteilung von Gütern, Rechten und Pflichten wurden fast immer auf die lange Bank geschoben. Weil aber die biologische Uhr für die Frauen rascher tickt als für die Männer, waren bei dieser Gruppe häufig sie es, die nach Jahren den Wunsch nach Verbindlichkeit und Kindern äußerten - direkt oder indirekt, manchmal, indem sie "ungeplant" schwanger wurden. Nicht selten wurde durch die Kinderfrage die Frage nach der Verbindlichkeit der Paarbeziehung zum ersten Mal explizit gestellt. Es überrascht darum nicht, daß mir mehrere Paare in dieser Gruppe erzählten, daß sie ihre Beziehung kurz nach der Geburt eines Kindes und/oder nach einer doch noch erfolgten Heirat abgebrochen haben. Die Frage, ob ein Paar zusammenbleibt, weil es das will oder einfach, weil es sich aneinander gewöhnt hat oder weil die Gebärfähigkeit der Frau abnimmt, wurde von einigen erst nach einer unfreiwilligen Entscheidung wirklich beantwortet. Das Privileg progressiver Paare in der Konstellation der offenen Zweierbeziehung, während Jahren nicht wählen und sich zu nichts entscheiden zu müssen, wurde ihnen manchmal zur leidvollen Erfahrung von Grenzen und Zwängen, die sie mit der Wahl einer offenen Lebensform bewußt hatten vermeiden wollen.

Bei den Konstellationen des *Dreiphasenmodells* und der *Doppelkarrieren mit Kindern* beschrieben die Befragten immer wieder ihr unbemerktes Kippen in eine traditionelle Rollenverteilung. Deutlich wurde mir besonders bei diesen Lebensformen die Verstrickung der Paarwelt mit der Welt von Arbeit und Gesellschaft - also des Persönlichen mit dem Politischen. Wenn ein Mann und eine Frau, die gerne in ihrem Beruf arbeiten und sich ein Stück weit über diesen definieren, Kinder möchten, ist der Bruch in der Laufbahn der *Frau* fast immer programmiert. Das Leitbild traditioneller Ehen, wonach seine Arbeit wichtiger ist als ihre, wird auch in progressiven Formen durch die real existierenden ungleichen Aufstiegsmöglichkeiten und die ungleiche Entlohnung von Mann und Frau reproduziert. Bewußt oder unbewußt gerieten die Frauen in meiner Untersuchung dadurch in das Dilemma, entweder ihr Eigenes aufzugeben und ihrem Mann in traditioneller Manier den Rücken freizuhalten, damit er seine Laufbahn verfolgen konnte, oder aber eine doppelte Arbeitsschicht zu leisten. Das hieß für sie, neben der Berufsarbeit zum größten Teil auch für die Familienarbeit verantwortlich zu sein. Für ihn resultierte daraus das lineare Leben am Stück, für sie das Leben als Stückwerk voll atemloser Gleichzeitigkeit. Daß besonders die *Frauen* in dieser Situation über Gefühle von Selbst- und Fremdausbeutung und von permanenter Erschöpfung erzählten, ist für viele von Ihnen, liebe Leser und Leserinnen, nichts Neues. Und daß die erlernte weibliche Tendenz zur Selbstbestrafung für ungelebtes Leben wie auch die unausgesprochenen Schuldgefühle der Männer eine Paarbeziehung vergiften können, wissen viele von Ihnen wohl ebenso aus eigener Erfahrung. Auch bei bewußter, *gemeinsamer Auseinandersetzung* mit dem

Dilemma Beruf und Familie ist es den Paaren in den progressiven Lebensformen nur mit größter individueller Anstrengung gelungen, die Balance zwischen Familie und Beruf immer wieder neu zu finden. Diese Anstrengung hat aber bei einigen auf der Ebene des Alltags zu einer "Abnutzungsschlacht" geführt, bei welcher oft über Jahre jede Minute verplant war. Zwar schenkten sie ihren Kindern die letzten Tropfen von Liebe und Energie, aber für Spontaneität und lustvolles Sich-fallenlassen als Geliebte blieb ihnen kaum mehr Raum. Wenn beim einen oder beiden dazu ein Hang zu Perfektionismus und zu narzißtischem Überfunktionieren kam, wurde manchmal die Beziehung von zwei besonders lebendigen, vielseitig begabten Menschen derart ausgehöhlt, daß der Mann oder die Frau einen Raum für sich selber nur noch in einer Trennung zu finden glaubten. Manchmal suchten sie auch Ersatz für verlorengedane Träume und Leidenschaft in einer Außenbeziehung. Die Bitterkeit des verlassenen "Mitkämpfers" oder der "Mitkämpferin" war jedesmal überwältigend - zumindest solange, bis die erfahrene Untreue als mögliche Treue zum individuellen und zum gemeinsamen Lebensentwurf verstanden und in notwendige Veränderungen im gemeinsamen Alltag übersetzt werden konnte. Das war übrigens bei mehr Paaren möglich, als ich erwartet hatte, und mag auch mit meiner persönlichen Einstellung zum Thema von Untreue als Versuch von Treue zum ursprünglichen Lebensentwurf statt als Ende einer Liebesbeziehung zu tun haben.

Erstaunlich fand ich, mit welcher Energie die Frauen und Männer in meiner Befragung gerade in den progressiven Lebensformen des Dreiphasen- und des Doppelkarriere-Modells sich den eingebauten Konflikten stellten und diese in ihrer Vernetzung mit gesellschaftlichen Bedingungen angegangen sind, statt sie bloß einander in die Schuhe zu schieben. Viele, denen es inzwischen trotz Krisen gelungen ist, die Durststrecke der ersten Jahre mit Kleinkindern und Beruf durchzustehen, erzählten mir von einem späteren Reichtum an persönlichen und beruflichen Entwicklungen sowie einer Lebendigkeit als Paar, welche ihre Mühe gelohnt habe. Aber ich kann es nicht deutlich genug sagen: Es sind die seelisch, körperlich und bildungsmäßig einigermaßen Privilegierten, welche solch unausweichliche Durststrecken heil überstehen! Wer nicht bereits über solche Privilegien in reichem Masse verfügte, litt so sehr unter der mit der Doppelbelastung verbundenen "Abnutzungsschlacht", daß sie häufig zugunsten einer traditionellen Rollenverteilung abgebrochen wurde, oder die Ehe in Scheidung endete. In den allermeisten Fällen zahlte dabei die Frau *beruflich* den höheren Preis als der Mann für ihre Kompensation der gesellschaftlichen Mängel. Andererseits erzählten mir ausnahmslos alle geschiedenen Männer vom schmerzlichen *Verlust ihrer Kinder*, die von ihnen oft als die wichtigsten Menschen im Leben beschrieben wurden. Aus all dem folgere ich: Wenn auf der einen Seite die gerechten Bildungschancen junger Frauen ausgebaut werden, wie das in den letzten Jahrzehnten zum Glück endlich geschehen ist, werden das Gemeinwesen und die Wirtschaft (also wir alle) in Zukunft in ganz anderer Weise als bisher dafür sorgen müssen, daß die von den

meisten Paaren gewünschte Verbindung von Familie und Beruf nicht mehr zu unmenschlich streßreichen Durststrecken und damit zum Zerbrechen von Ehen und Familien führt.

Lassen Sie mich zum letzten Teil meines Beitrags kommen mit der Frage, wie Paare ihren *inneren Raum* als Folge der beschriebenen Krisen neu gestalten können. Menschen sind ja nicht einfach Opfer gesellschaftlicher Prozesse, sondern immer ein Stück weit Mitgestalter, besonders im eigenen Raum. Indem sie sich Geschichten über sich selber und das gemeinsame Leben erzählen, schaffen sie innere Landschaften, welche auf die äußeren zurückwirken. Zwei Fragen haben mich in bezug auf diesen inneren Raum von Individuen und Paaren besonders interessiert:

- 1) Wie Paare in Therapie ermutigt werden können, auf die ursprünglichen Visionen ihrer Partnerwahl zurückzugreifen, welche ihnen als Schatzkammern an Phantasie und intuitivem Wissen alternative Perspektiven eröffnen, statt das Thema der Partnerwahl bloß unter neurotischen Aspekten abzuhandeln.
- 2) Wie Frauen und Männer sich durch Paarkrisen verabschieden können von einengenden kulturellen Rollenbildern wie auch von Aufträgen aus ihrer persönlichen Biographie, denen sie bisher blind gefolgt sind. Ich bezeichne das als Chance eines "zweiten Ablösungsprozesses". Daraus ergab sich bei vielen Paaren, daß sie den widersprüchlichen Tanz zwischen ihrer Sehnsucht nach verbindlicher Geborgenheit und nach erregender Leidenschaft neu balancieren lernten.

Ich möchte ein paar Erfahrungen zum *zweiten Thema* mit ihnen teilen, also der Frage, wie Leidenschaft *und* Geborgenheit in einer Paarbeziehung immer wieder neu gefunden werden können. Weder die patriarchalen Leitbilder der 50er Jahre, wonach Lust und Verbindlichkeit nicht zusammen passen, noch die neoromantischen der 68er Jahre, welche ewige Verliebtheit und Lust über Verbindlichkeit stellen, sind uns da eine Hilfe. Bei der Lebensform der Familien- oder Versorgungsehe, welche die meisten Paare einholt, sobald sie Kinder bekommen, steht notwendigerweise die Sehnsucht nach Sicherheit und Geborgenheit eine Zeitlang im Mittelpunkt. Damit ist jedoch immer die Gefahr verbunden, daß traditionelle Verhältnisse wiederholt werden: Ihm gehört die Lust und die Last der Arbeit in der Welt draußen, ihr die mütterlich-dienende Gestaltung von Intimität drinnen mit der Sehnsucht nach einem Raum für sich selber. Die Spaltung in seine Welt und ihre Welt spiegelt sich bis ins Innerste der Paarbeziehung in Form von unterschiedlichen männlichen und weiblichen Sprachregulierungen und asymmetrischen Verhältnissen. Wo solche Unterschiede zugunsten von Harmonie um jeden Preis verwischt werden, lauert immer die Gefahr der Domestizierung von Lust und Leidenschaft. Die Träume von Frau und Mann werden der Häuslichkeit geopfert,

das Fremde aneinander kolonialisiert. Die Paarbeziehung schwimmt schließlich in der Familie. Fast unbemerkt läßt sich der Mann wie ein Sohn von der Frau versorgen, um auf der Bühne des Lebens umso kräftiger aufzutreten, während sie sich in materiellen Dingen wie eine von ihm abhängige Tochter fühlt und verhält. Eltern-Kind-Verhältnisse lassen sich aber schlecht vereinbaren mit der Leidenschaft erwachsener Liebespartner! Versorgen und versorgt werden ist schön, aber nicht gleichbedeutend mit Lust und Intimität, und im Treibhaus der Sicherheit verkommt die lange Weile der Verbindlichkeit leicht zur Langweil. Eine erwachsene Sexualität fanden Paare in dieser Gruppe häufig erst wieder, als sie sich durch Krisen im wörtlichen Sinne auseinander setzen und ihr Eigenes wieder beanspruchen lernten, um sich sozusagen als Fremde wieder neu zu begeben.

Leidenschaft als Teil von Geborgenheit ist auf Dauer nur bei gleichgestellten Partner möglich, davon haben mich die eigenen Erfahrungen wie auch jene der befragten Frauen und Männer überzeugt. Das bedeutet dennoch nicht, daß erwachsene Leidenschaft die gelegentliche Übernahme der Eltern- und Kindrolle ausschließt. Solange das Spiel von groß und klein, stark und schwach zwischen Liebenden flexibel bleibt und aus ihrer Verwurzelung in der eigenen Welt genährt wird, scheint es eine gute Basis für eine leidenschaftliche und gleichzeitig verbindliche Beziehung zu sein. Es geht dabei, auch das wurde mir deutlich, nie bloß um das Reden über Gefühle, sondern um ihre Verankerung im alltäglichen Verhandeln von Privilegien und Aufgaben von Mann und Frau. Die Leidenschaft wie auch die lange Weile von Verbindlichkeit leben offenbar wesentlich von der gemeinsamen Improvisation des Alltags, nicht von den großen Gefühlen.

## Literatur

- Burkhart G, Kohli M (1992) Liebe, Ehe, Elternschaft. Piper, München  
 Hochschild A (1990) Der 48 Stundentag. Paul Zsolnay, Wien Darmstadt  
 Kantor D, Okun BF (1989) Intimate environments. Sex, intimacy and gender in families. Guilford Press, New York  
 Walters M et al (1991) Unsichtbare Schlingen. Klett-Cotta, Stuttgart  
 Welter-Enderlin R (1992) Paare - Leidenschaft und lange Weile. Piper, München  
 Welter-Enderlin R (1990) Jeder ist seines Glückes Schmied. In: Frauenleben heute. Beltz, Weinheim Basel

# **Rekonstruktion des Früheren - Konstruktion im Hier und Jetzt**

## **Der Ansatz der heutigen Psychoanalyse**

Michael Ermann

In Streitgesprächen um die Psychoanalyse geschieht es häufig, daß sie im Entwicklungsstand von 1905, 1920 oder vielleicht 1937 kritisiert oder auch angegriffen wird. Die tiefgreifenden Änderungen der psychoanalytischen Theorie seit dem Tode Freuds sind oft überhaupt nicht bekannt. Das gilt auch für die psychoanalytische Technik. So ist bei Laien und in Erstkontakten bei vielen Patienten die Vorstellung weit verbreitet, das Merkmal und Kernstück der psychoanalytischen Behandlung sei die Bewußtmachung verdrängter Kindheitserinnerungen durch Aufhebung der frühkindlichen Amnesie. Einer solchen Technik wird dann mit Skepsis begegnet und der Vorbehalt entgegengebracht, über rationale Einsichten in genetische Zusammenhänge oder über die Abreaktion regressiver Gefühlszustände nicht hinauszugelangen.

Wenn ich an gelegentliche kollegiale Kontakte denke, glaube ich, daß eine solche Konzeption tatsächlich auch heute noch von manchen Psychotherapeuten vertreten und praktiziert wird. Mir scheint aber, daß wir uns überwiegend in einer Entwicklung befinden, in der die Analyse des Gegenwärtigen (Sandler u. Sandler 1984) immer stärker in den Vordergrund gerückt ist. An die Stelle der Rekonstruktion des Früheren ist in der Praxis vieler Analytiker die Konstruktion der unbewußten Phantasie im Hier und Jetzt getreten. Damit hat sich in der Behandlungstechnik eine Loslösung von Freud vollzogen, der noch 1937 in einer seiner letzten Arbeiten schrieb: "Es ist bekanntlich die Absicht der analytischen Arbeit, den Patienten dahin zu bringen, daß er die Verdrängungen ... seiner Frühentwicklung wieder aufhebe, um sie durch Reaktionen zu ersetzen, wie sie einem Zustand von psychischer Gereiftheit entsprechen würden" (Freud 1937, S. 44).

Freuds Ziel - die psychische Gereiftheit - ist geblieben. Verändert hat sich bei vielen aber die Auffassung über den Weg dorthin. Dabei ist auch das Grundprinzip unverändert geblieben, die unbewußten Prozesse vornehmlich in der Übertragung zu bearbeiten. Aber mit der Erkenntnis, daß die Aufhebung der Kindheitsamnesie wahrscheinlich nicht der maßgebliche Wirkfaktor einer analytischen Therapie ist und daß für einen Behandlungserfolg womöglich Faktoren der aktuellen analyti-

schen Beziehung wichtiger sind - mit dieser Erkenntnis ist die Übertragung und der gesamte analytische Prozeß in ein neues Licht gerückt.

Ich möchte in meinem kleinen Beitrag die Position vertreten, die im Titel mit dem Schlagwort "Konstruktion im Hier und Jetzt" umrissen ist. Dabei kann ich nur auf die beiden zentralen Punkte eingehen: auf das veränderte Übertragungskonzept und die daraus abgeleitete veränderte Deutungstechnik. Diese Auffassung hat durch die Arbeiten von Schafer (1977), Gill (1982), Klein (1976) und Sandler (1976) inzwischen ihren festen Platz in der modernen Psychoanalyse erlangt und auch in Deutschland in der Fachdiskussion des letzten Jahrzehnts durch den zunehmenden Einfluß kleinianischer Konzepte (vgl. Spillius 1988; Meltzer 1984) immer stärkere Resonanz gefunden.

## **Übertragung als symmetrischer Prozeß im Hier und Jetzt<sup>1</sup>**

Lange hat sich in der Psychoanalyse die Auffassung gehalten, Übertragung sei ein Phänomen, in dem sich unsere Kindheitserfahrungen gleichsam unbearbeitet widerspiegeln, eine Wiederholung unserer historischen Vergangenheit. Dabei hatten Strachey schon 1935 und Melanie Klein 1952 hervorgehoben, daß nicht historische Objekte übertragen werden, sondern daß wir unsere inneren Objekte übertragen, d. h. unbewußte Phantasien, die wir in bestimmten Phasen unserer Entwicklung gebildet haben und die unter bestimmten Umständen in ihrer ursprünglichen Form als archaische Phantasien in uns erhalten bleiben können. Um ein Beispiel zu geben: Die Übertragung der Phantasie der verschlingenden Mutter oder des penetrierenden Vaters sind nicht unbedingt Abbilder davon, daß Mutter tatsächlich verschlingend war und Vater tatsächlich eindringend. Sie sind viel eher, wenn auch nicht immer, Relikte eines Erlebniszustands, in dem Mutter verschlingend *phantasiert* wurde und Vater penetrierend. Folgt man der Interpretation der Frühentwicklung durch die Kleinianische Schule, so handelt es sich um Phantasien, die in den ersten Lebensmonaten gebildet werden. Wenn sie durch bestimmte Einflüsse isoliert und von der weiteren Entwicklung ausgeschlossen werden, bleiben sie als pathogene unbewußte Phantasien erhalten. Sie können in der Analyse wiedererkannt werden: In der Übertragung können sie sich als heftige Ängste äußern, sich der analytischen Situation anzuliefern, sich hinzulegen, sich zu öffnen, zu assoziieren oder Deutungen als wohlmeinende Hilfe anzunehmen.

---

<sup>1</sup> vgl. dazu und zum folgenden auch meine gleichzeitig erscheinenden Arbeiten (Ermann 1992, 1993), die diese Thematik weiter vertiefen.

Solche Reaktionen können wir dann nicht einfach als eine autentische Wiederholung einer vergessenen historischen Beziehung der Kinderzeit betrachten. Es handelt sich vielmehr um die Präsenz einer Phantasie über eine Beziehung, die damals so erlebt worden war und die durch ungünstige Entwicklungsbedingungen nicht aufgelöst werden konnte.

Diese Erkenntnis hat maßgeblich dazu beigetragen, daß der Wert von Rekonstruktionen in der Psychoanalyse überdacht wurde. Hinzu kam, daß die Bedeutung von Projektion und Identifizierung für die psychoanalytische Beziehung unter dem Einfluß der Arbeiten von Helene Deutsch (1926), Paula Heimann (1950), Melanie Klein (1952) und Heinrich Racker (1959) immer stärkere Beachtung fand. Es wurde immer deutlicher, daß unter der Einwirkung von Übertragungsphantasien zwei Dinge geschehen:

- Der Patient beginnt, sich selbst und den Analytiker mit den Augen seiner Kindheit zu betrachten.
- Der Patient bringt den Analytiker dazu, sich selbst dieser Sicht entsprechend zu erleben.

Damit wurde die Wahrnehmung und Analyse der Gegenübertragung, die durch die Übertragung im Analytiker erweckt wird, zu einer wichtigen Informationsquelle über die unbewußten Phantasien des Patienten.

Wir werden aber ganz offensichtlich der klinischen Realität nicht gerecht, wenn wir alle Reaktionsweisen des Analytikers ausschließlich als Inszenierungen des Analysanden in ihm verstehen. Diese Auffassung würde nämlich bedeuten, daß nur der Patient unter dem Einfluß unbewußter Phantasien steht und die Beziehung zum Analytiker unter ihrem Einfluß gestaltet. Der Analytiker wäre dann ein Mensch ohne Unbewußtes. Obwohl diese Idee ganz offensichtlich absurd ist, haben wir heute noch immer größte Scheu, uns offen damit zu befassen, daß natürlich auch wir Analytiker unsere unbewußten Phantasien in der Beziehung zu unseren Patienten erleben. Mehr noch: Wie oder womit wollen wir reagieren, wenn nicht mit unseren Phantasien, unseren durch unsere Analysanden in uns wachgewordenen inneren Objekten? Was meinen wir mit Resonanzraum, in dem die Übertragungen und Projektionen unserer Analysanden in uns zum Klingen kommen, wenn nicht unsere eigenen regressiven, durchaus auch konflikthaften und abgewehrten Phantasien, Ängste und Bedürfnisse? Und warum sollte der Beziehungsmodus der Projektionen und der Identifizierung mit den Projektionen einseitiger sein, der vom Patienten ausgeht und uns erreicht? Warum sollten unsere Analysanden also nicht auch auf uns reagieren? Und zwar nicht nur auf unsere Erscheinung, unser bewußtes Verhalten, unsere Interventionen und vorbewußten Entwürfe und Konzepte, sondern auch auf unsere Projektionen, die wir selbst gar nicht - oder zunächst gar nicht - bemerken?

Wir wissen, daß wir Analytiker unsere unbewußten Vorerfahrungen in die analytische Beziehung hineintragen. Aber mit unseren inneren Objekten reagieren wir

nicht nur auf die Beziehungsangebote des Analysanden; je mehr eine Begegnung unsere regressiven Erlebnisse provoziert, umso mehr gestalten wir unbewußt die Beziehung durch eigene projektive Prozesse auch aktiv mit. Die Übertragung vollzieht sich dann zusehens als symmetrischer Prozeß, den die beiden Beteiligten gleichsam miteinander aushandeln.

Dabei hat die gemeinsame äußere Realität die Funktion von Übertragungsauslösern: Beide bilden sich Vorstellungen über den anderen, ausgelöst durch Erscheinung, Wesen, Habitus, Umgebung, nicht zuletzt durch die analytische Aufgabe, das Setting und die damit verknüpften Rollen. Diese Vorstellungen sind nicht nur Projektionen und fiktive Ideen. Aber für das Verständnis des psychoanalytischen Prozesses sind doch die unbewußten Phantasien, die sie begleiten, die maßgebliche Dimension. Sie beruhen auf verinnerlichten Vorerfahrungen, die in der Beziehung aktiviert werden, und sind die gestaltende Kraft des Übertragungsprozesses. Er ist ein Kompromiß zwischen zwei Intentionen, das Ergebnis einer Begegnung, ein gemeinsames Werkstück, an dem zwei Schicksale beteiligt sind und auf einander einwirken. Die Übertragungsszene kann deshalb gar nicht die historische Wirklichkeit von nur einem der beiden Beteiligten autentisch abbilden. Das ist die tiefere Begründung für die Arbeit im Hier und Jetzt, mit der wir die gemeinsame Beziehungsphantasie in den Mittelpunkt unserer analytischen Arbeit rücken: Was macht unser Analysand unter dem Einfluß seiner inneren Objekte mit uns und was machen wir entsprechend mit ihm?

## **Die Aufgabe des Analytikers**

Vor diesem Hintergrund gestaltet sich die Aufgabe des Psychoanalytikers aus heutiger Sicht ganz anders, als Freud sie konzipiert hatte. Freud (1937) schrieb in seiner Arbeit "Konstruktionen in der Analyse": "Der Analytiker hat von dem, worauf es ankommt, nichts erlebt und nichts verdrängt; seine Aufgabe kann es nicht sein, etwas zu erinnern" (Freud 1937, S. 45). Dem kann man aus heutiger Sicht gegenüberstellen: Der Analytiker reagiert mit seinen eigenen inneren Bildern - konkordant oder komplementär - unbewußt auf die Beziehungsangebote des Analysanden. Er erlebt unbewußt in der Identifizierung mit dem Patienten oder seinen inneren Objekten, fühlt wie der unbewußte Teil seines Patienten oder wie seine verinnerlichten Partner, und stellt dazu eben jene eigenen verdrängten Erlebnisse zur Verfügung, auf die es ankommt.

Freud (1937) fährt fort: "Was ist also seine 'des Analytikers' Aufgabe? Er hat das Vergessene aus den Anzeichen, die es hinterlassen, zu erraten oder, richtiger

ausgedrückt, zu konstruieren ... Seine Arbeit der Konstruktion oder, wenn man es lieber so hört, der Rekonstruktion, zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit der des Archäologen, der ... ein Bauwerk der Vergangenheit ausgräbt ... wenn er seine Schlüsse aus Erinnerungsbrocken, Assoziationen und aktiven Äußerungen des Analysierten zieht ... Es ist nur eine Frage der analytischen Technik, ob es gelingen wird, das Verborgene vollständig zum Vorschein zu bringen" (Freud 1937, S. 45f.). Dem könnte man heute gegenüberstellen: Was ist die Aufgabe des Analytikers? Er hat mit dem Angebot einer gemeinsamen Beziehung einen Raum zu schaffen, in dem die unbewußten Phantasien, Ängste und Bedürfnisse in Szene gesetzt werden können, um aus der Verdrängung heraus zu neuer Lebendigkeit zu gelangen. Die Arbeit des Analytikers ähnelt der eines Dramaturgen, der dem Spieler das Spiel überläßt und doch mit seinem ganzen Wesen daran teilhat, um die tiefere Idee eines Spiels sichtbar zu machen.

Hier endet allerdings auch schon der Vergleich mit dem Dramaturgen, denn die weitergehende Aufgabe des Analytikers ist die explizite Deutung, zu der es auf dem Theater keine Parallele gibt. Im Gegenteil: Die Wirkung des Theaters liegt darin, die Idee der Szene unausgesprochen zu lassen und es dem Zuschauer zu überlassen, ihre Botschaft zu entschlüsseln. In der Analyse aber ist der Adressat der Botschaft der Spieler selbst, und die Analyse hat das Ziel, ihm die Idee seines eigenen Spiels bewußt zu machen. Dabei benutzt der Analytiker als Material die Gestaltungen seines Analysanden und die Erfahrungen, die im Resonanzraum seines eigenen Inneren als Reaktion auf das Spiel zum Klingen kommen. Hier ist er eher selbst einem Spieler vergleichbar, der unter dem Einfluß unbewußter Rollenzuweisungen durch seinen Analysanden steht. So jedenfalls hat Sandler (1976) die Dynamik der analytischen Begegnung veranschaulicht. Der Analytiker benutzt aber auch die Erkenntnis, daß er als Dramaturg seine eigenen Ideen in das Spiel hineinträgt und daß seine Rollenanweisungen an den Spieler die Szene ebenso mitbestimmen wie dessen Talente und Intentionen. Aus heutiger Sicht ist es die Aufgabe des Analytikers, die unbewußte Beziehungsphantasie zu konstruieren, die beide hier und heute gemeinsam gestalten, und sorgfältig zu klären, was daran der Anteil des Analysanden ist und was seine eigenen Rollenanweisungen. Schließlich ist es seine Aufgabe, dem Analysanden mitzuteilen, warum er seinen Part gerade so auf die Bühne der gemeinsamen Beziehung bringt - welche inneren Gründe in ihm damit zum Tragen kommen und wie er die Rollenanweisungen des Analytikers versteht und umsetzt.

## Folgen für die Deutungstechnik

Solche Übertragungsdeutungen gelten nach wie vor als die wichtigsten spezifischen Interventionen in der psychoanalytischen Behandlung. Wir beschreiben mit ihnen was zwischen unseren Analysanden und uns unter der Perspektive des Gegenwärtigen, d. h. hier und jetzt in unserer aktuellen Beziehung geschieht und warum es geschieht. Nach allem, was ich über unser heutiges Verständnis der Übertragung als gemeinsame Beziehungsgestaltung gesagt habe, ist es klar, daß solche Übertragungsdeutungen nicht nur eine Befindlichkeit oder ein verdrängtes Bedürfnis des *Analysanden* beschreiben werden. Mit umfassenden Übertragungsdeutungen beschreiben wir vielmehr, wie eine Befindlichkeit, eine Befürchtung, ein Bedürfnis in der Beziehung zum Analytiker entstanden ist und auf welchen Anteil des Analytikers an der gemeinsamen Beziehung der Analysand damit reagiert. Umfassende Übertragungsdeutungen sind also Prozeßdeutungen nach dem Muster: Weil Sie bei mir erlebt haben, daß ich so bin und mich so verhalten habe, haben Sie sich so auf mich eingestellt und erleben jetzt so. Damit wehren Sie sich gegen Ihre Angst, Sie könnten diese und jene schlimme Erfahrung mit mir machen.

"Sie sind wütend," sagte ich einer Patientin, die mich in der Urlaubspause mit Schmähbriefen eingedeckt hatte, "weil ich Sie alleingelassen und Ihren Schmerz vergrößert habe, als Sie mich am meisten brauchten." Damit spielte ich darauf an, daß die Pause gerade zu einem Zeitpunkt stattfand, als sie vor einer wichtigen Entscheidung stand, die sie allein nicht zu meistern fürchtete. "Aber mit Ihrer Wut," fuhr ich fort, "lassen Sie mich auch spüren, wie sehr Sie mich vermißt haben. Und mit den Briefen haben Sie auch die Verbindung zu mir aufrechterhalten. Sie glauben, daß ich mit Ihrer Wut leichter umgehen kann als damit, daß Sie mir offen zeigen, wie sehr Sie sich nach mir sehnen."

Und zu einer Analysandin, die nach längerer Analyse ihre Depressionen aufgegeben, dann aber ein psychosomatisches Symptom entwickelt hatte, dessen Dynamik mir unverständlich geblieben war, sagte ich nach längerer Vorarbeit schließlich:

"Sie brauchen diese Beschwerden als eine Insel in unserer Beziehung, auf die Sie sich von mir zurückziehen können. Sie haben sich von mir in Ihrer Einsamkeit und der Depression zwar verstanden gefühlt, doch ich habe Ihnen auch das Gefühl gegeben, daß ich es nicht ertragen kann, daß Sie leiden und ich Ihnen nicht helfen kann. Sie haben die Erfahrung gemacht, daß ich Ihnen helfe, um mich gut zu fühlen und erst in zweiter Linie, weil es mir um Sie geht. Solche Hilfe aber hat ihr Gefühl der Verlassenheit nur

vermehrt - eben das Gefühl, das es in unserer Beziehung nicht geben darf, wenn Sie mein Interesse nicht verlieren wollen."

Deutungen solcher Art unterscheiden sich grundlegend von den Rekonstruktionen Freuds, der in seiner Arbeit von 1937 das folgende schematische Deutungsbeispiel gibt:

"Bis zu Ihrem nten Jahr haben Sie sich als alleinigen und unbeschränkten Besitzer der Mutter betrachtet, dann kam ein zweites Kind und mit ihm eine schwere Enttäuschung. Die Mutter hat Sie für eine Weile verlassen, sich auch später Ihnen nicht mehr ausschließlich gewidmet. Ihre Empfindungen für die Mutter wurden ambivalent, der Vater gewann eine neue Bedeutung für Sie und so weiter" (Freud 1937, S. 47f.).

Deutungen, die diesem Schema folgen, erscheinen uns mehr als 50 Jahre später fremdlich. Es wird uns heute spürbar, wie tabuisiert die emotionale Berührung zwischen Analytiker und Analysand gewesen sein muß, wie stark wohl auch die Befürchtung, den Analysanden und vielleicht auch sich selbst in eine emotionale Abhängigkeit zu verstricken. Die ausschließlich genetische Deutung, die nicht auf das Hier und Jetzt Bezug nimmt, wurde von Ferenczi u. Rank (1924) schon in den 20er Jahren kritisiert. Heute erscheint sie uns als eine Flucht aus der Beziehung, die wir mit dem analytischen Setting im Hier und Jetzt stiften, in das Dort und Damals der Rekonstruktion. Als würde man fürchten, den Geist des Unbewußten nicht mehr loszuwerden, wenn man die Übertragung nimmt, als was sie uns heute erscheint: Als eine gemeinsame Gestaltung der Beziehung, die zwischen den beiden Unbewußten ausgehandelt wird, eine gemeinsame Geschichte, geformt aus dem Stoff der Gegenwart - jedoch mit den Werkzeugen der je individuellen Vergangenheit.

Freud hat gemeint, die Rekonstruktion sollte in der Erinnerung des Analysierten enden, ihn zur Erinnerung des (historischen) Verdrängten bringen (Freud 1937, S. 53). Anders die Funktion der Konstruktion. Sie besteht darin, zwischen Bewußtem und Unbewußtem in der Gegenwart zu vermitteln. Wenn die Deutung in diesem Sinne eine Wirkung entfalten soll, kann es sich jedoch nicht um einen Prozeß der rationalen Einsicht des Analysierten handeln. Viel entscheidender ist die Erfahrung. Die Erfahrung nämlich, daß der Analytiker in sich seinen eigenen Anteil an der Übertragung aufspürt und als einen Bezugspunkt mit in die Deutungsarbeit einbezieht. Dieser eigene Anteil mag hinter einer eigenen Abwehr verborgen sein: Allzu gern lassen wir uns idealisieren, um Gefühlen von Wut, Trauer, Einsamkeit, Neid oder Haß in der Gegenübertragung nicht zu begegnen oder uns diesen Gefühlen in der Übertragung nicht aussetzen zu müssen; allzugern verhalten wir uns entgegengesetzt der Rolle destruktiver Objekte, die uns in der Übertragung zudedacht ist; und nur allzugern gewähren wir den regressiven

Bedürfnissen unserer Patienten verdeckt oder offen Befriedigung, um uns der destruktiven Kraft der Enttäuschung zu entziehen, die uns in der abgewehrten Übertragungsszene zudedacht ist. Zu groß ist oft unsere latente Bereitschaft, den Analysanden davon zu überzeugen, daß wir ihm eine bessere Beziehung anbieten können, als seine und unsere Vorerfahrungen es wissen. Die Erfahrung, die der Analysand durch umfassende Übertragungsdeutungen machen kann, ist die der radikalen Offenheit und Unbestechlichkeit des Analytikers gegenüber dem Unbewußten in der gemeinsamen Beziehung, gegenüber seinem und in gleicher Weise gegenüber seinem eigenen Anteil. Mit der umfassenden Übertragungsdeutung schafft der Analytiker eine Synthese zwischen den unbewußten Phantasien und der adulten Wirklichkeit der gegenwärtigen Beziehung, indem er diese Synthese zunächst in sich selbst und für sich selbst vollzieht. Damit gibt er der unbewußten Phantasie in der bewußt erlebten Gegenwart einen Platz. Die Identifizierung mit dieser Vermittlerfunktion des Analytikers zwischen Abwehr und Abgewehrten - hier greife ich eine alte Idee von Strachey (1935) wieder auf - die Identifizierung mit dieser synthetischen Funktion ist der Neuerwerb, der in einer geglückten Analyse gelingen kann.

Wenn er gelingt, so wissen wir aus der Praxis, dann kann der Analysand sich auch mit weniger Angst den konflikthaften Erlebnissen zuwenden, in denen die konflikthafte Wahrnehmung und Verarbeitung des Hier und Jetzt wurzelt. Dann leistet er die Rekonstruktionen selbst, die ihm ein neues Gefühl innerer Kontinuität vermittelt und ihm hilft, sich mit seinem eigenen Schicksal zu versöhnen.

## Literatur

- Deutsch H (1926) Okulte Vorgänge während der Psychoanalyse. *Imago* 12: 418-433
- Ermann M (1992) Die sogenannte Realbeziehung. *Forum Psychoanal* 8 : 281-294
- Ermann M (1993) Deutungsprozeß und Beziehungsarbeit. Dimensionen der hilfreichen Beziehung. In: Ermann M (Hrsg) *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Ferenczi S, Rank O (1924) Entwicklungsziele der Psychoanalyse. *Int Psychoanal Verlag*, Wien
- Freud S (1937) Konstruktionen in der Analyse. *GW Bd 16*
- Gill MM (1982) *Analysis of transference, vol 1: Theory and technique*. Int Univ Press, New York
- Heimann P (1950) Countertransference. *Int J Psychoanal* 31: 81- 84
- Klein GS (1976) *Psychoanalytic theory*. Int Univ Press, New York

- Klein M (1952) The origins of transference. *Int J Psychoanal* 33: 433- 438
- Meltzer D (1984) Traumleben. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien (1988)
- Racker H (1959) Übertragung und Gegenübertragung. Reinhardt, München (1978)
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30: 297-305
- Sandler J, Sandler AM (1984) Vergangenheits-Unbewußtes, gegenwärtiges Unbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche* 39: 800-829
- Schafer R (1977) The interpretation of transference and the conditions of loving. *J Am Psychoanal Assoc* 25: 335-262
- Spillius EB (1988) Melanie Klein heute, Bd 1 1990, Bd 2 1991. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien
- Strachey J (1935) Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. *Int Z Psychoanal* 21: 486-516

# **Rekonstruktion des Früheren - Konstruktion im Hier und Jetzt**

## **Der Ansatz der heutigen Analytischen Psychologie**

Verena Kast

Ich schreibe zum Thema aus der Sicht der Jungschen Psychologie. Jung ist 1961 gestorben, und gerade das Thema der Beziehung ist nach seinem Tod auf der Grundlage seiner Gedanken entscheidend weiter entwickelt worden.

## **Das gemeinsame Unbewußte und die analytische Beziehung**

Jung schrieb in einem Brief im Jahre 1934 :

"Im tiefsten Sinne träumen wir alle nicht aus uns, sondern aus dem, was zwischen uns und dem andern liegt" (Jung 1972).

Dieser Ausspruch verweist auf ein Konzept des gemeinsamen Unbewußten zwischen Menschen, die sich aufeinander einlassen, also auch auf ein gemeinsames Unbewußtes zwischen Analytiker/Analytikerin und Analysand/Analysandin. Explizit dargestellt hat Jung dieses Konzept der Verbindung auf der Ebene des Unbewußten in einem Aufsatz zum Thema Übertragung-Gegenübertragung aus dem Jahre 1946 (Jung 1971). Allerdings sprach er schon 1912 im Zusammenhang mit Komplexen (Jung 1971) und Symbolbildung von "participation mystique" oder weniger geheimnisvoll von "gegenseitiger unbewußter Ansteckung", oder von "familiären Komplexen". Unter Participation mystique verstand er das Erlebnis einer partiellen Identität, die unbewußt ist und schwer aufzulösen.

Dieses gemeinsame Unbewußte ist in der analytischen Beziehung zunächst als Atmosphäre der Beziehung spürbar. Es ist Voraussetzung für das Phänomen, das wir Gegenübertragung nennen, Voraussetzung dafür, daß wir emotionale Zustände eines anderen Menschen wie unsere eigenen erleben können, während der andere Mensch im Moment u. U. keinen Zugang dazu hat. Es ist auch Voraussetzung für

Empathie. Dieses gemeinsame Unbewußte kann Grundlage für die Möglichkeit des Analysanden oder der Analysandin sein, an der Selbstregulierung der Psyche seines/ihrer Analytikers oder seiner/ihrer Analytikerin teilzuhaben, vorausgesetzt, sie funktioniert beim Analytiker, bei der Analytikerin selbst. Die Selbstregulierung der Psyche ist wichtig, um mit Problemen und Belastungssituationen leben zu können. Für Jung ist das psychische System ein sich selbst regulierendes System wie auch der lebende Körper. Jung sieht diese Möglichkeit der Selbstregulation v. a. darin, daß vom Unbewußten her Reaktionen gegen bewußte Einseitigkeiten zu erwarten sind; zu erwarten sind Entwicklungsimpulse, die zunächst als Störmanöver erlebt werden, dabei bleibt die Integrität der Gesamtstruktur gewahrt, der Mensch wird aber auch fähig, seinen jeweiligen Standpunkt zu transzendieren.

Diese Selbstregulierung ist beeinträchtigt bei zu starker oder zu lange andauernder Abwehr, sie muß deshalb in einer Therapie wieder hergestellt werden, denn, ist sie einmal hergestellt und ist die Beziehung zum Unbewußten nicht mehr durch Komplexfixierungen blockiert, dann können die Entwicklungsimpulse ohne größere Probleme selbstverständlich auch nach einer Phase der Abwehr aufgenommen werden. Dank dieses gemeinsamen Unbewußten kann der Analysand oder die Analysandin gleichsam die Selbstregulierung des Analytikers oder der Analytikerin "mitbenutzen": Das gemeinsame Unbewußte ermöglicht es dem Analytiker oder der Analytikerin, Entwicklungsimpulse in Form von symbolischen Konstellationen wahrzunehmen, samt den damit verbundenen Komplex- und archetypischen Konstellationen, die sich sozusagen *zwischen* ihm und der Analysandin konstellieren. Dieses gemeinsame Unbewußte ermöglicht es, ein Bild oder einen Ausdruck zu finden für diese Schwingungen, so daß in einem schöpferischen Akt des Analytikers oder der Analytikerin eine wesentliche emotionelle Situation zunächst einmal ungefähr benannt werden kann - eine erste Konstruktion - und dann im Dialog, oder im Austausch der Phantasien die Form findet, die für den Analysanden oder die Analysandin im Moment stimmt. Damit wäre die Selbstregulierung zumindest in dieser Situation wieder hergestellt.

Dieses gemeinsame Unbewußte erlaubt aber nicht nur unbewußte Teilhabe, die die Selbstregulierung wieder ermöglicht, wenn die Impulse kreativ aufgenommen werden können, es ist auch Grund dafür, daß Komplexe in der Psyche des einen Menschen Komplexe in der Psyche des anderen beleben, daß unsere Komplexe sich weiter gegenseitig verstärken, daß wir uns anstecken, oder daß jedes der beiden Beteiligten durch *einen* Pol des belebten Komplexes bestimmt ist. Komplexe (Kast 1990) sind spezifische Konstellationen von Erinnerungen aus verdichteten Erfahrungen und Phantasien, um ein ähnliches Grundthema geordnet und mit einer starken Emotion der gleichen Qualität besetzt. Wird dieses Grundthema im Leben berührt, oder der zugehörige Affekt, reagieren wir komplexhaft, d. h., wir sehen und deuten die Situation im Sinne des Komplexes, werden "emotional" und

wehren in stereotyper Weise ab, wie wir es schon immer getan haben. Für den Beziehungsbereich heißt das, daß das gegenseitige Verstehen in einer solchen Situation zunächst unterbrochen ist. Komplexe werden sichtbar in unserem Erleben und Handeln, sie zeigen sich aber auch in Symbolen, wobei dann auch der zukunftsweisende Kern dieser Komplexe betont ist. Komplexe haben nach Jung einen archetypischen Kern, das heißt, Komplexe bilden sich dort, wo eine Lebensnotwendigkeit angesprochen ist.

Komplexe sind affektive Kerne der Persönlichkeit, die aus dem Zusammenstoß des Individuums mit den Anforderungen von Eltern und Geschwistern zunächst entstanden sind, also die Beziehungsdramen der frühen und späteren Kindheit abbilden. Die Genese der Komplexe wird nicht einfach ins Säuglingsalter verlegt, Komplexe können sich durch das ganze Leben hindurch generieren, wobei die frühe Kindheit natürlich dafür eine sensiblere Phase ist, und selbstverständlich frühe Beziehungsstile und Muster in ihnen auch einen Niederschlag gefunden haben dürften. Das Konzept der Genese der Komplexe scheint mir recht gut mit Ergebnissen der modernen Säuglingsforschung übereinzustimmen (Emde 1991).

Weil sich in unseren Komplexen die Beziehungsdramen abbilden, sind wir bewußt oft mit dem Kind der Zeit der Genese des Komplexes identifiziert, unbewußt aber mit dem Elternanteil, deshalb können Komplexe sich leicht in die beiden Pole aufspalten in der therapeutischen Beziehung und führen dann zu kollusiven Übertragungen und Gegenübertragungen (Kast 1991), was geradezu eine Voraussetzung für Wandlungsprozesse zu sein scheint.

Über diese Komplexansteckung hinaus scheint dieses gemeinsame Unbewußte aber auch eine Form der Teilhabe aneinander zu garantieren, eben eine *participation mystique*, die gerade auch bei Prozessen, die in eine vorsprachliche Zeit zu reichen scheinen, eine Funktion des Haltens ausübt, vorausgesetzt der Analytiker oder die Analytikerin weiß sich auf dieses gemeinsame Unbewußte zu konzentrieren und vermeidet, es vorschnell zu deuten<sup>1</sup>.

In der Jungschen Therapie steht die analytische Beziehung im Hier und Jetzt, in der sich dieses gemeinsame Unbewußte zeigt, wo es wirken und stören kann, im Zentrum des therapeutischen Interesses.

---

<sup>1</sup> Die Amerikaner Nathan Schwartz-Salant und Murray Stein haben einen Kongreß (Chiron Conference) zu diesem Thema im März 1992 in Einsiedeln organisiert

## Die analytische Beziehung

Wesentliche Aspekte der analytischen Beziehung, wie sie heute in der Jungschen Psychologie verstanden wird, sind: Die Ich-Du-Beziehung, die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, das gemeinsame Unbewußte.

Bei der Ich-Du-Beziehung handelt es sich um die Beziehung mit ihren Schwierigkeiten zwischen 2 erwachsenen Menschen. Hier wäre dann auch der Analytiker oder die Analytikerin in seiner oder ihrer Modellfunktion zu sehen: Der Mensch, von dem man etwas lernen kann im Umgang mit emotionalen Problemen. Auf dieser Ebene stellt sich auch die kritische Frage, wie man miteinander "Gegenwartsunbewußtes" (Sandler u. Sandler 1985) schafft, wo man sich womöglich auch gegenseitig Fluchthilfe leistet, auch indem man z. B. eine aktuelle Schwierigkeit in der Beziehung zwischen diesem Du und diesem Ich auf ein frühkindliches Problem hin interpretiert usw.

Diese Ich-Du-Beziehung wird durch Übertragungs- und Gegenübertragungserlebnisse ein Ort, an dem emotional erfahrbar alle gewesenen und wohl auch viele der künftigen Beziehungen mitgelebt werden, wo sich immer wieder punktuell unser Beziehungsleben verdichtet, wo sich daher auch viele der Schwierigkeiten im Beziehungsbereich abzeichnen, im Hier und Jetzt erfahrbar, erlebbar, angehbar werden.

Als weiterer Aspekt der Beziehung wird das gemeinsame Unbewußte gesehen, ein geheimnisvoller Bereich, in dem es um gegenseitige unbewußte Belebung geht - von der Ansteckung durch die Komplexe bis hin zur gegenseitigen Belebung von wesentlichen tragenden Bildern (Anima-Animus-Bereich, Kast 1984). Es ist ein Bereich, der deutlich macht, daß es nicht nur um das Thema "Ich" und "Ich-Du" geht in der Therapie, sondern auch um ein "Wir". Dieses "Wir" kann sowohl als tragend erlebt werden, es birgt aber auch die Gefahr, genüßlich miteinander unbewußt zu bleiben, ohne es zu merken. Nur das Wissen um diesen Bereich bewirkt, daß aus der *participation mystique* keine *folle à deux* wird, sondern letztlich in langer Arbeit des Bewußtwerdens, an der beide der Beteiligten partizipieren, das Erleben eines bewußteren Wir, das Erlebnis einer Teilhabe, einer bewußteren Partizipation statt einer *Participation mystique*.

Ziel unseres therapeutischen Arbeitens ist es, u. a. mit dem Eingehen einer therapeutischen Beziehung, ein schöpferisches Verhältnis zur Vergangenheit zu gewinnen, ein Verhältnis, bei dem nicht durch die Komplexe bedingt, gewisse Sehweisen verstellt sind. Und: es soll eine Offenheit gegenüber dem Kommenden erreicht werden.

## **Was haben zum Erreichen des Therapieziels Konstruktion und Rekonstruktion für eine Bedeutung?**

Unter Konstruktionen verstehe ich Deutungen, meistens von solchen Komplexanteilen, die eine emotionelle Schwierigkeit und damit auch eine Beziehungsschwierigkeit auslösen, und dadurch die Wahrnehmung verzerren. Diese komplexbedingten Verzerrungen zeigen sich in der Regel fast gleichzeitig in vielen Situationen: in der analytischen Beziehung, im alltäglichen Leben, in Phantasien und Träumen. Irgendwann wird das Muster deutlich und es gelingt eine Konstruktion zu machen, eine Deutung. Das muß nicht unbedingt das Werk des Analytikers oder der Analytikerin sein, Deutungen ergeben sich oft im dialogischen Zusammenspiel zwischen den Beteiligten. Diese Deutung kann mehr ausgelöst werden durch eine Reaktion aus dem gemeinsamen Unbewußten, durch eine Phantasie des Analytikers oder der Analytikerin, sie kann aber auch ausgelöst werden durch ein bewußtes Wissen um Komplexdynamik, (v. a. Übertragungs-Gegenübertragungsdeutungen) oder aus der Kenntnis des Analysanden oder der Analysandin und des Lebens (Ich-Du Beziehung).

Diese Konstruktion ergibt immer einen Hinweis auf die Lebensgeschichte, ermöglicht dadurch die Rekonstruktion eines verdrängten Anteils, und zwar eines Opfer- und eines Täteranteils, wobei der Täteranteil meistens gründlicher verdrängt wird. Es geht also bei der Konstruktion auch um die Rekonstruktion von Beziehungserfahrungen, die zu Haltungen geworden sind und zwar im Zusammensein mit diesem speziellen Analytiker, dieser speziellen Analytikerin. Denn bewußt werden kann ja nur, was die beiden, Analytikerin und Analysand, miteinander sehen, vielleicht auch, was durch ihr gemeinsames Unbewußtes belebt wird, und auch, was zu sehen in dieser Beziehung erlaubt ist. Da stellt sich - so ganz nebenbei bemerkt - die Frage, ob man mit einem anderen Analytiker, einer anderen Analytikerin, jeweils auch eine andere Biographie rekonstruieren würde.

### *Ein Beispiel*

An einem kurzen Beispiel möchte ich das Gesagte veranschaulichen. Es geht um das banale Erlebnis des Verstummens.

Eine 29jährige Frau verstummt in der Therapie immer einmal wieder. Die Gründe dafür sind verschieden: Sie möchte etwas erzählen, befürchtet aber, ich könnte sie deshalb kritisieren. Sie verstummt. Sie will einen Traum erzählen, es fällt ihr ein, daß sie vielleicht nicht besonders gut dasteht in diesem Traum - sie verstummt. Sie möchte von ih-

ren Prüfungsproblemen sprechen - sie setzt an, findet es peinlich und verstummt. Das sind etwa die Gründe, die uns bekannt sind - es mag viele andere mehr geben. Verstummen ist eine ihrer Komplexreaktionen. Sie kam in Therapie, weil sie ihre Abschlußprüfung an der Universität nicht zu machen wagt - sie weiß, daß sie verstummt, wenn man sie nur kritisch ansieht - und sie kann dagegen nichts unternehmen. Der Komplex des Verstummens beeinträchtigt ihr Leben, beeinträchtigt auch ihre Beziehungen. Sie hat keine Freunde und keine Freundinnen. Sie kann zwar gut Kontakt aufnehmen, aber dann verstummt sie bald.

Auf ihr erneutes Verstummen werde ich innerlich unwirsch. "Nicht schon wieder, und bitte nicht so." Ich ziehe mein Interesse von ihr ab, verstumme selber. Rufe mich zur Ordnung, daß Verstummen keine Lösung sei. Ich weiß aber, wenn ich sie tröste, ermuntere oder gar in sie eindringe, dann wird sie nur noch stummer - das habe ich schon ausprobiert. Sie läßt mich leer laufen. Lasse ich mich auf die Atmosphäre ein, auf das gemeinsame Unbewußte, spüre ich eine große Aggression im Raum, stumme Feindseligkeit. Ich habe daran teil. Ich spüre Scham, als ich feststelle, daß ich die Situation nicht ändern will. Ich würde ihr Schuld zuschieben wollen, wenn ich nicht wüßte, daß das unprofessionell ist.

In der Komplexkonstellation wird aufgrund des gemeinsamen Unbewußten mein eigener Komplex "Verstummen" zunächst belebt - ich kann einigermaßen damit umgehen. Dann scheine ich zuerst den Elternpart zu übernehmen, durch Abzug meines Interesses an ihr, im Gegensatz zu ihrer Selbstwahrnehmung ihrer Eltern, die sie zwar als ausgesprochen fordernd schildert, Selbstwert nur über Leistung und sichtbaren Erfolg definierend - auch bei sich selbst- die aber, wenn sie verstummte, zwar wütend wurden, jedoch immer noch interessiert, wenn möglich noch interessierter als zuvor. Ich wiederum erlebte deutlich meinen Abzug von Interesse von ihr. Möglicherweise war da bei ihr eine sehr kränkende Erfahrung verdrängt. Indem ich mich in der Folge schäme, übernehme ich den Kinderpart, den sie auch übernimmt. Meine Scham ist auch Scham darüber, daß ich meinerseits in eine Form der passiven Aggression ver falle - einfach nichts zu tun - eine analoge Form der Aggression, wie sie sich auch im Verstummen ausdrückt. Ich weiß, daß wir möglicherweise aus dem Verstummen herausfinden könnten, wenn ich sie nach einer aktuellen Arbeit fragte, wenn wir auf die bewußte Ich-Du Ebene gingen. Aber das kann nicht die Lösung sein.

Als ich mich verstanden hatte in der Übernahme der Pole dieser Komplexkonstellation, formulierte ich, daß ich mich jeweils zu schämen begänne, wenn sie verstummt sei, weil ich dann gar nichts unternehmen *wolle*, also auch passiv aggressiv sei, und daß ich dann vielmehr Mühe hätte, mein Interesse an ihr aufrecht zu erhalten. Ich teile ihr weiter mit, daß es für mich jetzt auch sehr schwierig sei, dies ihr mitzuteilen. Ich frage mich, ob sie dieses plötzliche Abziehen des Interesses nicht doch auch in ihrer Kindheit erlebt habe.

Das ist nun eine Konstruktion, die mit unserer Beziehung auf allen Ebenen zu tun hat, die aber auch auf Dekonstruktion und Rekonstruktion von Lebensgeschichten abzielt. Die Analysandin hörte zumindest interessiert zu, meinte dann aber, ihre Eltern seien eher allzu interessiert an ihr gewesen. Sie war Einzelkind. Erst eine Serie von Träumen, deren Hauptthema es war, daß sich Menschen in irgendeiner Form abwandten, ließen sie das Thema wieder aufnehmen. Plötzlich konnte sie spüren, wie es sich anfühlte, wenn ich das Interesse an ihr verlor und wenn sie fürchtete, daß ich sie nicht mehr sehen wollte, wie es sich anfühlte, wenn ein Professor das Interesse an ihr verlor, weil sie ja nichts herausbrachte, wo sie doch, aufmerksam wie sie war, suggerierte, eine sehr interessierte Studentin zu sein. Und dann fielen ihr Begebenheiten mit ihren Eltern ein, wo diese das Interesse wirklich aus Enttäuschung von ihr abzogen, und sie sich verlassen, beschämt vorkam, am liebsten in den Boden versinken wollte. Diese Erinnerungen schmerzten sehr, hatte sie sich doch daran festgehalten, daß ihre Eltern sich wenigstens *immer* für sie interessierten. Wesentlich war, daß sie herausfand, daß auch sie mit diesen das Interesse von ihr abziehenden Elternanteilen identifiziert war. Ich erreichte das, indem ich einmal den Satz fallen ließ, theoretisch gesehen wäre man unbewußt meistens mit dem Täteranteil identifiziert. Wochen später begann sie über ihren Täteranteil zu sprechen, indem sie erzählte, wie sie mich entwerten mußte aus der ohnmächtigen Angst heraus, ich könnte sie fallen lassen. Sie sprach darüber, wie sie das Interesse aus der Therapie abzog, und wie sie dabei dann immer depressiver wurde. Sie verstand jetzt ihr Verstummen besser, auch als Abziehen des Interesses von sich selbst, aber auch als Akt der passiven Aggression aus Verzweiflung: Mit dir rede ich nicht, du hörst mich doch nicht, ein Mensch muß aber gehört werden, sonst hat er keine Daseinsberechtigung.

Als uns das einigermaßen bewußt war, kam sie in eine Phase, in der viele Träume erinnert wurden, in denen eine wild wuchernde Natur vorkam. Monate später fand sie Anschluß an Menschen, die exzessiv in den Bergen wanderten. Sie mußte auch im Umgang mit diesen natürlich immer wieder gegen ihr Verstummen angehen. In Phantasien und Träumen waren zunehmend Bilder vom Typus des tragenden Mutterarchetyps auszumachen, eine Form der Selbstregulierung, die den Selbstwert der Frau recht gut stabilisierten.

Der Sinn der Rekonstruktion liegt darin, daß Menschen ihr Handeln verstehen lernen, daß sie sich selbst verstehen lernen, daß sie mehr Empathie mit ihrem Gewordensein aufbringen, und so auch mit sich selber besser einverstanden sein können; das öffnet neue Lebensmöglichkeiten. Die wirkliche Geschichte, wie sie "objektiv" war, werden wir nicht rekonstruieren können. In unseren Komplexen sind nicht einfach Elternteile mit ihrem Verhalten, oder Geschwister, genau so wie sie waren, abgebildet, sondern die Komplexe scheinen eine komplizierte Mischung zu sein von tatsächlich Erlebtem und Phantasiertem, von enttäuschten

Erwartungen usw. Dabei ist allerdings festzustellen, daß durch das teilweise Auflösen der Komplexe mehr Erinnerungen frei werden, mehr Zugang zur eigenen Lebensgeschichte möglich wird. Damit wird das Lebensgefühl reicher, der Ich-Komplex besser besetzt, die eigene Identität auch in der Kontinuität erlebt. Die wirkliche Geschichte ist etwas sehr geheimnisvolles, und wohl nicht wirklich zu rekonstruieren.

Rekonstruiert werden im Jungschen Verständnis Komplexkonstellationen, wobei zum einen der verdrängte Anteil ins Bewußtsein gehoben wird, zum anderen Komplexkonstellationen aber auch als affektive Knotenpunkte des Lebens begriffen werden, die Entfremdungen und Verfremdungen bewirken und bewirkt haben, die der Grund für unabgelöste Identifikationen sind, die aber auch ganz bestimmte Fähigkeiten stimuliert haben und ein Entwicklungspotential, das sich in den von ihnen ausgelösten Phantasien äußert, in sich bergen. Dieses Entwicklungspotential wird besonders sichtbar in den archetypischen Bildern, die sich jeweils einstellen, wenn wichtige Aspekte des Komplexes ins Bewußtsein gehoben sind.

Mindestens so wichtig wie die Rekonstruktion des Früheren ist *die Analyse der Erwartungshaltung*, die mit jeder Komplexkonstellation zusammenhängt, und die sich nicht nur auf das Hier und Jetzt der analytischen Beziehung bezieht, sondern auch auf die Zukunftsperspektive des eigenen Lebens. So kann ein Komplexsatz die Offenheit der Zukunft zunichte machen, neue Erfahrungen verstellen. Ein solcher Komplexsatz meiner Analysandin hieß: "Es hat keinen Sinn, sich einzusetzen, in wichtigen Situationen verstumme ich doch." Erwartungen, Sehnsüchte, Utopien bewegen sich unter dem Diktat der Komplexe nur in den Bahnen einer verfestigten Vergangenheit, wenn sie überhaupt auftreten. Das heißt aber, daß man nicht zum eigenen Leben finden kann. Man lebt dann zwischen der Vergangenheit, die belastet und der Zukunft, die Angst einflößt.

Insofern Konstruktionen, die immer wieder hinterfragt und ergänzt werden können, die Voraussetzung dafür sind, daß diese Verfestigungen langsam gelöst werden können, sind sie außerordentlich wichtig: Die Konstruktionen sind aber nur möglich dank der Beziehung und aus der Beziehung im Hier und Jetzt, in der sich diese komplexhaften Reaktionen zeigen können und in der der Fokus darauf gerichtet ist, diese Fixierungen im Erinnern und im Erwarten zu beachten, aber auch dank dieser Beziehung, in der man sich diesem gemeinsamen Unbewußten in seinen stimulierenden und störenden Möglichkeiten aussetzt.

## Literatur

- Emde RN (1991) Die endliche und die unendliche Entwicklung. *Psyche* 45 : 745-780
- Jung CG (1972) Briefe I: Brief vom 29. 9. 1934 an Dr. James Kirsch. Walter, Olten, S 223
- Jung CG (1971) Die Psychologie der Übertragung. In: *Praxis der Psychotherapie*. GW Bd 16. Walter, Olten
- Jung CG (1971) Bearbeitung der Ausgabe von 1912 *Symbole der Wandlung*. In: *Praxis der Psychotherapie* GW Bd 16. Walter, Olten, S 232 ff
- Kast V (1984) Paare. Beziehungsphantasien oder wie Götter sich in Menschen spiegeln. Kreuz, Stuttgart
- Kast V (1990) Die Dynamik der Symbole. Walter, Olten, S 44f
- Kast V (1991) Wandlungsprozesse in Behandlungen. Behandlungstechnik oder Geheimnis? In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) *Psychotherapie im Wandel*. Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Sandler J, Sandler AM (1985) Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche* 39 : 800 - 829

# **Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Beziehungsdiagnostik**

Almuth Sellschopp und Peter Buchheim

## **Einleitung**

Wenn wir versuchen, miteinander im Wechsel Gedanken, Erfahrungen und klinische Beispiele zum Thema Beziehungsdiagnostik darzustellen, sind wir uns darüber klar, daß dies ein Experiment ist - dennoch meinen wir, daß es zum Thema "Beziehungen im Fokus" auch paßt, diesen Schritt zu wagen.

Als wir bei der Vorbereitung dieses Beitrags immer deutlicher das Ziel vor Augen sahen, die klinischen Aspekte der interpersonellen Beziehung und des Diagnostizierens von Beziehungsmustern als dynamischen Interaktionsprozeß zu veranschaulichen, sind wir selbst in einen Interaktionsprozeß eingetreten. Wir denken, daß sich dieser Interaktionsprozeß bezüglich unserer Selbst- und Fremdwahrnehmungen hier fortsetzen wird und daß Sie als Leser - als teilnehmende Dritte - an diesem Prozeßgeschehen auch beteiligt sein können.

Frau Sellschopp wird zunächst von der Vielfalt der Selbst- und Fremdwahrnehmungen in unserem täglichen Leben ausgehen und auf dem Hintergrund einer psychoanalytischen Beziehungstheorie einige theoretische Facetten auch unter den Aspekten der Objektbeziehungstheorie erläutern.

Die klinischen Erfahrungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung und die Vielfältigkeit der Kommunikations- und Interaktionsprozesse sollen am Beispiel einer Erstinterviewsituation mit einer Patientin, die unter Angstanfällen und Agoraphobie leidet, kasuistisch aufgezeigt werden.

Diese Inszenierung eines in kurzen Ausschnitten dargestellten Erstinterviews soll zugleich ein Beispiel für die Reinszenierung der aktuellen und früheren persönlichen Beziehungskonstellationen der Patientin sein. Das Ansprechen und Reflektieren der vielfältigen Selbst- und Fremdwahrnehmungen auf verschiedenen Betrachtungsebenen und vor dem klinischen Hintergrund einer angstneurotischen Störung sollen einen Beitrag zur interpersonellen Beziehungsdiagnostik liefern.

## **Selbst- und Fremdwahrnehmung im täglichen Leben \***

Selbst- und Fremdwahrnehmung gehören so selbstverständlich zu unserem Leben wie die Sonne aufgeht; so kommt es vielleicht auch, daß sie in der psychotherapeutischen Literatur bisher nur wenig Beachtung gefunden haben. Wir wissen zwar, daß Selbst- und Fremdwahrnehmung in hohem Maße von vielen Konventionen gesteuert sind und im persönlichen Bereich wie auch in der klinischen Arbeit (hier in Form von Kommunikationsstörung) einen Angelpunkt bilden. Wir verlieren uns allein oder mit anderen, wir entrücken in höhere Sphären, wir entfremden uns trotz Familie. Lebendige Beziehungen entstehen dadurch, daß ein im Fluß befindliches Gleichgewicht zwischen mir und dem anderen oftmals mühsam durch Abgrenzungen erarbeitet, durch Trennung, Trauer und Wiederfinden zu Gestalt wird. Es geht auch um das, was wir in der Psychoanalyse als ganzen Menschen, als Objekt bezeichnen, als reife Beziehung, die sich von Beziehungen nur zu Teilobjekten, z. B. in Form von Selbstobjekten, unterscheidet. Diese bleiben uns oft fremd oder sind so sehr Teil von uns, daß sie nicht als getrennt wahrgenommen werden können.

## **Soziale Stereotypen über menschliche Beziehungen**

Soziale Stereotypen, Vorurteile, erleichtern uns oft diese mühsame Beziehungsarbeit. Wir wissen dadurch wie der andere ist und ersparen uns damit die Kleinarbeit einer Differenzierung: So ist der Deutsche nach Parin u. Parin-Matthey (1976) ein Mensch, der im Gegensatz zum Schweizer mit guter Sprachfunktion, verinnerlichtem sadistischem Über-Ich und einem aus Leistungsbestreben bestehenden Ich ausgestattet ist; der "Ossi" ist nach Maaz (1991) oder Becker (1991) der Gehemmte, der Gestaute, der Mensch der analen Trias, aber auch der Mensch mit mehr Liebesfähigkeit. Im allgemeinen brauchen wir so etwas nicht zu überprüfen. Solche Stereotypen ersparen uns die Klärung der Beziehung und die Arbeit an einer Veränderung. Stereotypie-Bedürfnisse können auch unbemerkt in unsere Theorien Eingang finden: Das ursprüngliche psychoanalytische Strukturmodell und die Notwendigkeit einer Abwehrlehre spiegeln die Starre der Rollenstereotypen der damaligen Zeit mehr wider, als daß sie der menschlichen Lebendigkeit gerecht werden. Hinzu kamen die immer notwendiger werdenden Narzißmustheorien.

---

\* Almath Sellschopp

## **"Beziehungsmedizin"**

Parallel zu dieser Entwicklung wurde der Wert der menschlichen Beziehung für die Psychotherapie überhaupt entdeckt. Nimmt man dies in aller Konsequenz ernst, würde die Dualität der therapeutischen Zweisamkeit ins Uferlose gehen und damit gesprengt. Der Anspruch sog. psychosozialer Faktoren, auf die Entstehung und den Verlauf fast aller organischer Erkrankungen Einfluß zu nehmen, wächst z. Z. fast ins Unbewältigbare. Dies hat nach Weiner (1989) zum Verständnis der Medizin als "Beziehungsmedizin" geführt, die längst den Rahmen der psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinn hinter sich gelassen hat. Hier ist auch die Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung für Schwerstkranke gemeint wie der Diagnoseschock, die Unterstützung bei der Aufklärung, die Beziehung zu Angehörigen, die Sterbebegleitung, die Beziehung zu den Hinterbliebenen. In der Psychoonkologie arbeiten oft Menschen aus mehr als 20 unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen - ein Hinweis dafür, daß es weniger um die psychotherapeutische Kompetenz im engeren Sinne als um die Fähigkeit zur lebendigen und hilfreichen Beziehung geht, ein Ansatz, der in der Selbsthilfegruppenbewegung zu einem vorbildlichen Modell geworden ist. Die Wahrnehmung von Gleichbetroffenheit entfaltet in der Gruppe oft ein wirksames Beziehungselement als gruppentherapeutische Leiterkompetenz.

## **Unterschiedliche Beziehungsstrukturen bei Männern und Frauen**

Auf die Bedeutung der Beziehungsfähigkeit für die Heilungsmöglichkeiten in einer Untergruppe psychosomatischer Patienten, der sog. Alexithym-Kranken, sei an dieser Stelle nur hingewiesen. Wir möchten vielmehr näher auf die oft vernachlässigten Männlichkeits-Weiblichkeits-Aspekte eingehen, die Beziehungen sehr unterschiedlich prägen. Groß angelegte Untersuchungen von House und Mitarbeitern (1988) zeigen, daß Männer und Frauen unterschiedliche Beziehungsstrukturen haben: Männer sind mehr auf ihr Gegenüber, z. B. auf eine Frau, fixiert, leben mehr in Einerbeziehungen, während Frauen größeres Interesse an zahlreicheren Beziehungen haben, die für sie mehr im Mittelpunkt ihres Lebens stehen. Frauen leben in einem Beziehungsnetz, das ihnen im Vergleich zu Männern bei Verlusten, wie durch Tod eines Angehörigen, eine größere Überlebenschance garantiert, wie House und Mitarbeiter (1988) nachgewiesen haben. Deswegen räumen die Autoren den unterschiedlichen Beziehungsstrukturen ein ähnliches Gewicht für die

Gesundheit ein wie anderen Risikofaktoren, z. B. Adipositas, Nikotinkonsum und Bewegungsarmut.

Wie sehr Geschlechtsunterschiede auch in das Gesundheits- und Krankheitsverhalten sonst hineinspielen, zeigen eine Fülle von Untersuchungen. Häufigerer Medikamentenkonsum und Krankenhausaufenthalte, Fehlzeiten in der Arbeit, häufigere Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, mehr Hinweise für neurotische Störungen, mehr Arztbesuche sind v. a. bei Frauen anzutreffen. Nur in einem Punkt besteht immer noch eine Mangelsituation für Frauen, nämlich in der Bereitschaft ein ärztliches Gespräch mit ihnen zu führen. Die "Ethik der Gesundheit (und Krankheit)" ist immer noch männlich, sagt der amerikanische Sozialforscher Phillips (1987). Mit Frauen wird sehr viel weniger gesprochen als mit Männern, obwohl sie mit mehr Beschwerden in die Praxis kommen. Dabei wissen wir, daß viele Beschwerden aus bestimmtem sozialen Kontext heraus entstehen.

Der behandelnde Arzt könnte durch die Aufnahme einer Beziehung zu den Menschen in umfassenderer Weise Heilung fördern, indem er seine Selbstwahrnehmung in dieser Hinsicht erhöht, statt mit vermehrter Diagnose zu stigmatisieren und stereotypisch festzuschreiben oder durch Rollengefälle bedingte Machtverhältnisse eine Produktion von erneuten Klagen herbeizuführen. Fast ausschließlich werden bei chronischen Erkrankungen, wie beim Mammakarzinom, in 90% der Fälle die Untersuchungen von Männern an Frauen vorgenommen. Dies macht stutzig und sollte unbedingt durch Untersuchungen von Frauen an Männern ergänzt werden.

## **Von den Fähigkeiten zur Differenzierung**

Die Fähigkeit, zwischen mir und anderen zu unterscheiden, ist ein spätes Lernprodukt und in der Arbeit mit Kranken gleichbedeutend mit der Fähigkeit, den Weg zurückgehen zu können. An der Fähigkeit zur Differenzierung entscheidet sich die Fähigkeit zum Wandel. Empathieverweigerung, die Unfähigkeit, sich in andere hineinzufühlen, wie es Kestenbergs (zit. n. Grubrich-Simitis 1979) für traumatische Neurosen beschrieb, geht immer auch einher mit Intoleranz für die unlösbaren Konflikte vieler Lebenssituationen und für das Ertragen von Ambivalenz. Die sog. projektive Identifikation, die das Unlösbare dem anderen zuschiebt, ist in unserer Zeit in der rasch wechselnden Verwendung von Feindbildern kollektiv erkennbar.

Die Fähigkeit zur Kontrolle, zur Aktivität, zur sozialen Anpassung, ist neben der Existenz mütterlicher Qualitäten wichtig. Nicht nur gute Objekte erlebt zu ha-

ben, sondern die Fähigkeit auf dem Boden einer basalen Beziehung der primären Identifikation sich differenzieren zu dürfen, mit Hinzuziehung eines Dritten (meist des Vaters), ist im weitesten Sinn Teil einer guten Objektbeziehung. Sie ist auch deswegen gut, weil sie hilft, Objektverlust nicht als Katastrophe zu werten.

Dantlgraber (1989) hat für die psychoanalytische Beziehung den Begriff des "empathischen dritten Bezugs" geprägt. Loch (1991) spricht von der dialektischen Präsenz des Analytikers.

## **Die Psychoanalyse als Differenzierungs- und Beziehungsprozeß**

Beide bringen zum Ausdruck, daß auch Analyse ein Differenzierungsprozeß ist, in dem anfänglich Gegenübertragung und Übertragung konkordant verlaufen, eine gemeinsam geteilte Illusion eines analytischen Paares wird langsam aufgehoben dadurch, daß der Analytiker in der Illusion eine komplementäre Haltung einnehmen kann und mittels der Deutung einen Mini-Objektverlust in der Wahrnehmung einleitet. Dieser kann dazu führen, daß der Analysand eine neue Erfahrung macht, mit der er nun als ein anderer an den Analytiker appelliert, sich ihm gegenüber anders zu verhalten. Er setzt dabei voraus, daß wir Analytiker die Möglichkeit dafür haben, Subjektbesetzungen zurückzunehmen und an ihre Stelle neue treten zu lassen. Daß dieses Sich-anders-verstehen mühelos erfolgen kann, weist darauf hin, daß die nacheinander erfolgende Aufhebung der verschiedenen Übertragungsebenen schließlich zur Besetzung und Aktivierung des ersten Übertragungsobjekts, nämlich - nach Freud (1912) - des "prähistorischen unvergeßlichen Anderen, den kein Späterer mehr erreicht", führt. Es kommt zum Erlebnis der ganz basalen Objektbedürftigkeit, die auch vielfach als Sehnsucht nach dem primären Liebesobjekt bezeichnet wird, das im Regelfall mit der Mutter gleichzusetzen ist.

Die primäre Gestalt dieser frühesten Beziehung bleibt trotz Transformationen im Grundmuster erhalten. Es ist wichtig, daß der Analytiker dies bestätigen kann, insbesondere auf averbalen Wegen der Beziehung zu seinem Analysanden. Bash (1992) und Winnicott (1974) haben hier Pionierarbeit geleistet mit ihren Begriffen der primären Liebe und des unaufdringlichen Analytikers. Unter Analyseaspekten hat Winnicott (1974) mit den Begriffen "Use of an object" und "facilitating environment" der Fähigkeit auf dem Hintergrund des gefühlsbasalen Wohlbefindens, der Einheit in der Beziehung, einen Neuanfang machen zu können.

Eigentümlich für die analytische Beziehung - weswegen sie auch potentiell unendlich bleibt - ist, daß durch die progressiven Objektverluste in Form der Übertragungsdeutungen sowohl der Analytiker als auch der Analysand

Veränderungen ihrer Beziehung erfahren. Aber die Tatsache, daß sie beide sich verändern, gibt ihnen wieder eine Gemeinsamkeit, die im Prozeß des Sich-verändern-könnens trägt und in der jeweiligen Gestalt auch bestimmt. Durch diese Gemeinsamkeit, die an die Qualität der primären Identifikation heranreicht, hat die analytische Beziehung eine doppelte Realität. Sie ist einerseits fast zeitlos und hat andererseits ihre wechselnden szenischen Gestalten in den von Lorenzer (1971) benannten drei Grundsituationen: Der aktuellen Situation draußen, der Ursituation der Kindheit und der Übertragungssituation. Immer geht es dabei um eine Zentrierung auf die Interaktionsszenen im realen oder phantasierten Spiel mit den Objekten (Lorenzer 1971).

## **Empirische Ansätze in der Beziehungsdiagnostik +**

Die meisten psychotherapeutischen Richtungen sind sich schon lange darin einig, daß Störungen im affektiv-kognitiven Bereich nicht allein dem Individuum zuzuschreiben sind. Balint (1968) hat eine Ein-Personen-Beziehung - den intrapsychischen Bereich - von einer Zwei-Personen-Beziehung - der Dyade - und von einer Drei- und Mehr-Personen-Beziehung - unterschieden und die Entwicklung in der Psychoanalyse von einem intrapsychischen Übertragungs- und Therapiemodell zu einem interpersonellen Konzept begründet.

In der empirischen Psychotherapieforschung trägt heute die Familien- und Paardiagnostik mit Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung dazu bei, die partnerschaftlichen und familiären Beziehungskonstellationen zu erfassen. So wurde der von Richter (1979) und Beckmann u. Richter (1979) entwickelte Gießen-Test bereits in Hinblick auf die Erfassung von Beziehungsstrukturen konzipiert, obwohl er zunächst überwiegend als Persönlichkeitsinventar fungierte. In der Anordnung als Paar-Test können mit dem Gießen-Test die Selbstbilder mit den Fremdbildern des Patienten und des Partners verglichen werden und somit die Rollenverteilung sowie Symmetrie oder Komplementarität in einer Partnerschaft erfaßt werden. Durch Herausarbeiten diskrepanter oder übereinstimmender Einschätzungen kann auf Störungen innerhalb der Beziehung nicht nur zwischen Patient und Partner oder anderen Familienangehörigen, sondern oder auch zwischen Patienten und Therapeut geschlossen werden.

In der empirischen Psychotherapieforschung, insbesondere in der Familien-diagnostik, wurden in den letzten Jahren zahlreiche theorieübergreifende Modelle und Instrumente zur Beurteilung der Qualität und Funktionalität interpersoneller

---

+ Peter Buchheim

Beziehungen entwickelt. Um das Ausmaß von Problemen und von Stärken und Schwächen in Familie und Partnerschaft zu erfassen, wurde von dem kanadischen Familienforscher Skinner (1986) ein Untersuchungsinstrumentarium entwickelt, das zwischen den intrapsychischen und den systemisch konzipierten Theorien vermittelt.

## **Das Erstinterview als Spiegel von Selbst- und Fremdwahrnehmungen in der Beziehung**

Nach diesem kurzen Exkurs zur empirischen Beziehungsdiagnostik sollen am Beispiel eines verbalen Interaktions- und Beziehungsprozesses in einem Erstinterview mit einer angstneurotischen Patientin einige klinische Aspekte der Selbst- und Fremdwahrnehmung im Hier und Jetzt einer Reinszenierung aufgezeigt und aus der Sicht eines Interviewers und einer beobachtenden "Dritten im Bunde" reflektiert werden.

*Transkribierter und gekürzter Ausschnitt aus einem Erstinterview mit einer Patientin, die an einer Angstneurose mit Angstanfällen und Agoraphobie leidet*

*Therapeut*

*Patientin*

Sie haben gesagt, daß es etwas besser ist mit der Angst

ja, tagsüber, abends überhaupt nicht

tagsüber, abends überhaupt nicht?

nein, abends überhaupt nicht

also, wie gesagt, wenn ich alleine bin, dann dann, da komme ich auch mit einem Tafil nicht mehr aus, dann muß ich schon zwei nehmen.

hmhm/j

hm, da halten Sie es nicht aus - sagen Sie, und damit ich nicht weggehen muß oder w- wie haben Sie formuliert?

hmhm/ja

dann schluck ich lieber bzw. was

lieber was schlucken als ein Drama, haben Sie gesagt.

ja worin besteht denn das Drama dann für Sie?

dann ist es zwar immer noch nicht weg, aber es ist zumindest so, daß ich, ja, daß ich zu Hause si- bleiben kann

hm (*etwas stöhnend*) hmja, daß ich halt; ja gut, weil mir halt immer einfällt, ja okay, ich könnte jetzt irgendwo hinfahren, was weiß ich, zu meinen Eltern oder so, aber hm (*gestöhnt*) also bevor ich dahinfahre dann schlucke ich lieber (*etwas lachend*) zwei Tafel, weil die dann halt gleich wieder so ein Drama draus machen, äh, hab ich ja letztes Mal schon gesagt und na ja, ja, weil ich mir halt auch denke, ich kann nicht immer irgendwo hinfahren, ich will länger zu Hause bleiben, das machen wozu ich Lust hab und und mich da nicht äh, unterdrücken lassen, dann dann schlucke ich halt lieber was.

ist zwar auch nicht gerade so die optimale Lösung aber;

hm/ja (*lacht etwas*)

ja (*lachend*) ja ja gut, das stimmt

ja n-äh, für mich ist es überhaupt kein Drama, für meine Eltern ist das halt immer eins, sie denken immer gleich "wunder" was jetzt und (*holt tief Luft*) ah fhh (*seufzend*) ja, dramatisieren das im Grunde genommen, machen es noch viel schlimmer, wie es eigentlich ist.

\*\*\*

hmhm/ja

da brauchen sie mir das nicht immer noch  
(*holt Luft*) tausend Mal zu sagen, am lieb-  
sten wäre es mir, die würden sich hm  
(*gestöhnt*) um ihren eigenen (*lachend*) Kram  
kümmern und mich in Frieden lassen, weil  
ich

hmhm/ja

äh, hm - äh, ich meine, ich ich muß da ja  
selber mit fertigwerden und und und wenn  
dann noch mein Vater hier mit psychologi-  
schen (*etwas lachend*) Ratschlä- gen kommt  
ist sowieso alles aus, weil

hmhm/ja

das ist halt echt ein Schuß nach hinten  
also am liebsten wäre es mir, die würden die  
würden sich da total raushalten

\*\*\*

hm/ja, also so wie Sie es jetzt ge-  
rade schildern äh, kommt das bei  
mir so an, als ob Sie das auch als  
Einmischung erleben so.

ja w-, die mischen sich in alles! ein, ich  
meine, (*lachend*) das war schon immer so  
und das wird auch immer noch so bleiben,  
sehe ich ja von meiner Schwester, und weil  
sie halt meinen, alles am besten zu wissen  
und (*holt tief Luft*) ja (*ausatmend*) irgendwie  
geben sie einem so das Gefühl, so hm, man  
ist ja eigentlich eh noch unfähig, irgendwas  
äh, auf die Beine zu bringen alleine.  
also ich meine, gut, sie meinen es ja nur  
gut, ich meine, ich mag das jetzt hier nicht  
falsch auslegen, aber man empfindet es halt  
so, aber sie meinen halt nur, es ist einem  
halt eine irrsinnige Hilfe, aber  
und ich sage dann auch nichts, ich kann  
dann auch nichts sagen.

\*\*\*

ja, und wie gesagt, beschweren will ich mich halt auch nicht, weil sie eben (*holt Luft*) weil sie ja eben denken, es ist eine große Hilfe, ich meine, sie machen es ja nicht, um mich zu ärgern, sie wollen mir ja nur helfen, - aber

aber?

(*lacht etwas*) das können sie auch bleiben lassen. (*lachen beide ein wenig*)

hhm, das kommt so an, also, ich könnte ganz gut - ohne sie, aber anscheinend können die nicht ohne mich

ja aber irgendwie, hm, das auch, ja

## **Selbst- und Fremdwahrnehmungen des Interviewers auf dem Hintergrund klinischer Überlegungen**

Im Kontakt mit der Patientin habe ich mich eher geduldig, fügsam, von ihr in Anspruch genommen, ja gebraucht gefühlt, habe mir Sorgen um sie gemacht und habe mich im Vergleich zu ihr aber auch stark und verantwortlich gefühlt, wollte ihr Bedürfnis nach Aussprache und nach Verständnis fördern.

Die Patientin habe ich zunächst wahrgenommen als eine junge hübsche Frau, die selbst Wert darauf legt, schön auszusehen. Sie wirkte dabei auf mich ängstlich und befangen, ich hatte das Gefühl, daß sie sich eher schwach und minderwertig fühlt und letztlich doch die Schuld bei sich sucht, daß sie schwer aus sich herausgehen kann, wenig Phantasie hat und kaum etwas von ihrer Person preisgeben kann.

Ich hatte den Eindruck, daß sie den Anschluß an andere Menschen meidet und sich ihnen gegenüber eher fern fühlt, und ich vermutete, daß sie in der Beziehung zum anderen Geschlecht eher befangen und wenig erlebnisfähig wäre.

Was die Beziehung zwischen der Patientin und mir im Interview betrifft, hatte ich zum einen das Bild von einer Vater-Tochter-Konstellation mit einer Tochter, die einen starken, verständigen, vertrauenswürdigen Vater sucht, zum anderen von einer Mutter-Kind-Beziehung mit einem Kind, das eigentlich eine verlässliche, verfügbare und gleichzeitig gewährende Mutter braucht.

Ich hatte auch den Eindruck, daß meine Wahrnehmungen über unsere Beziehung im Gespräch hin und her gingen, mal fühlte ich mich ihr näher, mit ihr fast solidarisch z. B. gegenüber den Eltern, dann erlebte ich sie wieder fern und schwer erreichbar. Als ich mir diesen Teil des Gesprächs nochmals vor Augen führte, fielen mir die vielfältigen Beziehungskonstellationen auf, die von der Patientin ins Spiel gebracht worden waren.

Da war zunächst die Beziehung der Patientin zu sich selbst und zu ihrem Medikament, mit dem sie ihre Befindlichkeit, ihre Ängste und ihre gestörten phobischen Beziehungen zur Umwelt zu regulieren versucht. Mir fiel die hoch ambivalente Beziehung zu den Eltern auf, die zwischen starkem Anlehnungsbedürfnis und Verselbständigungswünschen pendelte. Dabei beschäftigte mich auch, daß die Eltern zum einen als undifferenzierte Beziehungspersonen auftauchten, zum anderen, daß im weiteren Gesprächsverlauf nur der Vater in Erscheinung tritt, während die Mutter als einzelne Bezugsperson gar nicht zu erkennen ist.

Die Beziehung zum Partner wird nur gestreift und zwar die Rolle, die er angeblich gegenüber den zu anspruchsvollen Eltern einzunehmen scheint. Über die Schwester der Patientin laufen Informationen, die nicht direkt mit den Eltern ausgetauscht werden können. Sie wird von der Patientin als die Bevorzugte wahrgenommen, weil sie die Ältere ist und schon zumindest räumlich mehr Abstand zu den Eltern besitzt.

Der Beziehungskonflikt zwischen der Patientin und den Eltern zentriert sich auf deren Einmischen und Dominieren in fast allen Lebensbereichen. Die Patientin äußert zwar Ärger, letztlich resigniert sie jedoch und nimmt die Eltern wieder in Schutz. Sie nimmt lieber Tabletten ein als unter Druck zu geraten, für den sie ihre Eltern verantwortlich macht. Die Patientin scheint sich nicht bewußt zu sein, daß sie das Drama immer wieder selbst inszeniert, indem sie die Eltern zum Mitagieren bewegt.

## **Selbst- und Fremdwahrnehmung im Erstinterview aus der Sicht einer Dritten \***

### *Fremdwahrnehmung*

Meine Fremdwahrnehmung war beim ersten Lesen des Manuskripts: Eine Zick-Zack-Bewegung zwischen den Gesprächspartnern und gleichzeitig ein Gefühl von Stillstand. Die Übereinstimmungen, die "hms", machten mich etwas ratlos wie überhaupt das Gespräch wenig Unvorhersehbares vermittelt. Ein immer wieder auftauchender unfreiwilliger Dritter, ein Störer der Dyade, wird im Verlauf immer deutlicher. Therapeut und Patientin richten ihren Blick zunehmend nach außen: Sie analysieren die Eltern, besonders den Vater. Der Therapeut nähert sich dabei der Patientin, sogar durch Ergänzung von Satzteilen. Der Dialog wird im weiteren Verlauf heiterer. Die Patientin versucht alles zu entschärfen, bis hin zur Belanglosigkeit: "Mir ist alles egal". Auffallend ist, daß die Mutter gar nicht auftaucht, vielleicht ist sie atmosphärisch vorhanden, frage ich mich.

### *Selbstwahrnehmung*

Bei mir erlebte ich einen ähnlichen Zick-Zack-Kurs bei der Überlegung, ob ich Ja-Sagen sollte dazu, etwas bereits Abgelaufenes zu beurteilen, als Dritte hinzuzustoßen. Ich fühlte mich etwas ängstlich, als Zaungast.

Beim Lesen des Textes entschloß ich mich dann zur Zustimmung und spürte innerlich mit der Zustimmung gleichzeitig das Bedürfnis mich kritisch einzumischen. Die bewundernde Zustimmung über den Ablauf nahm jedoch anfangs überhand und meine eigene Meinung kam mir immer mehr abhanden. Ich spürte eine Nähe zur Patientin mit ihrem Ja-Sagen.

Im weiteren Verlauf entstand in mir ein zunehmendes Bedürfnis nach intellektuellen Verbesserungsvorschlägen. Hätte man nicht hier und da intervenieren, z. B. ihr Verhalten deuten sollen, wie sie beim Interview das Nicht-Einmisch-Verbot, was sie den Eltern gegenüber aufrichtet, reinszeniert. Ich verspürte das Bedürfnis, der Patientin zu helfen und entwickelte schlußendlich viele Phantasien über ihre Entwicklung, die Rolle von Vater und Mutter usw.

---

\* Almuth Sellschopp

Bringe ich die Selbst- und die Fremdwahrnehmung zu einer Bedeutung zusammen - die Beziehung und meine mir dabei zugefallene unbewußte Rolle - so ist zweierlei wichtig, erstens der starke Sog, den die Patientin auf mich ausübt, ihre Position einzunehmen, mich ihr zu nähern. Dies wird in der Verarbeitung zu einer Art femininer Solidarität, in der auch ihre Rivalität mit dem Therapeuten sich mir vermittelt - meine ständigen Verbesserungsvorschläge! Ich bin in Sorge um sie und möchte ihr helfen, was ich jetzt als Teil ihrer projektiven Identifikation erkenne: Ich bin voller Phantasien, ich habe das Bedürfnis ihr etwas zu geben wie auch ihre Eltern. Sie hat alle Bedürftigkeit bei mir untergebracht und kann dabei selber unabhängig, autonom bleiben, auch dem Therapeuten gegenüber, der ihr helfen möchte.

### *Zur Bedeutung der Situation*

Durch die aufgrund meiner Selbstwahrnehmung erreichte größere Distanz zur Patientin kann ich sehr viel stärker die Beziehung zwischen beiden wahrnehmen, sie als Paar mit erotischem Angebot spüren, aber auch das positive der Übereinstimmung als einen Versuch des Therapeuten einer schwer gestörten Patientin Halt zu geben.

Ich erlebte im nachhinein das Experiment zu dritt als sehr hilfreich. Es scheint mir, als könnte man bei bestimmten Patienten ohne einen realen Dritten, der dazu kommt, nicht weiter arbeiten.

## **Zum Abschluß**

Alice im Wunderland vermittelt uns die merkwürdige doppelte Realität, die in unserem Leben nebeneinander existieren kann, in ihrem Dialog mit der Raupe:

Wer bist Du?, sagte die Raupe

Ich weiß es selbst kaum, sagte Alice. Ich muß beim Aufstehen heute früh schon mehrere Male vertauscht worden sein.

Wie meinst Du das? fragte die Raupe streng, erkläre Dich

Ich fürchte, ich kann mich nicht erklären, sagte Alice, denn ich bin gar nicht, Sehen Sie?

Ich sehe es nicht, sagte die Raupe

Leider kann ich es nicht besser ausdrücken, antwortete Alice sehr höflich. Es ist sehr verwirrend an einem Tag so viele verschiedene Größen zu haben.

Gar nicht, sagte die Raupe

Nun vielleicht haben Sie diese Erfahrung noch nicht gemacht, sagte Alice. Aber wenn Sie sich eines Tages verpuppen, das wird auch für Sie etwas Besonderes sein, oder nicht?

Keineswegs, sagte die Raupe.

Nun vielleicht empfinden Sie da anders, sagte Alice.  
Ich weiß nur für mich wäre das sehr sonderbar.

Für Dich, sagte die Raupe, wer bist denn Du?

## Literatur

- Balint M (1968) Therapeutische Aspekte der Regression. Klett, Stuttgart
- Bash MF (1992) Die Kunst der Psychotherapie. Neueste theoretische Zugänge zur psychotherapeutischen Praxis. Pfeiffer, München
- Becker H (1991) Die Wiedervereinigung der Schuld. Psychosozial 14 : 64-75
- Beckmann D, Richter HE (Hrsg) Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT). Huber, Bern  
Stuttgart Wien
- Dantlgraber J (1989) Die psychoanalytische Haltung als Stufe in der Übertragung-Gegenübertragungs-Beziehung. Psyche 43 : 973-1006
- Emde R (1991) Die endliche und unendliche Entwicklung, Teil 1. Psyche 45 : 745-779
- Freud S (1912) Dynamik der Übertragung. GW Bd 8. Fischer, Frankfurt aM (1973)
- Grubrich-Simitis J (1979) Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. Psyche 33 :  
991-1023
- House JS (1988) Social relationships and health. Science 241 : 540-554
- Loch W (1991) Therapeutische Momologe - Therapeutik des Dialogs. Einstellungen zur Seele. Luzifer-Amor 4 : 9-22

- Lorenzer A (1971) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Maaz HJ (1991) der Gefühlsstau. Ein Psychogramm der DDR. Argon-Verlag
- Parin P, Parin-Matthey G (1976) Typische Unterschiede zwischen Schweizern und Süddeutschen aus dem gebildeten Kleinbürgertum. Psyche 30 : 1028-1048
- Richter HE (1979) Die Anwendung des Gießen-Tests in der analytischen Zwei-Wochen-Therapie. In: Beckmann D, Richter HE (Hrsg) Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT). Huber, Bern Stuttgart Wien
- Skinner HA (1987) Self-report instruments for family assessment. In: Jacob T (ed) Family interaction and psychopathology. Plenum Publ, New York London
- Stern DN (1985) The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York
- Weiner H (1989) Eine Medizin der menschlichen Beziehungen. Psychother Med Psychol 39 : 96-102
- Winnicott DW (1974) Hoffnungsprozeß und fördernde Umwelt. Kindler, München

# Die ozeanische Beziehung

Rosemarie Ahlert und Helmut Enke

## Einleitung \*

Nachdem wir in diesem Band viel über Beziehungen erfahren, wollen wir uns in unserem Beitrag der ozeanischen Beziehung zuwenden. Was das ist? Dieser Begriff entstand zunächst auf der Suche nach einer Überschrift für eine im Programm der Lindauer Psychotherapiewochen 1992 noch nicht genannte Beziehung, dann als Ausdruck einer Beziehung, die über *die* unter Menschen hinausweist. Ozeanisch ist hier als etwas Weites zu verstehen. Das "ozeanische Gefühl" (s. u.) ist - vielleicht - ein unendliches Gefühl - ähnlich wie eben der Ozean, der zunächst für uns unendlich erscheint, wenn wir ihm am Strande ausgesetzt sind. Sehen wir ihn jedoch vom Flugzeug aus, sind nach einiger Zeit Grenzen zu erkennen. Und vom Blickwinkel der Astronauten aus - von außerhalb der Erde - liegt die ganze Begrenztheit des Ozeans vor uns. Der neue Blickwinkel verändert das Bewußtsein. Es kommt also auf die Perspektive an, aus der wir etwas betrachten. Wenn wir weit genug entfernt sind, haben wir den besseren Überblick!

*Ozeanische Beziehung* also als unendliche Beziehung oder Beziehung aus neuer Perspektive betrachtet? - Vielleicht.-

Ich möchte kurz am Begriff "Beziehung" verweilen: Wenn wir ethymologische Wörterbücher zur Hand nehmen, lesen wir da z. B.: daß das Wort Beziehung als Wort seit 1671 auftaucht. Es geht aus dem intransitiven Wort Ziehen hervor und wird durch die Vorsilbe transitiv, wie z. B. eine Wohnung beziehen, Stellung beziehen, Bett beziehen, die Geige mit Saiten beziehen usw. Es ist also ein relativ neues Wort in unserer Sprache - vom Ende des 17. Jahrhunderts.

C. G. Jung beschäftigte sich in seinen Arbeiten über den Libido-Begriff mit der Tatsache, daß physische Geschehnisse vom mechanistischen oder vom energetischen Standpunkt aus betrachtet werden können. In dem Aufsatz "Über die Energetik der Seele", 1928 erschienen, faßt er zusammen, worum es ihm geht: Entsprechend den physikalischen Ergebnissen setzt er psychische Energie analog:

---

\* Rosemarie Ahlert

Die unveränderte Energiemenge folgt zielgerichtet dem Potentialgefälle, und es ergeben sich Bewegungsbeziehungen.

"Die Energie," so Jung wörtlich, "ist keine Anschauung einer im Raume bewegten Substanz, sondern ein aus den Bewegungsbeziehungen abstrahierter Begriff". "Wenn dem nicht so wäre, so hätte es überhaupt nie der Erfindung des Energiebegriffs bedurft."

Der Begriff, griechisch: *enérgeia* = Tatkraft, gelangte über das Lateinische *energia* zu uns, durch Herder (zit. n. Kluge 1975) bekommt es 1787 seinen wissenschaftlichen Sinn als "wirkende Kraft". Auch in unserer Sprache ist das Energetische einer Beziehung verankert, wenn wir z. B. sagen: Er oder sie strahlt etwas aus, jemand strahlt uns an, jemand strahlt Wärme aus, jemand ist anziehend usw.

Nun sind wir heute im Vergleich zu 1928 mit noch ganz anderen Vorstellungen zur Energie konfrontiert, z. B. die gesamte Atomphysik und die Erkenntnisse der Molekularbiologie sowie Pflanzenforschung eröffnen ein weites Feld vor uns.

Wir unterscheiden psychische von physischer Energie, wobei physische Energie meßbar ist, die psychische nicht, sondern eher einen Wertbegriff darstellt. Wir sprechen von konstruktiver und destruktiver Energie usw. Wie sind nun diese Bewegungsbeziehungen bei uns wirksam?

Um diese Weite ozeanischer Beziehungen etwas einzugrenzen, möchten wir heute hervorheben: *den Menschen in seiner Beziehung zu den Umgebungen*, was letzten Endes auch auf Transzendenz hinweist, die aber heute nicht im Vordergrund stehen soll.

Ich komme noch einmal zum "ozeanischen Gefühl" des Romain Rolland zurück: Nachdem ihm Freud (1927) seine Schrift über die "Zukunft einer Illusion" übergeben hatte, schrieb Romain Rolland an Freud über das religiöse Grundgefühl, das er das ozeanische Gefühl nannte. Er wollte es als eine subjektive Tatsache verstanden wissen, nicht als Glaubenssatz. Freud reagierte beunruhigt, setzte sich aber immer wieder damit auseinander:

"Die Idee, daß der Mensch durch ein unmittelbares, von Anfang an hierauf gerichtetes Gefühl Kunde von seinem Zusammenhang mit der Umwelt erhalten sollte, klingt so fremdartig, fügt sich so übel in das Gewebe unserer Psychologie, daß eine psychoanalytische, das ist genetische Ableitung eines solchen Gefühls versucht werden darf" (Freud 1930, S. 423).

Diese "genetische Ableitung" führt Freud zu folgender Zwischenbilanz:

"Unser heutiges *Ich-Gefühl* ist also nur ein eingeschrumpfter Rest eines *weitemfassenden*, ja - eines allumfassenden Gefühls, welches einer innigeren Verbundenheit des Ichs mit der Umwelt entsprach" (Freud 1930, S. 425).

Dieser Grundgedanke vom Verlust ursprünglicher Verbundenheit mit der Umwelt, der Entstehung des auch feindseligen Gegenübers taucht bei zahlreichen psychoanalytischen Autoren auf. Ich möchte hier vor allem Erich Neumanns Begriff von der *Einheitswirklichkeit* erwähnen.

Der Bezug zu dieser ursprünglichen Harmonie als unerfüllbarer Sehnsucht, aber auch als Quelle von Kraft und Entfaltung ist mehr und auch etwas anderes als bloße "Regression". Es ist, wie es C. G. Jung (1916) ausdrückt, eine transzendente Funktion, die das Selbst nährt. Vielleicht sind so auch alle paradiesischen Vorstellungen zu verstehen. Bei Ferenczi (1921) taucht dann der Begriff der *Wiederfindungslust* auf: "Die Tendenz, das Liebgewordene in allen Dingen der feindlichen Außenwelt wiederzufinden, ist wahrscheinlich auch die Quelle der Symbolbildung".

Ich möchte nun noch einmal auf Freuds Satz aus dem "Unbehagen in der Kultur" (1930) zurückkommen, wo er sagt: "die Idee, daß der Mensch durch ein unmittelbares von Anfang an hierauf gerichtetes Gefühl Kunde von seinem Zusammenhang mit der Umwelt erhalten sollte, klingt fremdartig" usw. Mir geht es hier um die *Kunde*, die der Mensch von seinem Zusammenhang mit der Umwelt erhält. Wir können davon ausgehen, daß der Mythos die anschauliche Kunde davon ist, was in der Psyche der Menschen früherer Bewußtseinsstufen vorging und was sie sich daraus bilderten.

Wir haben uns daran gewöhnt, Störungen aus nichtzwischenmenschlichen Beziehungen narzißtisch zu nennen oder sie aus dem Narzißmus abzuleiten. Der Umgang mit diesem Begriff ist häufig, ohne daß die eigentliche Kunde von Narziß bekannt ist. Ich möchte daher also an der anschaulichen Kunde von Narziß versuchen, ein Erlebnis zu vermitteln. Versuchen Sie bitte möglichst nicht, gleichzeitig darüber nachzudenken, sondern der Kunde zu lauschen und auch wahrzunehmen, was in Ihnen dabei vorgeht.

## Ovid und der Narziß-Mythos

In meiner Schilderung folge ich überwiegend dem Text Ovids (1990) in der Übertragung von Johann Heinrich Voss. Einige Details entnehme ich der griechischen Mythologie von Ranke Graves (1960):

Narkysson war der Sohn der blauen Nymphe Leiriopie, die der Flußgott Kephissos einst mit seinen gewundenen Flüssen umschlungen und hernach vergewaltigt hatte. Nach der Geburt des Narkysson ging Leiriopie zu dem Seher Teiresias und fragte ihn um Rat über die Zukunft des Kindes. Teiresias sagte ihr: "Narkysson wird sehr alt werden, aber nur,

wenn er sich niemals selber kennt!" Das holdselige Kind, wie es Ovid beschreibt, das damals schon Nymphen bezauberte, wuchs heran, ohne daß der Inhalt dieses Orakels zunächst verständlich wurde. Als er 15 Jahre alt war, noch ein Knabe, aber auch schon ein Jüngling, gab es viele andere Jünglinge, die sich ihm nähern wollten und auch manche Jungfrau. Aber er ließ sich von keinem berühren.

Als er eines Tages auf der Hirschjagd war, schaute die Nymphe Echo ihm zu und verliebte sich in ihn, als sie ihn so durch den Wald schweifen sah. Echo hatte Hera mit langen Geschichten unterhalten, um Zeus zu ermöglichen, mit ihren Schwestern, den Nymphen, in den Tälern zu scherzen. Als Hera diese List bemerkte, wurde sie zornig und bestrafte Echo damit, daß sie nicht mehr selbst von sich aus reden durfte, sondern nur noch die Laute eines andern zurückgeben durfte, die am Ende des Satzes erklangen und die sie verdoppeln mußte.

Als nun Echo den Jüngling Narkysos sah, und voller Liebe zu ihm entbrannte, konnte sie nicht von sich aus mit schmeichelnden Worten an ihn herangehen, sondern mußte warten, daß er sie zuerst anrede.

Es entstand etwa folgender Dialog, als Narkysos sich verirrt hatte und von seinem getreuen Gefolge entfernt war:

Er rief: "Ist einer allhier?"

Echo: "Allhier, allhier", antwortete Echo.

Narkysos staunte, indem er sich mit spähem Blick umsah und rief,

"Komm"! "Komm, komm" wiederholte Echo. Er schaute sich um, erkannte niemanden und rief: "Was meidest Du mich?"

"Was meidest Du mich"? antwortete die Stimme. Er rief, "Hier uns vereinigt" und Echo antwortete freudig "Uns vereinigt, uns vereinigt".

Und sie lief aus dem dichten Gesträuch auf ihn zu, den Ersehnten zu umschlingen. Narkysos entfloh und rief "Hinweg die umschlingenden Hände, lieber den Tod, als Dir mich zu schenken begehrt ich".

Und Echo tönte nach: "Und Dir mich zu schenken, begehrt ich, und Dir mich zu schenken begehrt ich!"

Und sie schlüpfte in den Wald, ihr errötendes Antlitz bedeckte sie mit Laub und lebt seitdem in einsamen Grotten.

Ovid<sup>1</sup> schildert weiter, daß ihre Liebe haftete und Echos Schmerz darüber, daß Narkysos sich verweigerte:

"Wachsamer Sorge verzehrt den schwindenden Leib zum Erbarmen;  
Ganz verschrumpft ihr die Haut vor Magerkeit; und es entflieht ihr,

---

<sup>1</sup> (Übertragung von H. Voss 1990)

jeglicher Saft in die Luft; nur Laut und Gebeine sind übrig.  
Tönend bleibe der Laut; das Gebein wird in Felsen verwandelt.  
Immer noch lauscht sie im Wald, und nie auf dem Berge gesehen,  
wird sie von allen gehört; ein Nachhall lebet in jener".

Als sich Narkyssos eines Bewerbers, der ihn sehr bedrängte, entledigen wollte und ihm ein Schwert sandte, tötete sich dieser auf der Schwelle des Narkyssos. Im Sterben rief er die Götter an, seinen Tod zu rächen:

"So lieb er denn selbst! So werd´ er nicht froh des Geliebten!"

Dieser Fluch sollte sich erfüllen, als Narkyssos später an einem Quell, einem silberhellen Gewässer, wo noch nie ein Hirte weidende Ziegen hingebracht hatte, ausruhte (wörtlich bei Ovid 1990):

"Hier einst ruhte der Knabe, von Jagdlust müd´ und Erhitzung  
hingestreckt; ihn lockte der Quell und die Schöne der Gegend.  
Während den Durst zu löschen er strebt, wächst anderer Durst nach.  
Während er trinkt, von dem Bilde gesehener Reize verzaubert, liebet er  
nichtigen Trug; und Leib erscheint ihm der Schemen.  
Selber staunt er sich an; unbewegt in einerlei Stellung;  
haftet er, wie ein Gebild aus parischem Marmor gemeißelt!"

In dieser Weise schildert Ovid breit die Situation des Narkyssos, der in Liebe zu sich entflamte. Wenn er den Mund zum Kusse spitzte, tat es auch das Bild, wenn er mit den Armen den anderen umfangen wollte, tat das Bild es auch. Nur das, was Narkyssos tat, tat auch das Gegenüber im Quell. Narkyssos fühlte sich unglücklich verliebt und lagerte neben dem Quell, er wurde schwächer und rief den Wald an, ob er je in seiner langen Lebensdauer schon einmal so einen unglücklich Verliebten gesehen habe. Es bleibt offen, ob der Wald antwortete. Er fühlte sich mit Wahnsinn geschlagen, da er Gefallen an diesem Bilde hatte, aber es nirgendwo fand. Weiter klagt Narkyssos:

"Ja, was den Schmerz noch mehrt:  
nicht trennt ein gewaltiges Meer uns,  
nicht ein Gebirg´, nicht Ferne,  
nicht riegelnde Barren und Mauern.  
Nur ein Wässerchen hemmt!  
Selbst wünschet er, selbst die Umarmung.  
Denn wie oft ich den Mund zur flüssigen Welle hinabbog,  
ebenso oft kam dieser mit aufwärtsstrebendem Mündlein.

Fast, fast scheint er berührt;  
 nur ein wenig scheidet die Sehnsucht."

Schließlich, bei der Beobachtung all der Bewegungen, auch der Tränen, die das Spiegelbild wiedergibt, erkennt Narkysson:

"Du bist ich! Nun merk´ ich, und nicht mehr täuscht mich mein Bildnis!  
 "Was ich begehrt, ist bei mir; zum Darbenden macht mich der Reichtum.  
 Oh wie möchte ich so gern vom eigenen Leibe mich sondern!  
 Was kein Liebender wünscht, ich wünsche mir fern das Geliebte!"

So schmachtete Narkysson dahin, bemerkte auch wie *er* verwelkte, wünschte sich aber den Tod, um auszuruhen von seinem Leiden. Schließlich enthüllte er seine Brust und schlug mit marmornen Händen eine Wunde, die sich rot färbte, auch das sah er im Spiegelbild. Er schmolz dahin von seiner inneren Flamme verzehrt und sein Ruf "wehe, wehe" wurde auch von Echo wiederholt. "Wehe"! Auch seine wütenden Schläge auf die Brust tönnte sie ihm zurück und als er zuletzt rief "Leb´ wohl" antwortet sie ihm: "Leb´ wohl, leb wohl". Und Ovid erzählt weiter, daß Nacht die Augen des Jünglings umschattete und er in die untere Wohnung einging. Auch dort schaute er sich selbst im Styx. Er wurde betrauert aber als man eine Bahre herbeischaffte, um ihn zu begraben, fand man keinen Leib, sondern eine Blume - um einen gelben Kelch weiße Blätter - die Narzisse. Die Götter hatten Narkysson in eine Blume verwandelt.

Narzissen kennen Sie alle, es sind unsere Frühlingsblumen die einen starken Duft ausstrahlen und der Name entspricht dem griechischen Narkao, betäuben, was wir noch in unserem Begriff der Narkose haben. Der Duft mache ein schweres Gehirn, heißt es. Der Saft wird heute noch zu Balsam destilliert, gegen Ohrenkrankheiten, als Wundheilmittel und gegen Frostbeulen.

*Zusammenfassend* ist Narziß also der Sohn eines Flußgottes und einer Nymphe - also Wesen, die die Natur belebten. Er begegnet beim Streifen durch die Natur einerseits Echo, die als Bestrafte von sich aus nichts in die Beziehung einbringen kann, und andererseits der Quelle, die sein Spiegelbild zurückwirft. Dazwischen liegt die Begegnung mit dem bedrängenden Jüngling, den er in den Tod treibt. Der Fluch spielt also eine große Rolle, sowohl für Echo als auch für Narziß. Hätte er ohne den Fluch des zu Tode gekommenen Jünglings überlebt? Hätte er eine andere Form von Beziehung leben können?

Wir wissen wenig darüber, was ihn dazu trieb, so abweisend zu sein gegenüber denen die seine Nähe suchten. Daß er Echos Liebe nicht erwidern konnte, leuchtet am meisten ein, weil wir uns vorstellen können, daß ein Wesen uns nicht begeistert, wenn es nur nachplappert. Warum er den Jüngling zurückstieß, bleibt offen. Es sind zwei Verweigerungen zur Beziehung.

Als er gequält vor seinem Ende an der Quelle sitzt, fragt er sich, ob er denn nicht liebenswert sei und er erinnert sich, daß er doch von den Nymphen liebkost wurde. Daraus leitet er ab, daß er so häßlich nicht sein könne. Hat er sich von sich entfremdet, daß er nicht eins mit sich ist in dem Sinne, daß er weiß, wer er ist und ob er liebenswert ist? Ute Dieckmann (1980) hat dies in einem unveröffentlichten Vortrag so formuliert:

"Offenbar sucht er die Beziehung zu seinem Selbst, die ihm verloren ging. Er sehnt sich danach, sich mit sich selbst zu vereinigen, weil er von seinem eigenen Sein abgeschnitten ist".

Narziß entspricht einem Menschen, der eine ursprüngliche Einheit, sein Sich-Ganz-Fühlen, verloren hat und mit dem Bild von sich selbst immer wieder in Berührung kommen möchte, ohne daß eine Beziehung entsteht.

Wenn man das ganze familiendynamisch betrachtet, war Narziß das Ergebnis einer Vergewaltigung und die ängstliche Frage seiner Mutter an den weisen Tiresias, wie sein Schicksal verlaufen werde, hat vielleicht mit dem Bewußtsein zu tun, daß Eltern wissen oder ahnen, wenn sie ihrem Kind etwas aufbürden, was wie eine Schuldenlast wirkt.

Die Begegnung des Narziß mit der bestraften Echo und später der Fluch des jungen Mannes sind Auswirkungen destruktiver Energien, wie wir es heute wohl interpretieren würden. Sie sind in dem Lebensablauf des Narziß wirksam.

Das Hineintauchen ins väterliche Element des Wassers läßt zunächst offen, ob dort die Erlösung möglich ist. Offenbar ist sie es nicht, denn es wiederholt sich im Styx das gleiche Geschehen, d. h. es ist wie eine ewige Strafe (wie wir sie von Tantalus, Sisyphos und Prometheus kennen).

Auf welche Weise ließe sich vorstellen, daß Narziß seinen Drang, sich mit sich bzw. mit seinem Spiegelbild zu vereinigen, umgewandelt hätte in eine konstruktive Beziehung zu seiner Umgebung z. B. zu dem Umgang mit dem Wasser, das ja in seiner Existenz als Lebens-Wasser gar nicht beachtet wird, sondern nur in seiner Funktion als spiegelnde Oberfläche. Hätte eine lebendige Beziehung zum Wasser seine Beziehungslosigkeit verändern können?

Zum Wasser kann uns eine Fülle einfallen - zunächst allgemein, daß es als Symbol für das Unbewußte angesehen wird. Wenn ich von der Symbolebene wegleibe und mich in der Natur umsehe, fällt mir der Slogan der Wasserwerke ein - "Wasser ist Leben". In seiner Kraft, z. B. auch in der gewonnenen Elektrizität, sprüht es Wärme und Energie aus. Einverleibt stillt es Durst und ermöglicht Leben. Die Tiefe, die hinter der spiegelnden Oberfläche auch oder v. a. vorhanden ist, hat Narziß nicht erfaßt. Es war ihm nicht möglich, in einen energetischen Austausch mit sich und seinem Unbewußten zu treten. Er hat eine Bewegungsbeziehung zu seinem Unbewußten nicht herstellen können.

## Michael Balint und das Ambiente <sup>+</sup>

Narziß leistete sich also *drei Beziehungsverweigerungen*: Die heterosexuelle (Echo), die homosexuelle (Jüngling) und die der Aufnahme einer Beziehung zum Element "Wasser", dessen Gehalten und dessen Tiefe. Diese Verweigerung sei unter Rekurs auf den Philobatismus sensu Balint hier die *philobatische Verweigerung* genannt.

Balint (1959) stellte bekanntlich dem Begriff des Narzißismus jenen der primären Liebe zur Seite und definiert wie folgt:

"Primäre Liebe ist eine Beziehung in der nur der eine Partner Forderungen und Ansprüche stellen kann; der oder die anderen - nämlich die gesamte Welt - dürfen keine eigenen Interessen, Wünsche oder Ansprüche geltend machen. Vollständige Harmonie herrscht und muß herrschen!" (Balint 1959, S. 19).

Von hier aus entwickelt Balint seine Frühstörungskonzeption, die Unterscheidung in Oknophilie einerseits und Philobatismus andererseits. Oknophilie läßt sich übersetzen mit anklammerungsbestrebt, Philobatismus mit wagnisbestrebt, abgeleitet z. B. von Akrobat.

Auch Balint (1959, 1970) ging davon aus, daß der Fötus und seine Umwelt vor der Geburt harmonisch verschränkt ineinander übergehen. Es gibt noch keine Objekte, sondern nur Substanz und Raum. Diese Harmonie endet mit der Geburt. Die Geburt erzwingt eine neue Form der Anpassung, eine Trennung zwischen Mensch und Umwelt. Wird dies nicht in ausreichender Weise bewältigt, schafft sich das Kind entweder eine oknophile oder eine philobatische Welt. Vereinfacht: Der Oknophile klammert sich an die menschlichen Objekte und scheut die Räume und Weiten. Der Philobat meidet oder entwertet die menschlichen Objekte und sucht die Räume und Weiten auf.

Diese eigentlich sehr naheliegende und unmittelbar plausible Konzeptualisierung von Frühstörungen hat erstaunlich wenig Einfluß auf die Entwicklung der psychoanalytischen Theoriebildungen genommen. Balint selbst spricht etwas resigniert von der "oknophilen Vorliebe" der Psychoanalyse.

Einige Beispiele: Margret Mahler (1978) erwähnt Balint überhaupt nicht, im deutsch-internationalen Standardlehrbuch von Thomä u. Kächele (1985, 1988) wird zwar Balints Werk an vielen Stellen gewürdigt, die Stichworte Oknophilie und Philobatismus aber fehlen. Kernberg (1981) setzt sich eingehend mit Balints Gedanken zur genitalen Liebe auseinander, nicht aber mit den "Urformen der Liebe".

---

<sup>+</sup> Helmut Enke

Diese Nichtverwertung der Balintschen Frühstörungskonzeption durch die Psychoanalyse kann zu einem gewissen Grad in der Tat entschuldigt werden. Es gibt nämlich zwei bemerkenswerte Ungereimtheiten:

- 1) Es bleibt bei Balint unklar, ob es sich wirklich um eine psychodynamische Konzeptualisierung oder doch vielleicht eher um eine psychologische Typenlehre handelt, entsprechend Balints eigenem Untertitel von "Angstlust und Regression" (1959).
- 2) Es besteht eben doch wie neuere Untersuchungen, z. B. eine empirische Untersuchung von Hans Hopf (1989) an Kinderträumen zeigen, die von Balint ausdrücklich *nicht* gewünschte Nähe von Oknophilie und Weiblichkeit einerseits, Philobatismus und Männlichkeit andererseits. Dies widerspricht ja diametral dem fraglosen Verbundensein von Natur und Weiblichkeit.

Möglicherweise - und hier wäre weiterzudenken - hat Balint den Philobaten gewissermaßen überdeterminiert. Für Balint muß das Aufsuchen von Räumen, Weiten, Naturereignissen, unmittelbar verbunden sein mit Wagemut und Lust an Gefahren, Akrobatik, daher ja auch der Name Philobat. Abenteuerlust, Wagemut sind nur eine (von Balint plausibel abgeleitete) unter anderen Varianten der Abwehr und Bewältigung. Verzichtet man nämlich auf die Universalkoppelung von Welt-Beziehungs-Wunsch und Angstlust, so entfällt auch die Korrelation von Philobatismus und Männlichkeit. Zu der besagten Entkoppelung wird man, nebenbei gesagt, auch durch die Fallschilderungen der beiden Balints eher ermutigt.

Wir haben es also beim Philobatismus zu tun mit der (psychodynamischen) Bedeutung der Umgebung als solcher, ihren Qualitäten - man denke an die unmittelbar nachgeburtliche Zeit: Nähe - Weite, Wärme - Kälte, Stille - Geräusch, Farbigkeit usw.

Es sei erinnert an die mit dem Verlust von Umgebung verbundenen "Entwurzelungsdepressionen", an die Wirtlichkeit oder "Unwirtlichkeit" unserer Städte - (sensu Alexander Mitscherlich 1969), an die Bedeutsamkeit der Befindlichkeit des Wohnens, an Patientinnen und Patienten, die auf der Suche nach dem verlorenen Objekt, der verlorenen Harmonie in getriebener Weise immer wieder umziehen, sich neu installieren müssen.

Das Ambiente hat - selbstverständlich - in jeder Form der *stationären klinischen Psychotherapie* direkte therapeutische und antitherapeutische Wirkung. Eine neuere Arbeit von Milch u. Putzke (1991) enthält das Stichwort von der "Station als Selbstobjekt-Umwelt", die Autoren zitieren Lichtenberg und definieren: "Eine Selbstobjektumwelt sei eine Umgebung, (ökologische Nische), in der das Selbstsystem stabil gehalten" ... werde, und vermerken weiter, daß es zu Desintegrationen des Selbstsystems "aus Gründen der Umwelt" bei "erzwungener Emigration" kommen könne.

Die Umwelt interagiert mit mir - das ist die These - in ihr wird nicht nur gelebt, sie wird belebt, sie lebt. Wir zitieren aus Walter Benjamins (1991) poetischem Frühwerk, der "Berliner Kindheit um 1900", wo er über die *Erinnerung an seine Kindheit* schreibt:

" ... nichts kräftigte die meinige inniger als der Blick in Höfe, von deren dunklen Loggien eine, die im Sommer von Markisen beschattet wurde, für mich die Wiege war".

Und etwas später:

"Der Takt der Stadtbahn und des Teppichklopfens wiegte mich in Schlaf. Er war die Mulde, in der sich meine Träume bildeten, zuerst die ungestalten, dann die langgesponnenen, Reise- und Regenträume".

Das sind *philobatische Träume*.

In diesem Band hat Verena Kast eine ihrer wunderbaren Fallvignetten gezeichnet. Sie hat uns gestattet, an ihrer Kasuistik zu partizipieren. Es handelt sich um jene Patientin, die immer wieder *verstummte*, den spezifisch *zwischenmenschlichen* Kontakt, den *sprachlichen*, nicht vermochte. Erst im Anschluß an eine Reihe von *Natur-Träumen* kam die Wende. Verena Kast sah in diesen Träumen eine *Beziehungsaufnahme zum mütterlichen Archetyp*. Vielleicht aber war es - auch - *die Natur selbst*, die der Patientin Beziehungsenergie gab.

## Hildegard von Bingen und die Natur \*

Es ist uns meistens aus dem Blickfeld geraten, daß auch die gesamte Natur in ihrer Vielfalt sich den Menschen zur Beziehung anbietet, ähnlich wie wir bei der Säuglingsbeobachtung erfahren, daß das Kind sich der Mutter zur Beziehung anbietet. Viriditas nannte Hildegard von Bingen, die also im 11. und 12. Jahrhundert lebte, die Kraft der Natur, die wirksam wird in dem Bemühen um Heilung, wobei physische Heilung und seelisches Heil für sie eins sind. Hildegard von Bingen gilt als erste deutsche Ärztin und Naturforscherin und ist eine der großen Frauen des Mittelalters. Dorothee Sölle (1988) übersetzte Viriditas mit Grünkraft. Wie kann der Mensch Beziehung aufnehmen zur Natur, um dieser Grünkraft inne zu werden? Hildegard von Bingen beschreibt den Menschen als Partner der Welt, der um seine

---

\* Rosemarie Ahlert

Braut, die Natur, wirbt. Die Winde sind Ausdruck des Energiehaushaltes im Universum, formuliert sie. Das entspricht zwar einer unsichtbaren aber spürbaren Energie, und in der Beschreibung der Luft heißt es: "Sie sendet Tau aus, läßt alle Grünkraft heransprießen, sowie sie die Empfindungsbegabten Tiere ihrer Natur entsprechend belebt und bewegt" (v. Bingen 1957).

Das sind Zitate aus dem Buch "Heilkunde", das Heinrich von Schipperges aus dem Lateinischen übersetzte. Nun ist dieses mittelalterliche Weltbild noch geprägt von dem Bewußtsein, daß der Mensch das Zentrum des Universums sei. So stellten es in ihren Bildern Hildegard von Bingen und auch Leonardo da Vinci dar. Wenn wir die Untersuchungen von Backster "an die Mitteilung über Wahrnehmungen der Pflanzen" betrachten, die 1968 in den USA veröffentlicht wurden, wenn wir also dem Kern dieser Erfahrung nachgehen, daß nämlich Pflanzen galvanometrisch meßbare Ausschläge zeigen, wenn ein Mensch die Absicht hat, sie zu beschädigen oder ein Tier bedrohlich wird, dann müssen wir feststellen, daß es Wahrnehmungen gibt, die bis dahin nicht physikalisch meßbar waren, die auch unabhängig von räumlicher Entfernung eintreten. Da wir davon ausgehen, daß z. B. elektromagnetische Wellen sich in Lichtgeschwindigkeit fortbewegen, muß es sich hier um energetische Ladungen handeln, die noch schneller sind. Vor allem sind Backster (1968) die cellulären Reaktionen aufgefallen: Auch Einzeller, die beschädigt werden, lösen z. B. bei Pflanzen Reaktionen aus. Daß diese Reaktionen besonders gestaltet sind, wenn ein Mensch eine besondere Beziehung zu einer Pflanze hat, während sie sich einem Fremden gegenüber tot stellt, ist verblüffend. Was wissen wir also bisher über die möglichen Beziehungen zwischen Pflanzen und Tieren und Menschen und anderen scheinbar unbelebten Teilen der Natur? Bisher sind wir durch unsere Sinnesorgane zur Reizdiskriminierung in der Lage gewesen, um nicht überschwemmt zu werden mit Informationen, während es auch denkbar ist, "ozeanisch" wahrzunehmen und allen Beziehungangeboten der Natur offen zu sein. Einen Teil davon - wenn auch sicher in verkümmerter Weise - leben wir wohl, wenn wir Pflanzen, Hunde, Katzen, Pferde, Vögel usw. in unser tägliches Leben hineinnehmen. Hildegard von Bingen (1957) formulierte das so:

"Der Mensch geht aufrecht in dieser Welt, er behält den Einklang mit der ursprünglichen Natur. Seine Vernunft ist Garant für die Einheit der tönenden Weltharmonie, denn des Menschen Vernunft hat diesen Ton, Sonus, das lebendige Lautwerden, wo die stumme Kreatur nur Resonanz besitzt".

Ton und Resonanz sind auch eine Form von energetischer Bewegungsbeziehung. Der Mensch als Imago Dei sollte Matrix und Fokus des Kosmos sein, so bei Hildegard von Bingen. Aber die Klage der Elemente beschreibt sie auch. Sie dröhnt durch das Weltall.

Dorothee Sölle (1988) hat das in folgender Weise aus dem Text von Hildegard von Bingen übersetzt:

"Wir können nicht mehr laufen, klagen die Elemente und unsere Bahn vollenden, denn die Menschen kehren uns mit ihren schlechten Taten wie in einer Mühle von unterst zu oberst. Wir stinken schon wie die Pest und vergehen vor Hunger nach der vollen Gerechtigkeit".

## Winnicott und die Dinge +

Wenn man sich mit den *Dingen* und *Gegenständen* beschäftigt, so wird man veranlaßt, sich u. a. mit zwei Komplikationen auseinanderzusetzen.

Die *erste Komplikation* hängt mit unserer Wertwelt zusammen. Eine Hinwendung zu den Dingen, den Sachen gerät unversehens in den Geruch des Materialismus, der Problematik von "Sein und Haben". Viele von vielen Menschen "geliebte Gegenstände" sind zudem ökologisch von Übel. Unter uns Intellektuellen ist es zur Pflicht geworden, das geliebte Auto zu perhorreszieren, um dann eben doch in unnachahmlicher Mischung von Scham und Stolz ein Neues, Großes zu kaufen. Dieses Werteproblem existiert, obwohl wir doch alle gelernt haben, daß in der Paläophylogenie der Menschwerdung diese Menschwerdung entscheidend von der *Erschaffung der Werkzeuge*, also der ersten Gegenstände abhängt. Andere Primaten - Schimpansen - können vorgefundene Dinge als Werkzeuge benutzen, nur der Mensch aber kann Werkzeuge herstellen. Ihre Gestaltung und ihr Besitz sind zweifellos Grundbedürfnisse und "libidofreie" Grundbedürfnisse sind für unsere Profession nicht denkbar.

Die *zweite Komplikation* entsteht, weil bekanntlich der Psychoanalyse eine Reihe von einschlägigen psychodynamischen Teilstrecken geläufig ist, so daß die Frage nach dem Wesen der Beziehung zu den Dingen überdeckt wird. Erinnert sei an die "Teilstrecken": Orale Gier: Ersatzbedriedigung, Anales: Geld/Kot, Besitz/Sammeln/Geiz und auch den Fetischismus, auf den noch zurückzukommen sein wird. Diese ganzen Erkenntnisse mögen richtig und für die praktische Psychotherapeutik auch sehr nützlich sein, doch sie vermitteln nicht den für unsere Fragestellung zutreffenden Zugang.

Wir könnten vielmehr auf Teilhard de Chardin (1966) Bezug nehmen, auf sein Eisen, den "Geist der Materie", wir können aber auch in guter, zulässiger und wichtiger psychoanalytisch-psychotherapeutischer Tradition das hermeneutische

---

+ Helmut Enke

Vorwissen der Beaux Arts, der Künste in Anspruch nehmen; die Versunkenheit und Tiefe so vieler Stilleben.

Für das Verbale, das Literarische verdanken wir Mitarbeitern den Hinweis auf Pablo Neruda (1987), der in seinem Gedichtband mit dem "philobatischen" Titel "Seefahrt und Rückkehr" nach tiefer politischer Verunsicherung (durch den 20. Parteitag der KPDSU) neue Zuversicht suchte, u. a. auch ausdrücklich in der "Ode an die Dinge":

"Ich mag die Zangen, die Scheren, ich schwärme für Tassen" oder: "Bei meiner Seele, ist der Planet schön, voller Pfeifen, die von Händen durch den Rauch geführt werden. Ich liebe alle Dinge ... ich weiß nicht warum, weil dieser Ozean dir gehört, mir gehört: die Knöpfe, die Räder " Und dann noch (z. B) die Ode an den Tisch. "Treulich trägt der Tisch Traum und Leben", an das Klavier, den Teller, den Anker, den Stuhl: "Der Krieg reicht weit wie düsterer Urwald, der Frieden beginnt auf einem einzigen Stuhl" (Neruda 1987, S. 37-39).

Doch sind wir nicht nur auf die Poesie angewiesen, deren Dichte und Tiefe ihre Überführung in die Immanenz einer "Psychodynamik" so schwierig macht. Die Psychoanalyse selbst kennt ja den Begriff des *Übergangsobjekts*.

Winnicott (1976) hat seinen Betrachtungen über Übergangsobjekte und Übergangsphänomene einen Rahmen gegeben, der - wortwörtlich - auch das Programm dieses Beitrags beschreibt:

"Es wird allgemein anerkannt, daß eine Aussage über die Natur des Menschen ganz unzureichend ist, wenn sie sich nur auf die Beziehungen zwischen Personen bezieht, auch wenn man den Ausbau der Funktionen in der Einbildung, die ganze bewußte und unbewußte Phantasie einschließlich der verdrängten unbewußten Phantasie mit einbezieht" (Winnicott 1976, S. 294).

Der bei Neruda so eindrückliche, wenn auch hintergründige Bezug der Dinge zur Symbolik, also auch zu ihrer Repräsentanz im Selbst, wird von Winnicott gesehen und - sehr interessanterweise - an der Oblate der heiligen Eucharistie exemplifiziert. Doch auch Winnicott enttäuscht uns, ähnlich wie dies Balint getan hat, denn er legt großen Wert auf die Bekundung, das Übergangsobjekt sei kein "Objekt" im eigentlichen, psychoanalytischen Sinne, sondern (nur) "ein erster Besitz der Nicht-Ich ist". Die *Mutterbrust* sei und bleibe das erste Objekt. Dennoch erlangt das Übergangsobjekt eine sehr weitreichende Bedeutung, wenn Winnicott postuliert, daß das Übergangsobjekt die Brust oder das Objekt der ersten Beziehung vertritt und dadurch die Realitätsprüfung einleitet:

"Die ... Übergangs-Objekte oder Übergangs-Phänomene befähigen das Kind, Frustrationen und Benachteiligungen und die Konfrontation mit neuen Situationen zu bestehen" (Winnicott 1965, S. 207). ... "Das Objekt wird nicht vergessen und nicht betrauert. Es verliert seine Bedeutung und zwar deshalb, weil die Übergangs-Phänomene verstreut, über das ganze Zwischenterritorium zwischen der innerseelischen Realität und der Außenwelt, wie sie von Menschen gemeinsam wahrgenommen wird ... ausgebreitet worden sind, d. h. über das Gesamtgebiet der Kultur. Einbezogen ist das Spiel, die künstlerische Kreativität ... das religiöse Gefühl, das Träumen, ebenso aber auch Fetischismus, Lügen, Stehlen, ... Drogensucht ..." (Winnicott 1976, S. 299).

Ähnlich wie Balint für das Ambiente, hat Winnicott für die Dinge einen Plafond geschaffen, von dem aus der tiefenpsychologische Erkenntniszug starten könnte. Ähnlich wie Balint hat aber auch er in psychoanalytisch-konservativer Gebundenheit den Plafond selbst wieder teilweise verbaut, so daß der Start sehr erschwert wird.

Winnicott (1976) betont, daß sich das Übergangsobjekt gegebenenfalls, (aber keinswegs immer) zu einem *Fetisch-Objekt* entwickeln könne, so daß eine Beziehung zum Fetischismus bestehen kann und eine Ableitung der Wahl des Fetisch aus dem Übergangsobjekt gelegentlich gelingen könne.

Noch immer gibt es im Zusammenhang mit sog. Perversionen Vorurteile. Die Bindung an einen Fetisch, wenn sie ausschließlich geworden ist, kann zur Verarmung (der Beziehungen) führen. Viel häufiger, fast ubiquitär, ist bekanntlich Fetischistisches eine Bereicherung innerhalb der weiten und vielseitigen "Spielformen der Liebe", in ihr auch der genitalen Vollzüge. Fetische können Beziehungen differenzieren, individualisieren, spannend und abwechslungsreich erhalten.

Im Bezirk der Oralität gibt es zwar das vielleicht teutonische "herzhafte Zubeißen", doch bliebe es absurd zu denken, das Speisen mit Messer und Gabel aus edlem Porzellan sei orale "Uneigentlichkeit", sei folglich abartig, pervers. Auch die Couverts, die Tischgeräte sind *Werkzeuge*. Es gibt offenbar bislang keine Psychoanalyse der die menschliche Natur (wie gesagt) ausmachenden Werkzeuge, jedenfalls haben wir keine trotz Suchens finden können.

Nämliches gilt wahrscheinlich auch für das *Schenken* (von Gegenständen). Auch dieser Vorgang fand keine eigentliche psychoanalytisch-psychodynamische Konzeptualisierung. Wir wurden - in der Diskussion - auf Paul Tournier (1961) aufmerksam gemacht. Seine liebenswerte, tief humanistische Broschüre "Geschenke und ihr Sinn" erstrebt und enthält keine psychodynamischen Ableitungen.

## Wir und die Umwelt

Als wir mit der Ausarbeitung des Vortrages befaßt waren, kam eine aus der Serie der vielen Schreckensmeldungen: Die NASA hatte es festgestellt: Auch über der Nordhalbkugel der Erde bildete sich ein Ozonloch. Kosmisches ist berührt, die Sonne wird zur Gefahr. Die von uns Menschen malträtierte Natur rächt sich, wendet sich gegen uns. Und beteiligt waren, wie immer, auch die lieben Werkzeuge; Spraydosen, Kühlschränke usw.

Es mag durchaus sein, daß das von vielen Erhoffte eintritt und die Theologie, die Philosophie zurückfinden aus dem rein personenzentrierten Weltbild, dem Antropozentrismus in das Ganze, den Natur und Kosmos einbeziehenden Pantheismus. Aber, und das ist unsere Frage, kann sich die Psychotherapie aus einem solchen Umdenken heraushalten, ausklinken? Natürlich haben wir es mit den kleinen intrapsychischen Motivationssystemen zu tun, doch in diesen kleinen Motivationssystemen hat die ökologische Blindheit ihre vielen, wiederum kleinen Verwurzelungen.

Wir denken also, daß auch in unserem Fach die Aufwertung, Hochschätzung - und das bedeutet in der Wissenschaft das systematische Studium - der Liebe zu Natur, Umgebung und Dingen erforderlich ist, um den Menschen ihre Umgebung wieder zur Freundin, zum Freund werden zu lassen.

## Literatur

- Balint M (1959) *Angstlust und Regression*. Klett, Stuttgart
- Balint M (1970) *Therapeutische Aspekte der Regression*. Rowohlt, Reinbeck
- Backster C (1968) Evidence of a primary perception in plant life. *Int J Parapsychol* 10 : 4
- Benjamin W (1991) *Berliner Kindheit um Neunzehnhundert*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Bingen H v (1957) *Heilkunde. Das Buch von dem Grund und Wesen und der Heilung der Krankheiten*, Müller Verlag, Salzburg
- Bristow A (1979) *Wie die Pflanzen lieben. Ein Blick auf die Seele der Natur*. Scherz, Bern München
- Enke H (1991) *Perspektiven und Visionen*. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) (1991) *Lindauer Texte*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Ferenczi S (1921) *Analyse von Gleichnissen*, *Int Z* 3 : 278
- Freud S (1930) *Das Unbehagen in der Kultur*. GW Bd 14. Fischer, Frankfurt aM

- Freud S (1975) *Psychologie des Unbewußten. Zur Einführung des Narzißmus (1914)* aus Studienausgaben, Bd 3. Fischer, Frankfurt aM
- Fröbe-Kapteyn O (1956) *Eranos Jahrbuch 1955*, Bd 24. Der Mensch und die Sympathie aller Dinge. Rhein, Zürich
- Graves R (1968) *Die Mythologie der Griechen*. Rowohlt, Reinbek
- Giegerich W (1978) *Die Neurose der Psychologie oder Das Dritte der Zwei*. Z Anal Psychol 9 : 241-268
- Hermann J (19 ) *Wie verbessert man die Umweltanalytik*. Ärztl Prax 99
- Hopf H (1989) *Inhaltsanalytische Erfassung von Oknophilie und Philobatismus in den Träumen von Kindern und Jugendlichen*. Dissertation, Universität Ulm
- Horban R (1975) *Ozeanische Gefühle. Ein Schildkrötenroman*. Diederichs, Köln
- Hübner K (1985) *Die Wahrheit des Mythos*. Beck, München
- Jung CG (1928) *Über die Energetik der Seele*. GW Bd 8. Rascher, Zürich
- Jung CG (1967) *Die Dynamik des Unbewußten*. Bd. 8 *Energetische Betrachtungsweise. Die Struktur der Seele*. Rascher, Zürich
- Kernberg OF (1981) *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*, Klett-Cotta, Stuttgart
- Kluge (1975) *Ethymologisches Wörterbuch*. De Gryter, Berlin
- Kurthen M (1991) *Über Fische, die das Meer in sich enthalten*. CG Jung und die Natur der psychologischen Erklärung. Z Anal Psychol 91: 22
- Lenz L (1981) *Waldboden*. dtv, München
- Mahler MS (1978) *Die psychische Geburt des Menschen, Symbiose und Individuation*. S. Fischer, Frankfurt aM
- Markides KC (1988) *Der Magnus von Stovolos. Die faszinierende Welt eines spirituellen Heilers*. Knauer, München
- Milch WE , Putzke M (1991) *Auswirkungen der Kleinkindforschung auf das Verständnis von Psychosen*. Forum Psychoanal 7 : 271-282
- Mitscherlich A (1969) *Die Unwirtlichkeit unserer Städte, Anstiftung zum Unfrieden*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Neruda P (1987) *Seefahrt und Rückkehr*. Luchterhand, Darmstadt Neuwied
- Neumann E (1955) *Die Einheitswirklichkeit*. Eranos Jb, Bd 24. Rhein, Zürich
- Ovid (1990) *Metamorphosen*. In: *Narzissus und Echo*, 3. Buch. Insel, Frankfurt aM
- Sallos CA (1990) *Eros, die psychische Funktion von Beziehung, Schöpfung und Entwicklung*. Z Anal Psychol 21 : 4
- Satorius B (1981) *Der Mythos von Narziß. Notwendigkeit und Grenzen der Reflexion*. Z Anal Psychol 12 : 4
- Schubert R, Wagner G (1984) *Pflanzennamen und botanische Fachwörter*. Neumann Leipzig Radebeul, S 286 ff
- Seichmann P (1978) *Narziß: ein Mythos der Selbstliebe und der Grandiosität. Narzißmus, Narziß-Syndrom, Herakles-Komplex*. Z Anal Psychol 9 : 202

- Sölle D (1988) O Grün des Fingers Gottes. Die Meditationen der Hildegard von Bingen. Hammer, Wuppertal
- Teilhard de Chardin P (1966) Die menschliche Energie. Oeten, Freiburg
- 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
- Tournier P (1961) Geschenke und ihr Sinn. Rascher, Zürich Stuttgart
- Winnicott DW (1965) Familie und individuelle Entwicklung. Kindler, München
- Winnicott DW (1976) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Kindler, München

# Affekt und Beziehung \*

Evelyn Steimer-Krause und Rainer Krause

Gefühlsworte werden in vier verschiedenen Umfeldern verwendet. Einmal sprechen wir von Zuständen, die wir mit Begriffen wie Scham, Schuld, Stolz kennzeichnen. Diese Gefühle setzen verinnerlichte Strukturen voraus und können teilweise als der Niederschlag von realen Beziehungen verstanden werden. Ein passiv fühlender Anteil der Person und ein aktiv die Gefühle produzierender Anteil der Person stehen in Beziehung, wie z. B. das Ich-Ideal als überdauernde Struktur und das erlebende Ich bei Scham (Chasseguet-Smirgel 1981).

Im zweiten Umfeld wird der Begriff Affekt als Folge von Trieben und/oder kognitiven Prozessen verstanden. In Anlehnung an Freuds Überlegungen (1915) werden hier Empfindungen der Lust-Unlustreihe als Affekte bezeichnet und mit der Vorstellung von Spannungsveränderungen verknüpft. Man hat dafür Worte wie Affektbetrag oder "arousal" verwendet. Im allgemeinen wird in diesem Umfeld an hemmende Regulationsvorgänge durch Angst oder das Angstsignal gedacht (Freud 1926). Dieser Affektbegriff hat keine direkten Verbindungen zu Beziehungen, es sei denn, man gehe davon aus, daß gehemmte Personen auf bestimmte Arten von Beziehungen verzichten.

Der dritte Kontext ist der der traumatischen Affekte. Auch hier wird häufig der Begriff "traumatische Angst" verwendet. In Tat und Wahrheit handelt es sich nicht um Angst, sondern um das Korrelat des "surrender patterns". Ein Zustand vollständiger Hilf- und Hoffnungslosigkeit mit einem "Wissen" um die Unlösbarkeit der Bedrohung und einer emotional-kognitiven Entdifferenzierung der erlebenden Person. Solche Zustände dienen nicht der Regulierung anderer Prozesse, sondern sind charakteristisch für Zusammenbrüche der inneren Regulierungen aber auch der Beziehungsregulierung. Traumatische Affekte sind keineswegs auf Angst beschränkt, es gibt traumatische Scham, traumatischen Ekel, traumatische Wut etc. (Krystal 1978).

Der vierte Kontext, in dem der Begriff Affekt verwendet wird, ist stärker beziehungsorientiert. Wenn wir an Zustände wie Freude, Wut, Ekel, Angst, Trauer,

---

\* Teile dieser Arbeit stammen aus der Dissertation von Evelyn Steimer-Krause, die von der Breuningerstiftung, Förderbereich Psychoanalyse gefördert wurde

Interesse, Verachtung denken, gehen wir davon aus, daß sie, wenn sie sichtbar/oder hörbar werden, ganz ungewollt im anderen spezifische Wirkungen hervorrufen. Sie können gleich sein, denn Affekte sind ansteckend. Sie können aber auch komplementär sein. Zeigt der andere Wut, kann ich Angst entwickeln.

Solche Affekte, die von vielen Primäraffekte genannt werden, sind also beziehungssteuernd, weil die Affekte anderer Personen Auslöser der eigenen sind und Affekte als innere Bilder die Struktur von Beziehungen haben, in denen es ein Selbst, ein Objekt und eine gewünschte Interaktion zwischen dem Selbst und dem Objekt gibt (Tomkins 1962, 1963, 1991). Negative Affekte sind so betrachtet Wünsche nach veränderter Beziehung, positive nach der Fortführung einer gerade bestehenden. Trauer z. B. bildet sich ab als Wunsch, ein verlorenes wertvolles Objekt zurück zum Selbst zu bringen. Furcht reflektiert den Wunsch, die Distanz zwischen dem Objekt und dem Selbst zu vergrößern durch eine Bewegung des Selbst weg vom Objekt und ist deshalb mit Flucht in enger Verbindung, wohingegen Wut eine Bewegung des Objektes weg vom Selbst herbeiführen soll, bei der das Objekt sich entfernt, sie kann also mit Angriff in Verbindung gebracht werden. Ekel ist der Wunsch, die Distanz zwischen dem Objekt und dem Selbst zu vergrößern, unter der Voraussetzung, daß das Objekt bereits im Selbst verortet wird, ist also mit dem Erbrechen verbunden (Krause 1991).

Bei der Freude ist vieles anders. Freude kann als Wunsch nach der Fortsetzung einer aktuellen Aktivität verstanden werden, sie ist demgemäß eines der mächtigsten Belohnungssysteme für andere. Ihr Ausfall bedeutet, daß wir ein wesentliches Steuerungs- und Verführungsmittel verloren haben.

Eine weitere Gruppe von Auslösern sind protokognitive Prozesse, die keine höheren kognitiven Funktionen voraussetzen, sondern im retikulären limbischen System ablaufende Geschehnisse beinhalten. Sie können in Form eines Entscheidungsstammbaumes charakterisiert werden, wobei die folgenden "Fragen" beantwortet werden müssen (Scherer 1990):

1. Ist das Ereignis angenehm oder unangenehm?
2. Ist das Ereignis neu oder bekannt?
3. Ist das Ereignis den momentanen Bedürfnissen förderlich oder hinderlich?
4. Liegen für das Ereignis Handlungsbewältigungsmöglichkeiten vor?
5. Wird die Verursachung des Ereignisses außen oder innen lokalisiert?

Die jeweiligen Antworten führen zu spezifischen Emotionen. So mündet ein bekanntes unangenehmes Ereignis, dessen Verursachung außen lokalisiert wird und für das es Coping-Strategien gibt, in Ärger ein; fehlen die letzteren kommt es zu Furcht. Diese protokognitiven Prozesse werden ebenfalls schon als phylogenetisches Erbe mit auf die Welt gebracht (Schneider u. Dittrich 1990).

*Zusammengefaßt* kann man sagen, daß Primäraffekte Prozesse sind, die verschiedene Subsysteme steuern und integrieren. Die folgenden solcher Systeme sind für unser Thema von Bedeutung.

1. Ein expressives Signalsystem, z. B. im Gesicht und der Stimme,
2. Ein motorisches Handlungssystem, das mit der dem Affekt folgenden Handlungsbereitschaft verkoppelt ist,
3. Ein physiologisch-hormonales Subsystem, das die Handlungsbereitschaft nach innen erstellt.

Diese samt und sonders im Körperlichen verankerten Subsysteme brauchen keine mentale selbstreflexive Abbildung zu haben. Desweiteren haben wir 4. ein Wahrnehmungs- und Erlebenssystem, das die Befindlichkeit innerlich ikonisch abbildet.

Schließlich gibt es 5. das sprachliche Subsystem, das das Erleben semantisch verschlüsselt (Krause 1988).

Eine weitere notwendige Charakterisierung des affektiven Prozesses betrifft seine Dauer. Von der biologischen Funktion als Veränderungssystem her können und sollten Affekte eigentlich nur kurzfristig wirksam werden. Die Chronifizierung eines Affektes ist so betrachtet per definitionem eine Psychopathologie, die sich für die Beziehungsgestaltung dahingehend auswirkt, daß alle Beziehungen unter das Verdikt der mit dem Affekt verkoppelten Strukturen fallen. Desgleichen ist das gänzliche Fehlen eines Affektes auch für die Steuerungen von Beziehungen von Bedeutung. Schließlich meinen wir, ist die Befähigung zur Entschlüsselung der Affekte anderer Personen zu berücksichtigen. Sie scheint sehr unterschiedlich.

Der Beteiligung dieser verschiedenen Subsysteme folgend kann man "Affekt", "Gefühl" und "Selbst- bzw. Fremdempathie" begrifflich voneinanderdifferenzieren.

"Affekt" wäre das niedrigste, biologische Niveau, auf dem es zu rein körperlichen Prozessen der Selbst- oder Fremdansteckung kommt, die durch das Fehlen der selbstreflexiven Abbildung und eventuell des Erlebens gekennzeichnet sind (Basch 1976).

Unter "Gefühl" könnte man die ikonische, mentale Repräsentanz plus begleitende körperliche Prozesse verstehen. Die mentale Repräsentanz muß nicht sprachlich-semantisch sein.

Unter "Empathie", und zwar sowohl Selbst- wie Fremdempathie, wäre dann die weitere, selbstreflexive gefühlshafte Erlebensweise zu verstehen, die neben der Teilhabe ein "reales" Wissen über den Verursacher und Erleber des Affektes beinhaltet (Basch 1983).

Alle Subsysteme, v. a. aber das expressive System, unterliegen einer weitgehenden sozialen Kontrolle. Jedes Individuum lernt Regeln über das Haben und Zeigen von Emotionen in festgelegten sozialen Situationen. So gibt es bei uns z.

B. eine Regel, daß sich beim Small talk von Gesunden der Affektausdruck auf die Gegenstände, über die sie sprechen, nicht jedoch auf die Selbststruktur beziehen sollen. Wenn also der Partner Ärger zeigt, nehmen wir i. allg. an, daß sich das Signal auf den Gegenstand bezieht, über den er redet und nicht auf mich als seinen Partner (Krause 1992). Wenn die Situation heiß wird, wir also den Bereich des smalltalks verlassen, verändern sich die Zuordnungsregeln, nun beziehe ich als Wahrnehmender die Affekte auf mich selbst (Hochschild 1979).

Die Einhaltung solcher "feeling-rules", die sich nicht nur auf den Ausdruck, sondern auf das Erleben einer Emotion beziehen bzw. deren Verletzung, führt sekundär zu selbstreflexiven Emotionen der Schuld, Scham bzw. der Freude und Vollkommenheit. So wird die "Unfähigkeit", Trauer in einer Situation, in der sie gefordert wird, erleben zu können, i. allg. mit Schuld- oder auch Schamgefühlen verbunden. Die gesamte Vorstellungswelt des Gesichtsverlusts hängt mit dieser sozial definierten Gefühlsarbeit zusammen. Ein großer Teil beruflicher Tätigkeiten, die wir heute als Arbeit bezeichnen, besteht in der Leistung solcher Gefühlsarbeit. Viele dieser Gefühlsregeln werden gelernt, und zwar durch die Beziehungen, in denen der sich entwickelnde Mensch lebt.

Wenn wir nun ähnlich präzise beschreiben sollen, was eine Beziehung ist, geraten wir in erhebliche Schwierigkeiten. Was ist überhaupt eine Beziehung? Diese Frage ist keineswegs trivial.

Was als Beziehung bezeichnet wird, ist eine Verallgemeinerung, die aus immer wiederkehrenden, spezifischen und zeitlich stabilen Interaktionsmustern erschlossen wird. Prinzipiell kann man zwei Wege zur Erschließung solcher Muster unterscheiden. Einer verfolgt den Strom äußeren Verhaltens, der andere innere Bilder. Beim ersten besteht das Problem, wie der hochkomplexe Strom mimischen, gestischen, visuellen, vokalen und verbalen Verhaltens zweier Menschen eingeteilt, beschrieben und daraus Muster bestimmt werden sollen und welche Arten von inneren Bildern man diesen Mustern zuordnen kann. Diejenigen sozialpsychologischen Forscher, die meinen, eine Lösung dieses Problems gefunden zu haben, wie z. B. Leary (1957), Bales (1970) oder Benjamin (1974), gehen alle davon aus, daß einige wenige Dimensionen, nämlich Macht, Dominanz oder Kontrolle, Nähe, Zuwendung oder Sympathie und Aktivität ausreichen, um interaktives Verhalten und Beziehungsqualitäten zu beschreiben. Dies ist zweifelhaft. Der entscheidende Nachteil derartiger Beschreibungssysteme besteht darin, daß es sich trotz z. T. sehr differenzierter Anleitungen letztendlich um Einschätzungs- oder Ratingverfahren handelt, d. h. es ist zwar möglich, daß sich verschiedene Rater darauf einigen, welche Verhaltensweisen von 2 Personen sie als kennzeichnend z. B. für Nähe oder Zuwendung betrachten, es bleibt aber offen, ob es diese ausgewählten Verhaltensweisen auch wirklich sind, die die Nähe oder Intimität einer Beziehung ausmachen.

Dieses Problem ist besonders brennend, wenn man an einer klinisch relevanten Beziehungsbeschreibung interessiert ist. Die psychoanalytischen Theorien, in wel-

chen das Phänomen Beziehung in erster Linie unter den Begriffen der Übertragung und Gegenübertragung abgehandelt wird, verfolgen mit ihrer Fokussierung auf innere, mentale Vorgänge den zweiten Weg. Dabei bleiben sie uns allerdings auch eine Antwort schuldig, was denn unter Beziehung auf der Verhaltensebene zu verstehen sei.

Erschwerend kommt dazu, daß innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung das ursprünglich und eigentlich zwischenmenschliche Phänomen der Übertragung nicht nur intrapsychisch, sondern auch monadisch abgehandelt worden ist, d. h. es wurde, von einigen Ausnahmen z. B. Sandler (1976, 1982) abgesehen, auf den Patienten, dessen Wünsche und Abwehrmechanismen fokussiert.

Letztendlich landet man also auch als Analytiker bei der Frage, was auf der Verhaltensebene eine Beziehung oder ein Interaktionsmuster ist.

Wie sehen eigentlich die Beziehungen der frühen Kindheit, denen wir einen entscheidenden Einfluß auf die Entwicklung von Psychopathologien zuschreiben, aus? Geht man davon aus, den beobachtbaren Teil einer Beziehung als Koordination von Aktivitäten zwischen zwei Individuen zu beschreiben, dann muß man als erstes die Frage beantworten, welches die frühesten Aktivitäts-Koordinationen sind.

Nach dem jetzigen Stand der Säuglingsforschung wird das Neugeborene als aktives, stimulus-suchendes Wesen, das über enorme Diskriminations- und selbstregulierende Fähigkeiten verfügt, beschrieben; Fähigkeiten, die sich von Anfang an im Kontext einer interaktionellen Matrix zwischen Mutter und Kind entfalten sollen.

Was heißt aber interaktionelle Matrix, wenn wir von einer Definition des beobachtbaren Teils der Beziehung als einer Koordination von Aktivitäten zweier Individuen ausgehen? Zwei Formen von Koordination werden von den Säuglingsforschern unterschieden, und zwar 2 Synchronisationstypen: eine Synchronisierung im Sinne der Gleichzeitigkeit von Verhaltensmustern, z. B. zwischen Stimmqualitäten der Mutter und Körperbewegungen des Babys, welche bereits kurz nach der Geburt beobachtbar ist (Condon 1984). Der 2. Synchronisationstyp besteht aus einem dialogischen Muster. Nach Brazelton (1983) zeigt ein Baby ab der 3. Lebenswoche verschiedene Aktivitätsmuster gegenüber leblosen und lebendigen Objekten. Nur in Konfrontation mit einem Menschen zeigt es ein sehr schnelles zyklisches Muster von Aufmerksamkeit, verbunden mit verschiedenen vokalen, mimischen und kinetischen Verhaltensaüßerungen und Aufmerksamkeitsrückzug ohne jegliche Aktivität. Damit eine Interaktion zwischen Mutter und Kind fortgesetzt wird, muß die Mutter ihre Verhaltensaktivität genau timen, und zwar in das Ruheintervall des Kindes. Wie in einem wechselseitigen Frage- und Antwortspiel ist das Timing des Antwortverhaltens des Partners ausschlaggebend dafür, ob es zu längeren Interaktionssequenzen kommt oder nicht.

Dasselbe Muster wird von Stern (1992) in seinem Konzept des *attunements* gefaßt. Die Forscher gehen davon aus, daß die einzelnen Verhaltensmuster, die die Mutter und das Kind zeigen, austauschbar sind, solange die rhythmischen Abfolgemuster sowie bestimmte Intensitätskonturen gewahrt bleiben, es käme also mehr auf die Wahrung der Form denn des Inhalts an. Diese Ansicht ist aufgrund der Ergebnisse der Affektforschung im engeren Sinne zweifelhaft. Auch innerhalb der ersten 3 Monate gibt es mimische und vokale Signale, die nicht einfach Abfuhrreaktionen entsprechen, sondern der Niederschlag eines affektiven Dialogs sind, in dem die beiden Dialogpartner sich nicht einfach imitieren.

Nach Malatesta u. Haviland (1985) drücken z. B. Mütter in Spielsituationen mit ihren 3 Monate alten Babys v. a. positive Affekte wie Freude, Überraschung und Interesse aus. Dabei erfolgt in ca. 25% der Expressionswechsel des Kindes von Seiten der Mütter eine kontingente "facial-change-response", wobei die Reaktionszeit der Mütter weniger als 0,5 sec beträgt, also nicht bewußt gesteuert wird.

Wir gehen mit Malatesta (1985) davon aus, daß es am Beginn des Lebens eine motivational-emotionale Einheit gibt. Motivational-emotionale Einheit bedeutet, daß ein Affektsignal, in der Mimik z. B., einen bestimmten motivationalen Zustand indiziert und einen Handlungswunsch enthält, sei es, daß das Kind selbst etwas tun will oder die Mutter einladen will, etwas zu tun. Das Affektsignal übermittelt sozusagen die Wünsche und Befindlichkeiten. Diese motivational-emotionale Einheit wird von Anfang an einer Affektsozialisierung unterworfen, die zu einem Auseinanderbrechen dieser Einheit führt (s. Demos 1984). Affektsozialisierung bedeutet zu einem großen Teil, daß das Kind über seine Erfahrungen mit der Mutter lernt, was es mit ihr teilen kann, welche Affekte die Mutter aushält und handhaben kann und welche nicht.

So haben laut Bretherton (1987) die Attachment-Forscher z. B. festgestellt, daß 12 Monate alte Kinder auf die Expression negativer Affekte in der Wiedervereinigungssituation nach einer Trennung von der Mutter verzichten, wenn sie die Erfahrung gemacht haben, daß die Mutter negative Affektsignale nicht tolerieren kann, indem sie sich z. B. zurückzieht. Dieses Verhalten wird von den Grossmanns (Grossmann et al. 1989) als Vermeiden im Dienste der Nähe bezeichnet, d. h. das einjährige Kind verzichtet bereits auf die Mitteilung seiner Konflikte, um die Nähe bzw. die Beziehung zur Mutter nicht zu gefährden.

*Zusammenfassend* scheint es so, als ob der Verhaltensanteil von Beziehung in den ersten Lebensmonaten zu einem Großteil aus Synchronisierungsprozessen bestehen würde. Sehr früh kann das Baby nicht nur den Unterschied zwischen leblosen und lebendigen Objekten machen, sondern es sucht darüberhinaus den Dialog mit Menschen. Man muß davon ausgehen, daß es von Anfang an eine starke Motivation gibt, eine Beziehung zu einem anderen herzustellen. Die wichtigsten Kommunikationsmittel für die Regulation dieser Beziehung sind die

Affektzeichen. Positive Affektzeichen, v. a. gemeinsames Lachen, bestätigen die Beziehung. Mittels negativer Affektsignale kann das Baby seiner Mutter mitteilen, was ihm nicht gefällt, was die Mutter etwa anders machen soll. Kann die Mutter, aus welchen Gründen auch immer, nicht auf die Affektzeichen des Kindes eingehen, dann lernt das Kind, daß seine Affekte nutzlos sind, vielleicht sogar das Gegenteil dessen bewirken, was intendiert war. Bei repetitiver Mißachtung der Affektzeichen des Kindes, und das impliziert auch seine Synchronisierungswünsche, was heißt, seiner Wünsche, mit anderen zu sein, werden wahrscheinlich sowohl die allgemeine Beziehungsfähigkeit wie auch das Selbstvertrauen, etwas bewirken zu können, gestört.

Für die Entwicklung von Pathologien besonders früher Störungen, wie auch für das Problem der Übertragung bzw. der Frage, was wird wiederholt, ist nun bedeutsam, daß einige Forscher wie Stern (1992) oder Wilson u. Malatesta (1989) davon ausgehen, daß die frühen Beziehungserfahrungen, die in Form von Synchronisations- und nonverbalen Dialogerfahrungen vorliegen, weiterbestehen bleiben, unbeschadet der weiteren Entwicklung, besonders der durch den Spracherwerb neu entwickelten symbolischen Beziehungsmöglichkeiten, daß sie eine Art Eigenexistenz weiterführen und nur zu einem geringen Teil überhaupt symbolisch repräsentier- und verbalisierbar sind. Die präverbalen Beziehungsformen werden als Fundament oder in gewisser Weise als festgeschriebener Rahmen betrachtet, auf denen sich die durch Sprache vermittelten Bezugsformen aufbauen. Sie setzen die Grenzen dessen, was an Beziehungsformen leb- und denkbar ist. Wenn der präverbale Dialog im ersten Lebensjahr massiv gestört war, sei es, daß die Mutter die Dialogangebote des Kindes ignoriert oder sich zurückgezogen hat, sei es, daß das Kind auf die Angebote der Mutter nicht eingehen konnte, dann wird sich laut Emde (1991a, b) später eine strukturelle Störung entwickeln. Demgegenüber sollen Menschen, die später an neurotischen Störungen erkranken, in ihrer frühen Kindheit kein derartiges Defizit an emotionaler Verfügbarkeit in der frühen Beziehung erlebt haben, sondern eher einen Exzeß an bestimmten negativen Emotionen. Laut Emde (1991) führen die beiden Varianten maligner Beziehungserfahrungen auch zu zwei Formen der Übertragung und Wiederholung. Ein massives Defizit an emotionaler Verfügbarkeit soll zu einer vorsichtigen, defensiven Haltung führen. Stern (1992) meint, daß Menschen mit solchen ungenügenden präverbalen Dialogerfahrungen in ihrem späteren Leben von starken Gefühlen des Alleinseins beherrscht sein werden. Sie werden immer wieder bemerken, daß es Dinge zwischen zwei Menschen gibt, von denen sie höchstens eine Ahnung, aber keine gelebte Erfahrung haben, sich dann zutiefst alleine fühlen und wahrscheinlich große Angst vor Intimität entwickeln. Dies bedeutet für die Gestaltung von Beziehungen: das Vermeiden von enger Gemeinsamkeit oder Intimität - und auf die Verhaltensebene übersetzt u. a. das Vermeiden von Synchronisierung.

## Emotion und Beziehungsstörungen

Wenn man vom bisher Gesagten ausgeht, kann man psychische Störungen sowohl als Störungen der Affektivität als auch von Beziehungen beschreiben.

Tatsächlich haben unsere Untersuchungen gezeigt, daß zwei Gruppen von Patienten mit sog. schweren Störungen, nämlich paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (ICD) und Colitis Ulcerosa in Alltagssituationen während eines Gesprächs mit einem Fremden durch eine massive Reduktion des mimischen affektiven Signalisierens gekennzeichnet werden können und durch eine signifikante Reduktion des Synchronisierungsverhaltens.

Jede Gruppe hat, was das Signalisieren von Emotionen betrifft, spezifische Ausnahmen von der allgemeinen Reduktion. Bei den Schizophrenen handelt es sich um Verachtung, bei den Colitispatienten um Ekel (Steimer-Krause et al. 1990; Krause 1992).

Die bisher untersuchten Gruppen von Erkrankungen, die man in der klassischen Einteilung als Übertragungsneurosen betrachtete, zeichnen sich durch ein Übermaß an affektivem Signalisieren aus, aber die affektiven Signale, die gleichzeitig aktiviert werden, sind schwer zu vereinbaren, wie Freude und Verachtung oder Furcht und Ärger. Man könnte sagen, ein Konflikt bilde sich auch sichtbar ab. Dies scheint für die frühen Störungen nicht zu gelten (Krause 1988, Krause et al. 1992).

Die Frage der Sichtbarkeit des affektiven Geschehens hat natürlich erhebliche Konsequenzen für die Gestaltung der Beziehung.

Was machen die nichtsahnenden Partner, wenn sie mit den fehlenden affektiven Signalen der Kranken konfrontiert werden. Sie passen sich an das Niveau der Schwergestörten hinsichtlich der Produktivität, der Synchronisierung nicht aber der Variabilität an. Wir sind ziemlich sicher, daß die Kargheit des affektiven Signalisierens der Kranken nicht mit einem Modell einfacher Hemmungen erklärt werden kann, sondern nur durch Rückgriff auf veränderte Formen des Zusammenhangs zwischen den oben erwähnten Subsystemen Ausdruck, Motorik, Physiologie, Erleben, Sprache einerseits, und auf veränderter Beziehungsregulationsformen andererseits.

Die Annahme daß sich hinter einem kargen Zeichensystem auch ein karges Erleben verberge, ist natürlich nicht gerechtfertigt.

Wenn wir an die oben erwähnten Gefühlsregeln und die Situation zweier Personen denken, kann man sich die folgenden Zusammenhänge zwischen Affektzeichen und dem Erleben vorstellen.

1. Es besteht hohe Übereinstimmung zwischen meinem eigenen Ausdruck und meinem eigenen Erleben. Ich fühle, was ich zeige oder zeige, was ich fühle. Das nennen wir Kongruenz.
2. Es besteht hohe Übereinstimmung zwischen dem Ausdruck meines Partners und meinem Erleben. Ich fühle, was er zeigt. Das nennen wir Ansteckung.
3. Es besteht hohe Übereinstimmung zwischen meinem Erleben und dem des Partners. Er fühlt, was ich fühle.

Bei den Gesunden ist das Erleben mit dem Signal nicht kongruent. So sind Ekel und Verachtung die häufigsten Signale, aber niemand gibt an, solche Gefühle gehabt zu haben. Die einzige Gruppe, die zeigt, was sie fühlt, sind die gesunden Partner der hospitalisierten paranoid-schizophrenen Kranken. Sie fühlen sich verärgert und zeigen dies auch.

Bei den paranoid-halluzinatorisch schizophrenen Patienten, die hospitalisiert waren, kann man durchschnittlich 60% der Varianz ihrer Aussagen über das eigene Erleben aus der Mimik des Partners vorhersagen, und zwar v. a. im anhedonischen Bereich. Sie fühlen also, was der andere signalisiert. Bei den Gesunden ist es genau umgekehrt: Das einzige, was man vorhersagen kann, ist die erlebte Freude, aber ansonsten ist der Einfluß der gezeigten Affekte des anderen eher gering (20% Gesamtvarianz). Bei den Gesunden untereinander korreliert Ärgerausdruck mit wechselseitig erlebter Freude, was daran liegt, daß der Ausdruck sich auf den Gegenstand bezieht, über den die beiden Handlungsprotagonisten reden.

Wir hatten ja oben schon ausgeführt, daß aus dem Zeichen nicht hervorgeht, worauf es sich bezieht. Denken sie daran, daß Affekte die Struktur von Beziehungen haben mit einem Subjekt, einem Objekt und einer gewünschten Interaktion. Die einfachste und wohl in unser Wahrnehmungssystem eingebaute Form der "Abwehr" ist die der Projektion mit der Vertauschung von Subjekt und Objekt. Wir sehen die Objekte unserer Affekte in der Welt. Wenn ich Angst habe, sehe ich Feinde. Das ist das, was Oswald Kroh (1965) und Heinz Werner (1959) die physiognomische Wahrnehmung genannt haben.

Lassen Sie mich dies am Beispiel der Interaktionen der paranoid Schizophrenen erläutern. Die Kranken zeigen ein reduziertes Ausdrucksverhalten mit Ausnahme von Verachtung. Es geht ihnen dabei schlecht, keine Freude, viel Angst, viel Verachtung etc. Ihren Partnern geht es aber noch schlechter. Im Unterschied zu den Kranken zeigen sie aber ihre negativen Affekte. Sie weisen Kongruenz auf zwischen Erleben und Ausdruck. Da nun 60% des Erlebens der Kranken vom Ausdrucksverhalten ihrer Partner bestimmt ist, haben wir einen fast vollständigen, sich positiv aufschaukelnden Regelkreis im anhedonischen Bereich. Das kennen wir aus der expressed-emotion Forschung (Hahlweg et al. 1988).

Bei den Gesunden untereinander hemmt die echte mimische Freude i. allg. das Aufschaukeln der negativen Emotionsspirale. Das klappt bei den Kranken in dop-

pelter Hinsicht nicht, sie zeigen keine echte Freude, und die echte Freude des Partners wird als Verachtung, Ekel, Wut kodiert. Die entsprechenden Korrelationen sind signifikant von denen der Gesunden verschieden (Hufnagel et al. 1992). Die eigene gezeigte Verachtung hingegen tut den Kranken gut. Sie ist mit einer Reduktion der anderen negativen Affekte verbunden. Das ist der vollständige Zirkel einer projektiven Identifikation. Ein unerträglicher, negativer Affekt wird als nicht zum Systembereich Selbst gehörig wahrgenommen. Nun wird das Objekt in die dem Affekt entsprechende Position gebracht. Dies geschieht durch den Ausfall der Freude, den Exzeß an Verachtung und den Verzicht auf die affektive Variabilität und v. a. den Verzicht an Synchronisierung. Das solchermaßen veränderte Objekt handelt nun erwartungskonkordant und wirkt auf das Erleben zurück mit einem gesteigerten Bedürfnis nach Spaltung (Kernberg 1987).

Ich kann hier auf weitere solche Systeme nicht eingehen, weil die Daten noch nicht sicher genug sind. Bei gleicher affektiver Ausdrucksreduktion ist aber - das kann man jetzt schon sagen - die dyadische Ausdrucks-/Erlebensverkopplung in der Dyade mit den Colitispatienten völlig anders und muß eher mit einem Algorithmus, den man Verleugnung nennen kann, beschrieben werden.

## Epilog

Beziehung ist das Thema dieses Bandes. Zu den 42. Lindauer Psychotherapiewochen 1992 wurden Paare eingeladen. Wir sind ein Ehe-, Liebes-, Denk-Eltern- und Arbeitspaar. Jede dieser Beziehungsformen hat nicht nur verschiedene Rollen, sondern auch verschiedene Gefühlsregeln und zu alledem sind diejenigen von Mann und Frau auch noch unterschiedlich, sowohl was das Zeigen wie das Haben von Affekten betrifft. Bei der Vorbereitung dieses Vorhabens haben wir uns teilweise mächtig in die Wolle gekriegt, weniger inhaltlich, als über diese "feeling-rules". Ich hatte z. B. die Idee, einen Film von uns beiden vorzuführen und ihn mikroanalytisch auseinanderzunehmen, weil dies die Datenschutzprobleme mit den Patienten umgehen würde und interessant sein könnte. Daß wir den Datenschutz selbst benötigen, hat mir meine Frau klargemacht. Das für Lindau so typische Klima einer didaktisch gemeinten Emotionalisierung oder Rührung wurde diesmal mit der reizvollen Idee, Paare einzuladen zu erreichen versucht. Das läßt die Möglichkeit offen, daß, wenn es inhaltlich öde wird, immerhin auf der Beziehungsebene etwas Spannendes vorgeführt wird. Wir hoffen, daß der Inhalt mindestens so spannend war, wie das, was wir hier vorgeführt haben und zwar für sie und für uns.

## Literatur

- Bales RF (1970) *Personality and interpersonal behavior*. Holt, Rinehart & Winston, New York
- Basch MF (1976) A concept of affect. A reexamination. *J Am Psychoanal Assoc* 24 : 759-777
- Basch MF (1983) Empathic understanding. A review of the concept and some theoretical considerations. *J Am Psychoanal Assoc* 31 : 101-126
- Benjamin LS (1974) Structural analysis of social behavior. *Psychol Rev* 81 : 392-425
- Brazelton BT (1983) Precursors for the development of emotion in early infancy. In: Plutchik R, Kellermann H (eds) *Emotion theory, research and experience*, vol 2, *Emotions in early development*. Academic Press, New York, pp 35-55
- Bretherton J (1987) New perspectives on attachment. *Relations: Security, communication and internal working models*. In: Osofsky JD (ed) *Handbook of infant development*. John Wiley, New York, pp 1061-1100
- Chasseguet-Smirgel J (1981) *Das Ich-Ideal*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Condon WS (1984) Communication and empathy. In: Lichtenberg J, Barnstein M, Silver D (eds) *Empathy II*. Lawrence Erlbaum Ass, London, pp 35-58
- Demos V (1984) Empathy and affect. Reflection on infant experience. In: Lichtenberg J, Barnstein M, Silver D (eds) *Empathy II*. Lawrence Erlbaum Ass, London, pp 9-34
- Emde RN (1991a) Die endliche und die unendliche Entwicklung, Teil I. *Psyche* 45 : 745-780
- Emde RN (1991b) Die endliche und die unendliche Entwicklung, Teil II. *Psyche* 45 : 890-913
- Freud S (1915) Triebe und Tribschicksale. *GW Bd 10*, S 209
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom und Angst. *GW Bd 14*, S 111
- Grossmann KE, August P, Fremmer-Bombik E, Friedl A, Grossmann K, Scheuerer-Englich H, Spangler G, Stephan Ch, Suess G (1989) Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Keller H (Hrsg) *Handbuch der Kleinkindforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 32-55
- Hahlweg K, Feinstein E, Müller U, Dose M (1988). Folgerungen aus der Expressed Emotion Forschung für die Rückfallprophylaxe Schizophrene. In: Kaschka WP, Joraschky P, Lungershausen E (Hrsg) *Die Schizophrenien*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 201-210
- Hochschild A R (1979) Emotionwork, feeling-rules and socials structure. *Am J Soc* 3 : 551-575
- Hufnagel H, Steimer-Krause E, Krause R (1991) Mimisches Verhalten und Erleben bei schizophrenen Patienten und Gesunden. *Z Klin Psychol* 20 : 356-370
- Kernberg O (1987) Projection and projective identification. *J Am Psychoanal Assoc* 35 : 795-821

- Krause R (1983) Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehung zu psychischen Störungen. *Psyche* 37 : 1015-1042
- Krause R (1988) Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der frühen Störungen. *Psychother Med Psychol* 38 : 77-86
- Krause R (1991) Zur Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: Scherer K (Hrsg) *Enzyklopädie der Psychologie: Psychologie der Emotion*, Bd 4, 3. Hogrefe, Göttingen, S 630-705
- Krause R (1992) Mimisches Verhalten und Erleben. In: Neuser JU, Kriebel R (Hrsg) *Projektion-Grenzprobleme zwischen innerer und äußerer Realität*. Hogrefe, Göttingen, S 173-186
- Krause R, Steimer-Krause E, Ullrich B (1992) Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. *Forum Psychoanal* 8 : 238-253
- Kroh O (1965) *Entwicklungspsychologie des Grundschulkinde*s. Beltz, Weinheim
- Krystal H (1978) Trauma and affects. *Psychoanal Study Child* 33 : 81-116
- Leary T (1957) *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. Ronald Press, New York
- Malatesta CZ (1985) Developmental course of emotion, expression in the human infant. In: Zian G (ed) *The development of expressive behavior - biology - environment interactions*. Academic Press, New York, pp 183-219
- Malatesta CZ, Haviland JM (1985) Signals, symbols and socialization - the modification of emotional expression in human development. In: Lewis M, Saarni C (eds) *The socialization of emotions*. Plenum Press, New York, pp 89-116
- Sandler J (1976) Gegen-Übertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 20 : 297-305
- Sandler J (1982) Unbewußte Wünsche und menschliche Beziehungen. *Psyche* 36 : 59-74
- Schneider K, Dittrich W (1990) Evolution und Funktion von Emotionen. In: Scherer K (Hrsg) *Enzyklopädie der Psychologie: Psychologie der Emotion*, Bd 4, 3. Hogrefe, Göttingen, S 41-114
- Scherer KR, Wallbott KG (1990) Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In: Scherer K (Hrsg) *Enzyklopädie der Psychologie: Psychologie der Emotion*, Bd 4, 3. Hogrefe, Göttingen, S 1-38
- Steimer-Krause E, Krause R, Wagner G (1990) Prozesse der Interaktionsregulierung bei schizophrenen und psychosomatisch erkrankten Patienten. *Z Klin Psychol* 19 : 32-49
- Stern D (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Tomkins SS (1962) *Affect, imagery consciousness*, vol 1. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Tomkins SS (1963) *Affect, imagery consciousness. The negative affects*, vol 2. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg

- Tomkins SS (1991) Affect, imagery consciousness. The negative affects, anger and fear, vol 3. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Werner H (1959) Einführung in die Entwicklungspsychologie. Barth, München
- Wilson A, Malatesta C (1989) Affect and the compulsion to repeat. Psychoanal Contemp Thought 12 : 265-312

# Übertragung und zentrale Beziehungsmuster

H. Kächele und R. W. Dahlbender

Die Ausrichtung auf die therapeutische Beziehung ist heute vielfach geteilte therapeutische Praxis; das Leitmotiv der Lindauer Vorlesungsreihe (1992) "Beziehung im Fokus" kann aber spezifischer gelesen werden. Im Alltag nennen wir "Beziehungskisten", was Freud einst als Übertragung zu bestimmen suchte, nämlich verfestigte, geronnene, sich wiederholende, glückliche oder unglückliche, - das ist nicht ausgemacht -, Beziehungen: Dieses Konzept der Übertragung stellt ohne Frage das Herzstück der Psychoanalyse dar.

"Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzt spontan her, sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung, und sie wirkt um so stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt. Die Psychoanalyse schafft sie also nicht, sie deckt sie bloß dem Bewußtsein auf, und bemächtigt sich ihrer, um die psychischen Vorgänge nach dem erwünschten Ziel zu lenken" (Freud 1910, S. 55).

Diese starken Worte Freuds aus dem Jahre 1910 haben ein nachhaltiges Echo gefunden; kaum eine psychotherapeutische Disziplin kommt um eine Stellungnahme zu dem von dem Wiener Arzt Breuer in den Jahren 1880 - 1882 mit seiner Patientin Anna wider Willen erlebten Beziehungsgeflecht herum, das Freud Jahre später bei seiner Patientin Dora während der allzukurzen Therapie im Jahre 1899 wiederentdecken mußte und auf den Begriff bringen konnte:

"Die Übertragung ist ein gefährliches Instrument in den Händen eines nicht gewissenhaften Arztes. Aber vor Mißbrauch ist kein ärztliches Mittel oder Verfahren geschützt; wenn ein Messer nicht schneidet, kann es auch nicht zur Heilung dienen" (Freud 1916-17, S. 482).

Schon früh erkannte Freud, daß diesem gefährlichen Moment im therapeutischen Umgang ein anderes entgegensetzen sei, was als reale Beziehung oder der Pakt bezeichnet wurde; kompliziert wurden die Dinge dadurch, daß Freud dafür auch den Ausdruck der "unanstößigen Übertragung" gebrauchte, die den stillen lebensge-

schichtlich früh angelegten Vertrauenshintergrund für die therapeutische Beziehung bildet: "Nicht jede gute Beziehung zwischen Analytiker und Analysiertem während und nach der Analyse ist als Übertragung einzuschätzen" (Freud 1937, S. 66). Jahrzehnte intensiver Diskussionen haben sich mit diesem Verhältnis von anstößigen und unanstößigen übertragenen Verhältnissen beschäftigt, wie Thomä u. Kächele (1985) dargestellt haben.

Wie steht es mit der praktischen und theoretischen Bewährung dieses Konzepts von "fokussierter Beziehung"? Schauen wir uns im weiten Feld der verschiedenen Psychotherapieformen um, dann finden wir in mehr oder minder verschiedenen Ausformulierungen Hinweise darauf, daß das grundlegende Moment des Übertragungskonzepts - nämlich die Mitgestaltung einer gegenwärtigen Situation durch zurückliegende konflikthafte Erfahrungen - weite Anerkennung gefunden hat.

Die Formel vom Hier-und-Jetzt, das vom Dort-und-Damals bestimmt wird, erfreut sich großer Beliebtheit bei vielen Praktikern der psychodynamisch <sup>1</sup> informierten Therapieformen. Die kognitive Wende hat auch in der behavioralen Therapiewelt die Gewichtung von einer nur gegenwartsbezogenen, querschnitthaften funktionalen Analyse zu einer "vertikalen Verhaltensanalyse" (Grawe 1982), die in Bern zur Plananalyse weiterentwickelt wurde (Caspar 1989), verschoben:

"Nach unserer Auffassung entstehen die Probleme, die den Leidensdruck des Patienten ausmachen, in der Regel nicht isoliert. Sie sind problematische Strategien oder Nebenwirkungen von bewußten und unbewußten Strategien, die ein Mensch entwickelt hat, um seinen wichtigsten (vor allem zwischenmenschlichen) Bedürfnissen nachzuleben. Sie dürfen nicht aus dem Zusammenhang der Lebenspraxis gerissen werden" (Caspar 1989, S. 14).

An vielen Orten und in vielen Therapiekonzeptionen hat sich also eine Übereinstimmung darüber gebildet, daß bei seelischen Störungen biographisch bestimmte, sich gegenwärtig immer neu bestätigende konflikthafte Beziehungsstrukturen wirksam sind, die im multifaktoriellen ätiologischen Geschehen mitwirken. Diese werden gern als Kernkonflikte, Foci, zentrale Beziehungsmuster bezeichnet.

Die folgende Übersicht listet die derzeit prominenten Vertreter dieser Kernkonfliktthese auf und benennt zugleich auch die Methoden, die zu ihrer Bestimmung entwickelt wurden:

---

<sup>1</sup> Wir ziehen es vor, statt von "tiefenpsychologisch" von "psychodynamisch" als dem allgemeinen Nenner zu sprechen (s. d. Kächele 1985)

1976 Luborsky	ZBKT
1977 Weiß u. Sampson	Plan Diagnosis
1979 Benjamin	SASB
1979 Horowitz	Configurational Analysis
1981 Teller u. Dahl	Frame Analysis
1981 Carlson	Tomkin's Script Method
1982 Gill u. Hoffman	PERT
1982 Schacht u. Binder	Cyclical Maladaptive Patterns
1984 Grawe u. Caspar	Plan Analyse
1985 Kiesler et al.	Impact Message Inventory
1986 Bond u. Shevrin	Clinical Evaluation Team
1987 Kiesler	Interpersonal Transaction
1989 Perry et al.	Ideographic Conflict Summary
1989 Horowitz L. et al.	Consensual Response Formulation

## Praxis der repetitiven Beziehungen

Die praktische Bedeutung dieser Konzepte liegt darin, daß sie eine spezifische Orientierung liefern, wenn Menschen sich entschließen, eine psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen. Diese ist ja erst dann indiziert, wenn die alltäglichen Hilfsmöglichkeiten sich erschöpft haben. Die inzwischen vielfältig erhobenen Angaben zur Symptombdauer bei Beginn einer Behandlung (Grünzig et al. 1977) unterstreichen, daß bei Vorliegen von Schwierigkeiten, Problemen und Konflikten erst einmal alltägliche Bewältigungsstrategien gesucht werden; erst bei eingestanderener Nutzlosigkeit dieser Bemühungen scheint die Möglichkeit professioneller Hilfe in das Blickfeld zu rücken. Den komplizierenden Fall, daß der Mechanismus des Krankheitsgewinns selbst eine verschleppende Wirkung hat, dürfte seinen erheblichen Teil hierzu beitragen.

Kommt der Patient zum Erstgespräch, dann trifft er auf einen kompetenten Problemlösungspartner, allerdings einen der je nach Setting, recht verschiedene Vorentscheidungen über die Art der zu vermutenden Hilfsansätze einbringt. In der Beratung wird qua Definition noch stärker auf die aktuelle Beziehungssituation fokussiert, wobei je nach Theorie des Beraters entweder soziale, juristische oder gar fiskalische Probleme identifiziert werden. Die Hilfsbedürftigkeit wird begrenzt und die kontrafaktische Unterstellung - im Grunde ist der Klient okay - wird maximiert. Mit zunehmender Klinifizierung des Problems wird daraus eine Störung und am Ende gar eine Krankheit. Kongruent zum Erleben des Betroffenen nimmt seine subjektiv erlebte Verantwortung für den Zustand ab und die sozial verankerte

Zuständigkeit des Therapeuten nimmt zu. In gleichem Maße verlagert sich die Verstehensdimension von unteroptimalen bewußten Strategien des Klienten zu unteroptimalen unbewußten Abwehrprozessen. Die Übertragung als Wiederholung früher, schon recht weit in die Vergangenheit reichender, damals vielleicht notwendiger, aber niemals optimaler Bewältigungsmuster legt therapiepraktisch nahe, nur eine Wiederholung der pathogenen Erfahrungen in einer neuen Beziehung ermögliche die Überwindung verjährter Angstbedingungen. Psychotherapie als professionalisiertes Beziehungsangebot fokussiert mit den ihr eigenen technischen Anweisungen auf die Herstellung dieser pathogenen Beziehungen und hofft sie einer neuen, besseren Lösung zuzuführen.

Die Konzeption der Übertragung als Gestaltung des Gegenwärtigen durch frühere Wünsche und Reaktionsmuster kann sehr unterschiedlich qualitativ und quantitativ detailliert herausgearbeitet werden. Sie erschließt als heuristisches Prinzip die Möglichkeit alles Erleben und Verhalten im Lichte einer Vergangenheit zu betrachten, die wiederum nur als erzählte Wirklichkeit vorfindlich ist. Dies gibt der Konzeption der Übertragung ihren schillernden, abgründigen Aspekt, der besonders in der Kleinianischen Theorie zum Vorschein kam.

Dort "wird das Hier und Jetzt gänzlich als Übertragung im Sinne ahistorischer Wiederholungen begriffen (Segal 1974) ... In der Kleinianischen Auffassung der Übertragung nimmt die Wiederholung einen so großen Raum ein, daß die Zeitlichkeit, also Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aufgehoben scheinen ... Das Hier und Jetzt kann höchstens partiell auch ein Dort und Damals sein - sonst gäbe es keine Zukunft" (Thomä u. Kächele 1985, S. 69).

Vertritt man eine interaktionistische Sicht des Menschen "das heißt, menschliches Verhalten und Erleben werden weder einseitig aus inneren Veranlagungen oder Persönlichkeits-Eigenschaften, noch einseitig aus steuernden Einflüssen der Umwelt erklärt" (Caspar 1989, S. 23), dann gilt es, das Übertragungskonzept behutsam handzuhaben. Es ist ein Erklärungsansatz, der sich durch seine therapeutische Brauchbarkeit in dem einzelnen Fall bewähren muß. Seine Bewährung als beliebtes Deutungskonzept hat es bestanden und erscheint deshalb in immer neuen Varianten in der klinischen Diskussion. Allerdings scheint es so zu sein, daß noch allzuviele in der Praxis jene Übertragungskonzeption bevorzugen, bei der Übertragung mit der Verkennung der Realität Hand in Hand geht. Der Therapeut ist zu oft ein leerer Projektionsschirm, der noch immer dem Spiegelgleichnis Freuds nachhängt, so als ob der Therapeut jemals eine tabula rasa sein könne. Diese Auffassung ist allerdings unmodern geworden. Seit Merton Gill die dyadische Sicht der Übertragung plausibilisiert hat (Gill 1982, 1984), wird der hergestellte interaktive Charakter der Übertragungsphänomene betont. Deutungen der Art: "Sie erwarten, daß ich Sie mißbillige wie damals Ihr Vater" werden abgelöst

durch Fragen wie: "Woran sehen Sie, daß ich Sie mißbillige?" oder "Wie habe ich zu dem Gefühl beigetragen?" (zit. n. Rotmann 1991). Statt von der Verzerrung auszugehen, wird die Plausibilität der Wahrnehmung des Patienten betont. "Durch ihre Anerkennung wird der Anteil der Übertragung, der durch den Analytiker ausgelöst wird, um so deutlicher" (Thomä u. Kächele 1985, S. 78). Diese Sicht der Übertragung gibt dem Therapeuten eine neue Aufgabe: Er muß zu einem Gegenüber werden, an dem der Patient seine unbewußten Beziehungsmuster wiederfinden kann. Deshalb gewinnen Formulierungen wie "die Gegenübertragung bestimmt die Reichweite der Behandelbarkeit" eine weitreichende Bedeutung; die Verfügbarkeit des Therapeuten für die Übertragungsprozesse des Patienten wird daran bestimmbar.

Praktisch wurde durch diese Konzeption die Übertragung brauchbarer denn je, denn als interaktiv hergestellte Beziehung öffnete sich das Konzept für eine weitreichende Anwendung in vielen Therapiesituationen.

Wie kann man nun diese problematischen Beziehungsmuster klinisch erfassen? Bevor wir einen praktischen Versuch anbieten, der sich in Form einer Selbsterkundung vollziehen kann, sollen einige Schritte in der Entwicklung der Methode zur Erfassung zentraler Beziehungskonflikte dargestellt werden.

## **Empirische Erfassung der Übertragung**

Die empirische Untersuchung des Übertragungskonzepts (Freud 1912) ist viele Jahre nur mit wenig Erfolg betrieben worden. Noch 1978 faßten zwei führende Therapieforscher die bis dahin vorliegende Literatur mit dem kritischen Kommentar zusammen,

"daß quantitative Forschung zur übertragungsbedingten Reaktion des Patienten auf den Analytiker dürftig geblieben ist, obwohl die Kliniker die Übertragung in den Mittelpunkt der angestrebten Veränderung in einer wirksamen psychoanalytischen Behandlung setzen ... Ein Großteil der vorliegenden Forschung muß im Hinblick auf seine Repräsentativität für das klassische Konzept als problematisch betrachtet werden" (Luborsky u. Spence 1978, S. 343).

Da die bereits oben erwähnten Methoden alle sehr ähnliche Wege zur Erfassung von repetitiven Beziehungsmustern eingeschlagen haben, möchten wir *paris pro toto*, aber auch der Seniorität wegen, Luborskys Methode vorstellen, die er 1976 entdeckt und 1977 erstmals beschrieben hat.

Inzwischen ist der Name Luborsky nicht nur Psychotherapieforschern, sondern auch Klinikern im deutschen Sprachraum (hoffentlich) hinlänglich bekannt. Die deutsche Übersetzung seines "Lehrbuchs der analytischen Psychotherapie" (1988a) hat deutlich gemacht, daß die in Topeka entwickelte Form der "expressiv-supportiven" Therapie unserem Konzept der psychoanalytischen Psychotherapie weitgehendst entspricht. Im Rahmen der von ihm und Mitarbeitern seit zwanzig Jahren durchgeführten Studien wurden wichtige Beiträge zur Fundierung der psychoanalytischen Behandlungstheorie erarbeitet (Luborsky et al. 1988b). Neben dem Konzept der "hilfreichen Beziehung" ist die Erarbeitung eines Meßverfahrens für das zentrale Beziehungskonfliktthema, ZBKT abgekürzt, einer Operationalisierung des Übertragungskonzepts, der wichtigste Beitrag. Der Prozeß der glücklichen Entdeckung<sup>2</sup> vollzog sich im Rahmen der Studien zur hilfreichen Beziehung. Bei einer Tagung des Downstate Medical Center über "Communicative Structures and Psychic Structures", am 17. Januar 1976 um 2 Uhr nachmittags erblickt die Methode das Tageslicht<sup>3</sup>.

Inzwischen liegt nun eine zusammenfassende Darstellung der langjährigen und vielfältigen Untersuchungen vor (Luborsky u. Crits-Christoph 1990); da die Rezeption solcher US-Studien erfahrungsgemäß nach wie vor in der deutschen Psychotherapieforschung ihre Zeit braucht, sehen wir eine Aufgabe darin, eine nur berichtende Zusammenfassung vorzulegen; an anderer Stelle ist Gelegenheit, die aktuell erscheinenden Entwicklungstendenzen und -aufgaben zu skizzieren (Kächele u. Albani 1992). Vorneweg sei gesagt, die psychoanalytische Behandlungstheorie verfügt über wenig Konzepte, die eine solche systematische Erkundung und Überprüfung vorweisen können.

Seitdem wir uns in Ulm mit dem ZBKT beschäftigen - und es ist im nachhinein eine befriedigende Erfahrung sich daran zu erinnern, daß Luborsky schon 1977 eine erste Version des Verfahrens in Ulm vorgetragen hat, aus der dann die erste Publikation des Manuals überhaupt resultierte (Luborsky u. Kächele 1988) - haben wir die Erfahrung gemacht, daß das ZBKT-Konzept zunächst vielen sehr einleuchtend erscheint; es verspricht ein Schlüssel zu sein, der die klinisch gewonnene Weisheit der Übertragung zu buchstabieren erlaubt; erste Erprobungen mit dem ZBKT-Verfahren führen dann leicht zu vorschneller Kritik, die aus einer unangemessenen Erwartungshaltung sich nährt. Was konzeptionell so einleuchtet, scheint durch die Ärmlichkeit des Verfahrens entwertet zu werden. Kritik am ZBKT-Verfahren halten wir entgegen, daß die Stärke einer wissenschaftlichen Methode nicht in der Imitation des klinischen, komplex-konfiguralen

---

<sup>2</sup> Der englische Ausdruck "serendipity" ist fast nicht zu übersetzen

<sup>3</sup> Selten genug, daß ein Autor in unserem Fach so detailliert diesen Moment festzuhalten wünscht. Aber vielleicht lag die Entdeckung schon in der Luft und der Autor wünschte keinen Prioritätsstreit.

Denkens liegt, sondern in der Fähigkeit, über Vereinfachung Strukturen zu identifizieren. Röntgen's Strahlen werden der Schönheit der Dinge gewiß nicht gerecht; aber sie ermitteln strukturelle Beschaffenheiten. Mit dieser Analogie vor dem inneren Auge muß man an die ZBKT-Methode herantreten. Geprüft werden will sie an dem Anspruch, das psychoanalytische Konzept der Übertragung als Struktur - nicht als Prozeß - zu operationalisieren (Kächele et al. 1988) und in einer breiten Anwendung einen validen Beitrag zu den theoretischen und praktischen Implikationen des Konzepts der Übertragung zu leisten.

Die Gretchenfrage, ob das ZBKT Übertragung erfaßt oder etwas anderes, sollte so nicht mehr gestellt werden. Die Frage ist nicht mehr ja oder nein, nicht mehr eine Glaubensfrage, sondern beantwortet sich von selbst, wenn man sich mit den vorliegenden Ergebnissen beschäftigt hat.

## Die Methodologie des ZBKT

Die Methodologie des ZBKT soll nun kurz erläutert werden. Das Material besteht aus sog. narrativen Episoden, kleinen Geschichten über wichtige Beziehungen, wie sie des öfteren von Patienten in Behandlungsstunden über die Beziehung zu Vater, Mutter, Geschwister, Berufskollegen und Therapeut erzählt werden; deswegen werden sie Beziehungsepisoden genannt:

Es folgen hierfür 5 Beispiele, die einer Arbeit von Gill u. Hoffmann (1982) entnommen sind:

### *Beziehungsepisode (BE) 1: Kerl (Zeile 3 - 17)*

Er kam rüber zu mir und wollte mit mir reden, was ein bißchen schwierig war. Ich gab vor, daß mir das gefiel, daß er mir gefiel, wissen Sie, in der Art guter Kameraderie, so ner Art Zeugs, aber in Wirklichkeit wollte ich, na ja, wollte ich lesen, aber, wissen Sie, ich fühlte dies war die Art und Weise, mich vom Lesen abzuhalten und das ärgerte mich. Es störte mich wirklich mordsmäßig. Wissen Sie, meine Freunde sind rücksichtsvoll und sie haben immer mich mein eigenes Zeugs tun lassen ... (Auslassung) ... aber mit so einem Kerl, der lebt in einer ganz anderen Welt. Und, wissen Sie, er würde das nicht verstehen, wenn ich's ihm sagen würde, er wäre beleidigt und so, es war wirklich ärgerlich.

*BE 2: Therapeut (Zeile 71-75)*

Heute morgen hatte ich keine besondere Lust zu kommen, wissen Sie, weil - ich weiß nicht, ich hatte so ein Gefühl, wissen Sie, ich dachte, ich brauch's gar nicht. Vermutlich hatte ich ein gutes Gefühl, wenn ich jetzt nur aus der Gefühlskiste rauskäme.

*BE 3a: Die Frau (Zeile 76 - 81)*

Diese Frauengeschichte ist wirklich schlecht für mich. Die Frau, die ich hinterher aufsuchen werde, ist eine Frau, die ich nie gesehen habe. Ich denke, ich habe Ihnen von dem Telefonfräulein erzählt, mit der ich eine Verabredung ausgemacht habe. Ich ruf dauernd bei der an, aber die ist nie zuhause und ich krieg nur ihre Zimmerkollegin. Das ist ein großer Ärger, wissen Sie, denn ich bleib dran und hoff', daß sie da sein wird, daß sie mit mir redet. Ich habe das Mädchen noch nie gesehen, das heißt, ich weiß fast gar nichts von der.

*BE 3b (Zeile 85 - 89)*

Als ich gestern endlich ihre Zimmergenossin erreichte, und herausfand, daß sie gar nicht da sein würde, habe ich diese Frauengeschichten fahren lassen. Ich wußte, ich würde nichts machen können, um eine Frau zu finden, und das war irgendwie auch eine Erleichterung.

*BE 4: Das Mädchen (Zeile 142-148)*

Die Phantasie, die mich wirklich anmachte, war diese heterosexuelle sadistische Phantasie, wissen Sie. Ich stell mir richtig vor, irgendein Mädchen total zu vögeln und sie dabei total unterworfen vor mir ... und, wissen Sie meinem Mords-Schwanz. Und ich, ah, ich hab's Ihnen ja schon öfters beschrieben, die Vorstellung, daß Mädchen solche Sachen machen die wirklich ... das macht sie so unwürdig.

*BE 5: Therapeut (Zeile 166-172)*

Also, jetzt krieg ich das gleiche Gefühl wieder, wissen Sie, daß ich hier nur Scheiß rede, und zwar, wissen Sie, denke ich das, weil Sie bisher noch nichts gesagt haben. Jesses, wir reden über das gleiche unsinnige Zeug jedesmal, das wundert mich wirklich. Irgendwie schäme ich mich, daß ich nicht etwas einfallsreicher bin, mir auch mal was anderes ausdenke, was anderes zum Ärgern. Wissen Sie, es ist langweilig, viermal die Woche das gleiche Zeug durchzuspulen, mir kommt's jedenfalls wie eine Ewigkeit vor.

Solche Beziehungsepisoden werden von einer gesonderten Beurteilergruppe in Verbatimprotokollen zunächst identifiziert und im Transkript markiert, bevor diese einem sog. ZBKT- Beurteiler vorgelegt werden. Damit wird das methodisch immer schwierige Problem der Bestimmung der "unit of observation" klar von der Messung des Konzepts selbst getrennt.

Die Grundannahme des Verfahrens beruht auf der Vorstellung, daß die Schilderung von Beziehungserfahrung für den Patienten prototypische und charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthält, die in den narrativen Episoden deshalb zum Vorschein kommen, weil sie dort wie eingebrannte Klischees sichtbar gemacht werden können. Die in unregelmäßiger Folge auftretenden Beziehungsepisoden (BE) werden dann in folgender Weise ausgewertet und zusammengefaßt:

Der ZBKT-Beurteiler liest die BEs in einem Transkript und identifiziert in jeder BE drei folgende Komponenten:

- a) die Wünsche, Bedürfnisse und Absichten des erzählenden Subjekts an die andere Person des Narrativs (Kategorie W)
- b) die Reaktionen dieser anderen Person (Kategorie RO) und
- c) die Reaktionen des Subjekts (Kategorie RS)

Als Beispiel wenden wir dieses Verfahren auf die Beziehungsepisoden an, die wir oben aufgeführt haben:

**BE 1**

W: den unerwünschten Besucher los zu haben

RO: das würde der nicht verstehen  
der wäre beleidigt

RS: ich fühl mich gestört  
ich fühl mich ärgerlich  
ich muß dessen Gegenwart ertragen

**BE 2**

W: nicht zur Stunde kommen müssen

RO: (unbestimmt)

RS: ich fühle mich gezwungen zu kommen

**BE 3**

W: sich frei von der Verpflichtung fühlen, diese Frau zu erreichen

RO: sie ist nicht zu erreichen

RS: ich bin verärgert  
ich bin erleichtert

**BE 4**

W: das Mädchen unter meiner sexuellen Beherrschung zu haben

RO: sie ist gezwungen sich zu unterwerfen

RS: Selbstvorwürfe

**BE 5**

W: frei zu sein von der Pflicht so lange kommen zu müssen

RO: er gibt keine Antwort

RS: ich ärgere mich und bin beschämt

Aus diesen einzelnen Feststellungen werden nun im nächsten Schritt durch eine Addition der ähnlichen bzw. gleichen Formulierungen die typischen Antwortformen herausgelöst.

Es ist möglich, daß für die Kategorien mehr als ein vorherrschender Sachverhalt notiert werden muß; in der Regel gelingt es jedoch eine Formulierung zu finden, die den wesentlichen affektiven Gehalt abzubilden vermag. Dabei werden theoriearme, phänomen- und erlebnisnahe Beschreibungsformen gewählt, die nur einen ersten Schritt der Ablösung vom unmittelbaren zum verallgemeinerbaren beinhalten.

Dieses Vorgehen wird für mehrere solcher BEs wiederholt. Luborsky gibt an, für eine Erfassung des ZBKT- Musters sollten möglicherweise 10 BEs zugrunde gelegt werden. Die Aussagen mit den höchsten Häufigkeiten innerhalb jeder der 3 Kategorien werden dann zu Prototypen erhoben und als ZBKT definiert. Je größer die Zahl der zugrunde gelegten BEs ist, desto stabiler wird die hierarchische Verteilung verschiedener prototypischer Formulierungen. Luborsky kann aber empirisch zeigen, daß sich stets ein Prototyp finden läßt, der um vieles häufiger vorkommt als andere typische Aussagen. Das Vorgehen transformiert auf diese Weise Häufigkeit und zwar qualifizierte Häufigkeit in eine Qualität. Das Vorgehen erinnert an die von Rosch (1978) eingeführte Methode der Prototypenbildung anstatt auf die Konstruktion einer geschlossenen Kategorie auszugehen.

Die Schritte in der ZBKT - Methode sind dem üblichen klinischen Schlußfolgerungsprozeß nachgebildet; ob sie eine Formalisierung desselben in einem strengen Sinne bedeuten, dürfte wohl noch nicht geklärt sein. Immerhin wird in der klinischen Situation eine erste Formulierung gemacht und dann im Lichte späterer Erfahrungen modifiziert oder bestätigt. In gleicher Weise soll der ZBKT - Beurteiler vorgehen: Zunächst soll er alle BEs durchgehen und die drei Komponenten bestimmen, die in einer abstrahierenden Kurzsprache notiert werden. Aus diesen formuliert er eine erste Fassung des übergreifenden ZBK - Themas. Auf der Grundlage der so gebildeten Abstraktion soll der ZBKT - Beurteiler erneut die BEs durcharbeiten und die Kodierungen prüfen. Damit wird folgende Arbeitssequenz deutlich :

Schritt 1: Identifiziere die Art der Wünsche (W) und Antworten (RO, RS) in jeder Beziehungsepisode (BE).

Schritt 2: Formuliere ein vorläufiges ZBKT, welches auf den Häufigkeiten jeder der drei Komponenten basiert.

- Schritt 3: Falls nötig, reklassifiziere die Typen von W, RO und RS im Hinblick auf die vorläufige Zusammenfassung.
- Schritt 4: Reformuliere, falls nötig, die Zusammenfassung des ZBKT auf der eventuellen Neuzählung der W, RO und RS Kategorisierungen.

In der Durchführung der Kodierung ist großer Wert auf die Einhaltung formaler Prozeduren zu legen, um den Objektivitätsgehalt der Kodierungen reklamieren zu können. Beurteiler werden nach einem vorliegenden ZBKT - Manual trainiert (Luborsky 1988a; Luborsky et al. 1991). Im Anschluß sollen Übungen an sog. "standard practice cases" durchgeführt werden, für die dann auch ein differenziertes "feed back" im Hinblick auf Abweichung und Übereinstimmung gegeben wird<sup>4</sup>.

In den letzten Jahren wurde die Methode durch Verwendung von Standardkategorien für die Komponenten weiterentwickelt; der Verzicht auf tailor-made, d. h. auf den Leib des Patienten geschneiderte Kategorien, wird durch den Vorteil egalisiert, daß nun Vergleiche zwischen Patienten möglich sind. Aus diesen Standardkategorien wurden auf der Basis der bisher verfügbaren Stichproben von Patienten clusteranalytische Grobkategorien gefunden (Barber et al. 1990), auf die wir später eingehen werden<sup>5</sup>.

Um für die Gewinnung von BEs nicht an Transkripte von Therapiestunden gebunden zu sein, wurde in der Zwischenzeit auch eine Methode zur Gewinnung von Narrativen entwickelt: Das Relationship - Anecdotes - Paradigm - Interview arbeitet mit der Aufforderung, sich wichtige Episoden aus der Lebensgeschichte einfallen zu lassen. Der Hinweis, es sei sinnvoller, den Probanden sich an wirkliche Geschichten erinnern, statt fiktive Geschichten sich ausdenken zu lassen wie z. B. im TAT (Thematischer Apperzeptionstest), ist nur ein kleiner Hieb auf ein ehrwürdiges Verfahren. Es ist sicher von großem Gewinn für das Verfahren, daß gezeigt wurde, daß die typischen Übertragungsmuster auch durch ein nicht an die kli-

---

<sup>4</sup> Die Ulmer Arbeitsgruppe bietet dafür den gut aufgearbeiteten Fall "Der Student" der Ulmer Textbank an (s. d. Albani 1992). Bisherige Erfahrungen mit der Schulung zeigen, daß neben erfahrenen Klinikern auch Studenten der klinischen Psychologie nach ausreichender Schulung gute Übereinstimmung erzielen können. Die Methode ist übrigens nicht darauf beschränkt, nur psychoanalytische Transkripte zu untersuchen, sondern steht auch anderen theoretischen Formulierungen von Beziehungsmustern recht nahe wie z. B. Tomkins (1979) Konzept eines "nuclear script" oder Meichenbaum u. Gilmores (1984) Konzept von "core organizing principles" und anderen mehr, die von Singer (1984) übersichtlich dargestellt wurden.

<sup>5</sup> Bereits vorliegende Reliabilitätsstudien geben Hinweise auf die Schwierigkeiten des Verfahrens, aber weisen insgesamt darauf hin, daß nach entsprechender Schulungszeit damit gut gearbeitet werden kann.

nische Situation gebundenes Erhebungsverfahren gewonnen werden können (Dahlbender et al. 1992b).

Der entscheidende methodische Kunstgriff des ZBKT besteht darin, die erzählten Beziehungsepisoden (Narrative = BE) als Basis für die Identifizierung der ZBKT - Komponenten zu wählen. Diese glückliche Heuristik läßt sich a posteriori damit begründen, daß Erzählungen ein gutes Mittel sind, um Erfahrungen zu transportieren (Bruner 1986); besonders festgefügte, repetitive Erfahrungen verdichten sich in Erzählepisoden, wie auch Flader u. Giesecke (1980) verdeutlicht haben.

## Ergebnisse des ZBKT-Verfahrens

Inzwischen liegen Anhaltswerte über die durchschnittliche Zahl von BEs in den Anfangsstunden der Penn Psychotherapiestudie vor (Stunden 3 und 5, n=33 Patienten), nämlich 4,1; von 10 BEs handeln 2 vom Therapeuten, 3 von nahen Familienangehörigen, 4 über andere nahestehende Personen. Das Fazit ist einfach: Je intimer die Beziehung, desto mehr Narrative werden über die Person erzählt.

Die Art der Wünsche und der Reaktionen zeigt ein bemerkenswertes Ergebnis: Für die untersuchte Patientengruppe der Penn Studie gilt, daß 77 % bzw. 84 % der Reaktionen des Objekts und des Selbst am Beginn der Behandlung negativ sind. Selbstverständlich möchte man wissen, ob diese Negativierung der Beziehungsschemata bei sog. Normalpersonen auch vorliegen oder ob sie ein Charakteristikum einer klinischen Population darstellen; weiter möchte man wissen, ob sich diese negativen Schemata durch Psychotherapie verändern lassen (Kächele et al. 1990). Hierzu wurde der Begriff der "ZBKT - Durchdringung" eingeführt. Darunter wird die Zahl der BEs, die die ZBKT - Komponenten enthalten pro Gesamtzahl der BEs einer Sitzung verstanden; dies wird nicht nur als ein Maß für die Häufigkeit, sondern auch dafür genommen, wie wichtig eine Komponente ist. Verlaufsstudien von Therapien zeigen, daß sich die Art der Wünsche nicht signifikant ändern, die negativen Reaktionen nehmen ab, die positiven Reaktionen hingegen nehmen zu. Darüber hinaus korrelieren die Veränderungen der ZBKT-Durchdringung mit Veränderungen der Health-Sickness-Rating-Scale und der Symptomatik. Eine schönere Bestätigung hätte man sich nicht wünschen können.

Spannend für die Abbildung von Übertragung wird es beim Vergleich zwischen ZBKT in BEs mit dem Therapeuten und ZBKT mit anderen Personen. Es läßt sich eine Parallele zwischen dem ZBKT in der Beziehung zum Therapeuten und anderen Personen nachweisen. Die Kategorien W und RS im ZBKT bleiben bezüglich verschiedener Objekte konstant, während sich die Kategorie RO verändert, und es lassen sich individuelle Beziehungsmuster mit dem ZBKT abbilden. Genauer zu un-

tersuchen bleibt, wodurch die Übertragung ausgelöst wird, ob und wie sie sich während der Behandlung verändert, wovon solche Veränderungen abhängig sind, welche Patienten ein größeres Maß an Übertragung zeigen, welchen Einfluß ein positives Arbeitsbündnis auf das Ausmaß der Übertragung hat.

Die Frage, welche Evidenz für die Stimmigkeit von Deutungen benutzt werden kann, ist wohl ein Thema, das keinen Psychotherapeuten unberührt lassen kann. Luborsky benutzt als Maß dafür die Übereinstimmung der Deutung mit dem ZBKT, den Hauptwünschen und den ROs, und weist nach, daß der Therapieerfolg um so größer ist, je stärker sich die Deutungen auf diese Komponenten beziehen. Das heißt, je deutlicher einem Patienten ein Teil seines Beziehungsmusters via Interpretation gemacht werden kann, desto eher sehen wir erwünschte Veränderungen<sup>6</sup>.

Der theoretisch interessanten Frage der nosologischen Spezifität des ZBKT wurde anhand einer Studie mit Patienten nachgegangen, die mit der DSM III - Diagnose "major depression" behandelt wurden (n=21). Diese Studie konnte in Zusammenarbeit mit der Ulmer Arbeitsgruppe realisiert werden (Eckert 1990). Die Ergebnisse passen gut zu den psychoanalytischen Beschreibungen depressiver Patienten wie auch zu den von kognitiven Therapeuten herausgearbeiteten Eigenarten des depressiven Erlebens. Eine die klinische Erfahrung so gut treffende Bestätigung könnte die oft gehörte Auffassung, daß Forschung klinisch wenig nütze, doch vielleicht korrigieren.

Eine theoretisch zentrale Frage ist natürlich, wie entsteht das zentrale Beziehungsmuster. Auch hier sind bereits Untersuchungen im Gange. Es läßt sich nicht nur im Ansatz zeigen, daß das ZBKT, das aus den frühesten Erinnerungen gewonnen werden kann, mit dem des aktuellen Erlebens übereinstimmt, sondern es wird auch derzeit eine Längsschnittuntersuchung durchgeführt bei der Spielhandlungen von Kindern im ZBKT abgebildet werden (Dengler 1990; Dengler et al. in Vorb.).

Inzwischen wurden auch verschiedene Einsatzmöglichkeiten in Klinik und Forschung erprobt. Die ZBKT - Methode bewährt sich im klinischen Gebrauch, besonders in der Supervision an verschiedenen technischen Problemen. In der Weiterbildung zum Zusatztitel Psychotherapie üben wir die Erfassung der konflikthaften Problematik, indem im Seminar die Teilnehmer gebeten werden, für ihren Patienten typische Beziehungsepisoden zu schildern; der Gruppe fällt es dann meist leicht, das Typische der Beziehungsmuster zu identifizieren. Das ZBKT kann

---

<sup>6</sup> Die Annahme, daß treffende Deutungen ihre größte Wirkung im Zusammenhang mit einem positiven Arbeitsbündnis haben, wurde jedoch bei dieser Untersuchung nicht bestätigt. Es ist zu vermuten, daß die Varianz der Arbeitsbeziehung in dieser Stichprobe der Penn-Studie zu gering war (Luborsky et al. 1988).

sich als vereinfachende Schablone erweisen, die besonders dem Anfänger helfen kann, den Wald nicht vor lauter Bäumen zu übersehen.

## **Kann man die eigenen Beziehungsmuster erkennen?**

Die Frage ist berechtigt, ob es ein bewußtes Wissen über die eigenen, schematisierten Beziehungsmuster gibt, oder ob wir uns in unserem Selbstbild täuschen und das Unbewußte nur hinter unserem Rücken operiert. Es liegt nahe, mit Hilfe eines ZBKT-Fragebogens mit Standardkategorien dieses verfügbare Wissen über unsere eigenen repetitiven Beziehungen zu untersuchen. Hier stehen wir und sind nun auf die engagierte Mitarbeit von neugierigen Psychotherapeuten angewiesen. Der im folgenden abgedruckte Fragebogen stellt einen Versuch dar. Um diesen Versuch gelingen zu lassen, ist es sinnvoll statt den 30 Standardkategorien eine vereinfachte, acht-dimensionale Lösung zu wählen. In vielen Untersuchungen der menschlichen Interaktion haben sich solche vereinfachten Dimensionierungen bewährt. Da das Ziel nicht die Reichhaltigkeit menschlicher Interaktion, sondern die Begrenztheit in der Wiederholung ist, dürfte sich der Versuch lohnen, die nachfolgende Selbsterfahrung zu erproben.

## **Beziehungen im Fokus**

Wenn Sie mit einem "Röntgen-Blick" Ihr persönliches Beziehungsmuster fokussieren wollen, folgen Sie dieser Arbeitsanweisung:

1. Die folgenden drei Listen enthalten je 8 Alternativen für die drei Komponenten der Zentralen Beziehungsmuster (ZBM): Es geht um Ihre Wünsche an andere (Liste W), deren Reaktionen darauf (Liste RO) und schließlich Ihre Reaktion wiederum auf die anderen (Liste RS). Bringen Sie zunächst jede der drei Listen in eine Rangfolge und zwar geordnet nach der subjektiven Bedeutsamkeit, die jede einzelne Kategorie für Sie im allgemeinen hat. Verwenden Sie bitte eine 8-stufige Skala:

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 1 = größte Bedeutung      | 5 = fünftgrößte Bedeutung  |
| 2 = zweitgrößte Bedeutung | 6 = sechstgrößte Bedeutung |
| 3 = drittgrößte Bedeutung | 7 = siebtgrößte Bedeutung  |
| 4 = viertgrößte Bedeutung | 8 = achtgrößte Bedeutung   |

Da Sie entscheiden sollen, welche Kategorie die größere und welche die geringere Bedeutung für Sie hat, dürfen Sie jede Zahl der Skala (1-8) nur einmal verwenden.

**Liste W: Wünsche, Absichten, Bedürfnisse**

**Ich will:**

- a. mich behaupten und unabhängig sein
- b. mich anderen widersetzen und andere verletzen und kontrollieren
- c. kontrolliert und verletzt werden und keine Verantwortung haben
- d. Abstand haben und Auseinandersetzungen vermeiden
- e. (anderen) nahe sein und andere annehmen
- f. geliebt und verstanden werden
- g. mich gut und wohl fühlen
- h. (Erfolg, Leistung) erreichen und anderen helfen

**Liste RO: Reaktionen des Objekts**

**Andere sind / tun:**

- a. stark
- b. kontrollieren mich
- c. bestürzt, aufgeregt, ärgerlich
- d. schlecht
- e. zurückweisend, gegen mich
- f. hilfreich
- g. mögen mich
- h. verstehen mich

**Liste RS: Reaktionen des Subjekts**

**Ich fühle mich / bin / tue / habe:**

- a. hilfreich
- b. unempfänglich und unaufgeschlossen
- c. respektiert und akzeptiert
- d. widersetze mich und verletze andere
- e. Selbstkontrolle und Selbstvertrauen
- f. hilflos

- g.** enttäuscht und deprimiert
- h.** ängstlich und beschämt

2. Tragen Sie dann in die Kästchen darunter von links nach rechts jeweils eine Buchstabenkombination ein, die Ihre drei bedeutsamsten Zentralen Beziehungsmuster (ZBM) beschreiben. Wählen Sie dazu pro Liste jeweils einen Buchstaben aus, und zwar so, daß die Buchstabenkombination einen für Sie persönlich "psychologisch stimmigen" Zusammenhang ergibt zwischen einem Wunsch von Ihnen, einer dazu passenden Reaktion des Objekts und einer Reaktion von Ihnen. Ordnen Sie wieder nach abnehmender Bedeutsamkeit.

**Meine ZBM lauten:**

**W-RO-RS**

(nach abnehmender Bedeutsamkeit)

1.

2.

3.

Was zeigen die "Röntgen-Aufnahmen" Ihrer Beziehungsmuster? Was erkennen Sie wieder? Was ist unscharf geblieben? Was ist gar nicht abgebildet worden?

Wenn Sie sich dieser mühevollen Aufgabe unterzogen haben, werden Sie mit uns der Auffassung sein, daß wir möglicherweise nicht von einem zentralen Beziehungskonflikt sprechen sollten, sondern statt dessen von zentralen Beziehungsmustern, von einer Pluralität konflikthafter Bedürfnisse und Wünsche und deren spannungsvoller Befriedigung bzw. Versagung in den Beziehungen zu wichtigen Beziehungspersonen (Dahlbender et al. 1992a).

## **Ausblick**

Nach diesem zugegebenermaßen engagierten Überblick über den Stand des ZBKT-Verfahrens, erweitern wir die Perspektive. Wir haben eine Methode vor uns, die sich aus dem komplexen interaktiven Therapiegeschehen einen Ausschnitt wählt, der aufgrund besonderer linguistisch beschreibbarer Regeln relativ interaktionsinvariant erscheint. Also doch, möchte man sagen, so bleibt die Luborskysche Empirie bei Freuds erster Übertragungsauffassung stehen. Ja und nein. Ja, insofern, als daß auch eine Reihe anderer Übertragungsforscher ihre Konzepte an der Invarianz, an

der Stabilität von Strukturen untersuchen. Die von Weiss u. Sampson (1986) entwickelte Methode des unbewußten Plans konstruiert in gleicher Weise, wenn auch mit anderer Vorgehensweise unbewußt festgeschriebene Erwartungsmuster, denen der Analytiker entweder entspricht - dann bestätigt sich die negative Erwartung - oder denen er sich durch Neutralität und Abstinenz zu entziehen vermag (Für eine Kritik s. Neudert et al. 1990). Teller u. Dahl (1986) skizzieren eine sog. Frame-Analyse, die ebenfalls strukturelle, änderungs-invariante Ablaufsequenzen zu erfassen sucht. Obwohl die Methode noch nicht endgültig stabilisiert ist (Hölzer et al. 1991), konnte Dahl bereits über eine Längsschnittstudie berichten, die an einem psychoanalytischen Prozeß die langsame Veränderungsrate der "frames" demonstriert, die nach Rapaport ein Kennzeichen der strukturellen Prozesse sind (Dahl 1991; Dahl u. Teller 1990).

Eine Mittelposition zwischen Übertragung als Struktur und Prozeß hält die von Horowitz beschriebene Methode der "configurational analysis" (Horowitz 1979, 1991), bei der Zustände erfaßt werden, die in jeweils unterschiedlichem Maße von den infantilen Wurzeln determiniert sind und zugleich adaptive Prozeßmodule darstellen. Eine überzeugende Demonstration dieser Methode an einem Fall gibt Fischer (1990).

Entschieden auf der Seite des prozessualen Geschehens steht die von Gill u. Hoffman (1982) vorgestellte Methode, die sich mit dem Erleben der therapeutischen Beziehung des Patienten befaßt, soweit dies als Widerstand gegen die Übertragung gefaßt werden kann. Mit dieser sehr subtilen Methode, die viel psychoanalytisches Geschick verlangt, läßt sich der Prozeß der Anspielung auf mögliche Übertragung nachzeichnen; ob sich eine stabile replizierbare Methode daraus entwickeln läßt, werden die Untersuchungen von Herold (1991) erst noch erweisen müssen.

Wer auf der Ulmer internationalen "Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse" 1985 die Konkurrenz zwischen Merton Gills PERT-Methode (Patient's experience of resisted aspect of transference), Hartvig Dahls Frame-Analysis und Lester Luborskys ZBKT erleben konnte (als Partisan referiert diesen Vergleich Luborsky 1988b), darf ruhig Goethe zitieren, er sei dabei gewesen, als die Schlacht begann. Entschieden ist sie noch nicht, aber die zentrale Frage der Übertragungstheorie, ob "narrative" oder "historische" Wahrheit, um Spence zu zitieren (1982) wird nicht mehr nur am Philosophentisch (Edelson 1988; Grünbaum 1984, 1987) entschieden.

Die Namen derer im vergleichenden Wettbewerb sind all denen, die in der Society for Psychotherapy Research mitarbeiten, vertraut; den anderen soll mit dieser Übersicht eine Botschaft übermittelt werden. Die psychodynamisch orientierte scientific community hat ihr klinisch hoch relevantes Forschungsprogramm gefunden. Allerdings ist es ein Wettstreit mit unterschiedlichen Erkenntnisinteressen für den Kliniker und den Forscher.

## Literatur

- Albani C (1992) Vom ZBKT zum ZBM: Eine methodenkritische Einzelfallstudie zur Erfassung von repetitiven Mustern und Übertragung mit der ZBKT-Methode. Med Dissertation, Universität Leipzig
- Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L (1990) A guide to the CCRT standard categories and their classification. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (eds) Understanding transference. Basic Books, New York, pp 37-50
- Bruner J (1986) Actual minds, possible worlds. Harvard Univ Press, Cambridge, MA
- Caspar F (1989) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern Stuttgart Toronto
- Dahl H (1991) The key to understanding change: Emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfilment. In: Safran J, Greenberg L (eds) Emotions, psychotherapy and change. Guilford, New York
- Dahl H, Teller V (1990) Characteristics and identification of frames. In: Miller N, Docherty J, Luborsky L (eds) Psychodynamic treatment research. Basis Books, New York
- Dahlbender R, Albani C, Pokorny D, Kächele H (1992a) Central relationship patterns (CRP). A structural version of the CCRT. Psychother Res (im Druck)
- Dahlbender R, Torres L, Reichert S, Stübner S, Frevert G, Kächele H (1992b) Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. Z Psychosom Med Psychoanal (im Druck)
- Dengler D (1990) Anwendung des zentralen Beziehungskonflikt-Themas auf Narrative von Dreijährigen und Suche nach Zusammenhängen mit der Fähigkeit zur Problemlösung. Med Dissertation, Universität Ulm
- Dengler D, Luborsky L, Faude J, Buchsbaum H, Emde R (in prep) The central relationship pattern in three year olds by the ZBKT method.
- Eckert R (1990) Das ZBKT bei depressiven Patienten. Med Dissertation, Universität Ulm
- Edelson M (1988) Psychoanalysis. A theory in crisis. University of Chicago Press, Chicago London
- Fischer G (1990) Widerspruch und Veränderung - ein dialektisches Modell der Veränderung im psychoanalytischen Prozeß
- Flader D, Giesecke M (1980) Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. In: Ehlich K (Hrsg) Erzählen im Alltag. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 209-262
- Freud S (1910) Über Psychoanalyse. GW Bd 8, S 1-60
- Freud S (1912) Zur Dynamik der Übertragung. GW Bd 8, S 363-374
- Freud S (1916-17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 11
- Freud S (1937) Die endliche und die unendliche Analyse. GW Bd 16, S 57-99
- Gill MM (1982) Analysis of transference. vol 1: Theory and technique. Int Univ Press, New York

- Gill MM (1984) Transference: A change in conception or only in emphasis? *Psychoanal Inquiry* 4 : 489-523
- Gill MM, Hoffman IZ (1982) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 30 : 137-167
- Grawe K (1982) Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten der Vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise und Behandlung psychischer Störungen. *Forschungsberichte Nr. 1-1986. Psychologisches Institut der Universität Bern*
- Grünbaum A (1984) *The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique.* Univ Calif Press, Berkeley Los Angeles London
- Grünbaum A (1987) *Psychoanalyse in wissenschaftstheoretischer Sicht. Zum Werk Sigmund Freuds und seiner Rezeption.* Universitätsverlag, Konstanz
- Grünzig H, Kächele H, Thomä H (1977) Zur Selbstdiagnostik und Vorbehandlung neurotischer Patienten. *Psychother Med Psychol* 27 : 35 - 42
- Herold G (1991) Das Beziehungserleben in Psychoanalysen (BIP). In: (Hrsg) Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse, Ulm
- Hölzer M, Dahl H, Kächele H (1991) A method for identifying frames. Vortrag auf dem Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Lyon
- Horowitz L, Rosenberg S, Baer A, Ureno G, Villasenor V (1988) Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 57 : 599-606
- Horowitz MJ (1979) *States of mind: Analysis of change in psychotherapy.* New York, London
- Horowitz M (1991) *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior.* Univ Chicago Press, Chicago
- Kächele H (1985) Was ist psychodynamische Kurztherapie. *Prax Psychother Psychosom* 30 : 119 - 127
- Kächele H, Albani C (1992) Zum Stand der Übertragungsforschung im Lichte der ZBKT-Methode - eine engagierte Besprechung von L. Luborsky u. P. Crits-Cristoph (1990) (in Vorb.)
- Kächele H, Dengler D, Eckert R, Schnekenburger S (1990) Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. *Psychother Med Psychol* 40 : 178-185
- Kächele H, Luborsky L, Thomä H (1988) Übertragung als Struktur und Verlaufsmuster - zwei Methoden zur Erfassung dieser Aspekte. In: Luborsky L, Kächele H (Hrsg) *Der zentrale Beziehungskonflikt- ein Arbeitsbuch.* PSZ-Verlag, Ulm, S 8-21
- Luborsky L (1977) Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In: Freedman N, Grand S (eds) *Communicative structures and psychic structures.* Plenum Press, New York, pp 367-395
- Luborsky L (1988a) *Einführung in die analytische Psychotherapie.* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

- Luborsky L (1988b) A comparison of three transference related measures. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 109-116
- Luborsky L, Albani C, Eckert R (1991) *Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen der Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe)*. Universität Ulm, Ulm
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) *Understanding transference*. Basic Books, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) *Who will benefit from psychotherapy?* Basic Books, New York
- Luborsky L, Kächele H (1988) *Der zentrale Beziehungskonflikt*. PSZ-Verlag, Ulm
- Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 2nd edn. Wiley, New York, pp 331-368
- Meichenbaum D, Gilmore JB (1984) The nature of unconscious process: A cognitive-behavioral perspective. In: Bowers K, Meichenbaum D (eds) *The unconscious re-considered*. Wiley, New York, pp 273-298
- Neudert L, Kächele H, Thomä H (1990) Der empirische Vergleich konkurrierender psychoanalytischer Behandlungstheorien. *PPmP-Diskjournal* 1:1
- Rosch E (1978) Principles of categorization. In: Rosch E, Lloyd H (eds) *Cognition and categorization*. Erlbaum, Hillsdale
- Rotmann J (1991) Die Übertragung - Das Kernstück der psychoanalytischen Therapie. In: *Studium Generale* (Hrsg), Universität Freiburg, Freiburg
- Schnekenburger S (1990) Die kontinuierliche Erhebung des zentralen Beziehungskonflikts über den gesamten Verlauf einer Kurztherapie. *Med Dissertation*, Universität Ulm
- Segal H (1974) *Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk*. Kindler, München
- Singer JL (1984) *Transference and the human condition: A cognitive-affective perspective*. Am Psychol Assoc, Toronto
- Spence DP (1982) *Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. Norton, New York
- Teller V, Dahl H (1986) The microstructure of free association. *J Am Psychoanal Assoc* 34 : 763-798
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1: Grundlagen*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Tomkins SS (1979) Script theory: Differential magnification of affects. In: Howe HE, Diensbier RA (eds) *Nebraska symposium on motivation*. Univ Nebraska Press, Nebraska Lincoln, pp 201-236
- Weiss J, Sampson H, Group at MZPR (1986) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. Guilford Press, New York

# **Beziehungen zwischen Anklammerung und Abstoßung**

Barbara Diepold

Mit ihrer 10jährigen Tochter kommen Eltern zu einem Erstgespräch. Aus dem Wartezimmer höre ich ein erregtes Streitgespräch zwischen Mutter und Tochter. Den Inhalt kann ich nicht verstehen, aber es umfängt mich eine haßerfüllte, erregte Atmosphäre. Die Mutter sagt vorwurfsvoll: "Wir haben Schwierigkeiten, miteinander auszukommen." Die Tochter ergänzt: "Alle mit allen." Darauf die Mutter: "Sie ist so unordentlich und laut." Diese erwidert: "Das ist doch jedes Kind."

Um zu verhindern, daß die Situation für die Tochter zum Tribunal wird, mache ich den Vorschlag, erst einmal mit ihr allein zu sprechen. Sie rutscht aber blitzschnell nahe an die Mutter heran, faßt ängstlich deren Arm und sagt: "Ich will nicht allein mitgehen, ihr sollt mitkommen und du sollst alles sagen."

Ich erlebe in dieser kurzen Interaktion im Wartezimmer die Beziehung zwischen Mutter und Tochter als emotional hoch aufgeladen. In dem Moment, als ich die Szene betrete, wird aus der anfänglichen Abstoßung ängstliche Anklammerung.

## **Kinder auf dem Weg zu ambivalenten Beziehungen**

In diesem Vortrag soll es um Kinder gehen, die in der Beziehung zu ihren Eltern zwischen Anklammerung und Abstoßung hin und herschwanken. Sie sind aufgrund ihrer Symptomatik, ihrer Ich-Entwicklung und ihrem Strukturniveau erwachsenen Borderlinepatienten ähnlich. Da es aber umstritten ist, ob man bereits bei Kindern mit der Diagnose "Borderline" arbeiten sollte, werde ich von "Kindern mit Borderlinerisiken" sprechen (vgl. Diepold 1992).

Ich möchte Entstehungsbedingungen und Merkmale solcher Risiken bei Kindern aufzeigen und sie mit Erkenntnissen der neueren empirischen Säuglingsforschung in Beziehung setzen. Danach soll die Bearbeitung in der psychoanalytischen Therapie aufgezeigt werden. Zur Konkretisierung meiner Ausführungen will ich auf das Anfangsbeispiel zurückgreifen. Dabei kann ich als

Kindertherapeutin die Anamnese meiner Patientin in der direkten Zusammenarbeit mit dem Kind und seinen Eltern und nicht wie ein Erwachsenentherapeut nur aus der Erinnerung seines Patienten erschließen.

Das Thema dieses Beitrags könnte die Vermutung nahelegen, daß ich mich mit der klassischen psychoanalytischen Entwicklungstheorie befassen wollte, <sup>1</sup> nach der sich das Kind über das Stadium des primären Narzißmus und der Symbiose zu einer allmählichen Loslösung bis hin zur Objektkonstanz bewegt. Nach diesem letzten Entwicklungsschritt etwa um das dritte Lebensjahr kann es ambivalente Beziehungen ertragen, d. h. Liebes- und Haßgefühle einem Menschen gegenüber gleichzeitig erleben. Spaltungsvorgänge, bei der gute und böse Aspekte eines Objektes voneinander getrennt werden, sind dieser Theorie nach ein normaler psychischer Vorgang im ersten Lebensjahr, der in der Regel überwunden wird. Nach der klassischen Theorie entwickelt sich der Mensch über eine kurze autistische Phase und ein Stadium der Ungetrenntheit mit dem Objekt hin zu Getrenntsein, Individualität und Autonomie.

Dieses Konzept ist anfechtbar, weil man normale Entwicklungsvorgänge mit Begriffen aus der psychoanalytischen Krankheitslehre beschrieben hat, wie z. B. Autismus, paranoide und depressive Position oder Spaltung, als lägen bei Säuglingen oder Kleinkindern die gleichen Bedingungen wie bei psychisch gestörten Erwachsenen vor, aus deren Behandlungen viele Erkenntnisse abgeleitet wurden. In diesem Zusammenhang wurde von Peterfreund (1978, S. 427) auf die Gefahren der "Adultomorphisierung" hingewiesen.

Neue Impulse für das Verständnis der Entwicklungsvorgänge kommen von der empirischen Säuglingsforschung, deren Untersuchungsgegenstand die Interaktionen des Säuglings mit seinen Pflegepersonen ist. Durch ungezählte Interaktionssequenzen zwischen Mutter und Kind finden Generalisierungen dieser Interaktionen statt, sie werden internalisiert und schließlich repräsentiert und führen zu immer komplexeren Organisationen. Man könnte einen Gegensatz zwischen der klassischen psychoanalytischen Theorie und der von der Säuglingsforschung beeinflussten psychoanalytischen Theorie postulieren: Bei der einen steht die Psyche in der Spannung zwischen Trieb und Abwehr, und bei der anderen ist die Psyche ein Ort der Interaktionen des Ich mit seinen Objekten.

Die empirische Säuglingsforschung (vgl. Emde 1991; Lichtenberg 1991; Stern 1985) erforscht mit Hilfe von Video- und Computertechnik in mikroanalytischen Experimenten die Interaktionen des Säuglings mit seinen Bezugspersonen. Wichtige Ergebnisse sind, daß der Säugling biologisch durch eine große Anzahl angeborener Muster für die Beziehungsaufnahme zu Menschen vorangepaßt ist und sich von Geburt an als ein aktives, gefühlshaftes und soziales Wesen zeigt. Die

---

1 Eine gute Übersicht über die klassische Theorie gibt Brenner in *Grundzüge der Psychoanalyse*, 1967.

Pflegepersonen können diese Muster deuten und sich entsprechend den Bedürfnissen des kleinen Kindes verhalten, wenn sie ihrer Intuition vertrauen. So passen die Interaktionen zwischen Säugling und Pflegepersonen immer besser zusammen (fit, match), verändern sich und bilden immer differenziertere Organisationsstrukturen.<sup>2</sup>

## **Entstehungsbedingungen von Borderlinerisiken bei Kindern**

Wie verläuft eine Entwicklung, die zu Borderlinerisiken führt? Man muß ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren annehmen, die an der Entstehung dieses Krankheitsbildes beteiligt sind. Auf der biologischen Ebene findet sich häufig eine Prädisposition, z. B. eine reduzierte Reizschwelle, die das Kind relativ schutzlos gegen eindringende akustische und visuelle Reize, aber auch gegen innere Reize wie Hunger oder sexuelle Empfindungen macht. Körperbehinderungen wie Blindheit oder Taubheit sind ein weiterer Risikofaktor, weil dadurch die orientierende Wahrnehmung der Umwelt erschwert ist. Auch minimale zerebrale Dysfunktionen (MCD) erhöhen das Risiko. Weitere ätiologische Faktoren sind traumatische Bedingungen im ersten und zweiten Lebensjahr. Die Traumata können Deprivation, schwere körperliche Erkrankungen verbunden mit heftigen Schmerzzuständen, frühe Trennungstraumata oder gestörte Beziehungen sein.

---

2 Stern entwickelte auf diesen Grundlagen eine Entwicklungstheorie des Selbst, die in vier Stadien verläuft (auftauchen des Selbst, Kern-Selbst, subjektives Selbst, verbales Selbst). In jedem Stadium zeigt das Kind neue Fähigkeiten, die durch biologische Reifungsschritte und Veränderungen in den Interaktionen hervorgerufen werden. Auf der Stufe des subjektiven Selbst erlebt der Säugling, daß er seine affektiven inneren Zustände mit seinen Pflegepersonen teilen kann. Zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat werden Objekte und Handlungen durch die Sprache symbolisch repräsentiert, und es entsteht neben der ersten globalen, nonverbalen und amodalen Erfahrung eine zweite Form interpersoneller Erfahrung: Erleben kann jetzt in Worte gefaßt und auf diesem Wege mit anderen geteilt werden. Der Säugling entwickelt, ein hergehend mit einem Gefühl wachsender Autonomie, ein zunehmendes Gefühl sozialer Verbundenheit, das von Emde als "Wir - Gefühl" bezeichnet wird.

## **Merkmale von Kindern mit Borderlinerisiken**

Die Kinder zeigen eine Vielfalt neurotischer Symptome. Der Grad ihrer Strukturentwicklung ist unterschiedlich, je nachdem, ob sie sich mehr am neurotischen Rand der Skala oder an deren psychotischem Rand befinden. Es überwiegt heftige Aggression und stört die Kohärenz der libidinösen Entwicklung. Triebimpulse werden direkt ausgelebt, entweder über den Körper in psychosomatischen Erscheinungen oder in ausufernden Phantasien. Die erhöhte Aggressivität hat Auswirkungen auf die Abwehrformation des Ich. Es überwiegt die Abwehr durch Spaltung, bei der gute und böse Objektbilder voneinander getrennt gehalten werden. Daneben wehren die Kinder durch Projektion, projektive Identifikation, Entwertung, Idealisierung und Verleugnung ab. Die Objektbeziehungen befinden sich auf bedürfnisbefriedigendem Niveau und sind in sich gespalten. Um angesichts der meist defizitären realen Beziehungen ein ideales Objekt bei sich zu haben, entwickeln die Kinder ein übermäßiges Phantasieleben. Die Realitätsprüfung ist eingeschränkt. Sie leiden unter intensiven Ängsten vor Vernichtung, Verschmelzung, Zerstückelung. Die Symbolfunktion ist in ihrer Entwicklung gestört. Häufig sind diese Defizite durch die Entwicklung eines falschen Selbst kompensiert, das ihnen eine Pseudoanpassung ermöglicht. Insgesamt kommt es zu einem raschen Wechsel des Funktionsniveaus des Ich, bei dem sie sich in einem Augenblick altersgerecht verhalten und im nächsten Moment auf eine frühere Stufe ihrer Entwicklung zurückfallen. Bürgin (1988, S. 21) faßt zusammen, daß es im Grenzbereich zwischen Psychosen und Neurosen eine Koexistenz von Strukturen gebe, und daß man neurotische und psychotische Erkrankungen finde sowie Charakterstörungen und Deprivationen mit einem "präpsychotischen Persönlichkeitskern".

Ich möchte jetzt unser Augenmerk auf einen der genannten Bedingungsfaktoren richten: Die gestörten Beziehungen und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Borderlinerisiken. Dazu werde ich zu meinem Anfangsbeispiel zurückkehren. Sie erinnern sich an die Szene im Wartezimmer, in der Mutter und Tochter in einer Macht-Ohnmacht-Beziehung miteinander verstrickt waren, die durch Spaltungsphänomene ihre Brisanz bekam. Sie konnten sich nicht in der Gewißheit voneinander trennen, daß letztlich die guten Beziehungsanteile die bösen überwiegen würden, und mußten sich deshalb aneinander anklammern. Wie sah die Lebensgeschichte von Ruth aus?

Aus der Säuglingszeit berichtete die Mutter, daß der zwei Jahre ältere Bruder all ihre Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen habe und sie sich nicht auf ein zweites Kind, besonders aber auf ein Mädchen, habe einstellen können. Sie habe Ruth als lästig erlebt und sie eigentlich immer nur gehaßt. Unter starken Schuldgefühlen berichtete

sie, daß sie Ruth als Säugling ständig habe schreien lassen. Ihre Überlastung sei so stark gewesen, daß sie das 6 Monate alte Baby für ein Vierteljahr zu ihrer alkoholkranken Mutter gegeben habe. Als Ruth wieder zu Hause war, habe sie vier Wochen lang nicht mehr gelacht. Ruth hat häufig an Erkältungskrankheiten gelitten und war sehr aggressiv: Als kleines Kind habe sie Blumen die Köpfe abgerissen und häufig mit Papier die Toilette verstopft. Sie ist mehrmals mit Suiziddrohungen von zuhause fortgelaufen. Als Ruth 2 Jahre alt war, starb der Bruder der Mutter plötzlich nach einem Unfall. Darauf reagierte diese mit einer schweren, langanhaltenden Depression. Als Ruth 4 Jahre alt war, wurde noch ein Bruder geboren. Auf beide Brüder war sie außerordentlich eifersüchtig.

Die Eltern schilderten die Beziehung zwischen Ruth und ihrer Mutter als sehr schlecht. Der Vater habe sich insgesamt besser auf sie einstellen können, sich aber deutlich von ihr distanziert, als sie mit etwa 5 Jahren zu verführerisch wurde. Im übrigen sei er so in seinem Beruf engagiert gewesen, daß er kaum zu Hause war.<sup>3</sup>

## Säuglingsforschung und Borderlinerisiken

Welche Erkenntnisse bietet die Säuglingsforschung, aus den Informationen der Erstinterviewszene und der Genese von Ruth die Entstehung von Borderlinerisiken besser zu verstehen (s. dazu Lichtenberg 1990, S. 871-901)?

In der Säuglingsforschung werden Muster sich ständig wiederholender Beziehungen untersucht, in denen es zu immer besserer Abstimmung zwischen Mutter und Säugling kommt. Dabei spielt die Vordergrund- und Hintergrunddimension eine entscheidende Rolle. Wenn die Hintergrundatmosphäre zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson überwiegend harmonisch ist, können Spannungen ausgeglichen werden, die durch Höhen und Tiefen im Vordergrund entstehen. Die Erstinterviewszene zeigt uns im Vordergrund die aggressive Stimmung zwischen Ruth und ihrer Mutter. Bei dem Versuch, die Hintergrundatmosphäre aus der Anamnese zu erschließen, erfahren wir, daß die Mutter Ruth als einen Eindringling erlebt hat, der die Harmonie mit ihrem Sohn störte. Auf dem Hintergrund ihres Hasses und der Depression nach dem Tod ihres Bruders wird Ruths Mutter nicht über Verhaltensmuster verfügt haben, um ihre Tochter bei Kummer zu beruhigen oder in Wachphasen zu stimulieren. Sie wird vermutlich eher wie in der Erstinterviewsituation ungeduldig und gereizt auf Ruth

---

3 Prädisponierend waren bei Ruth die Depression bei beiden Eltern und die Alkoholsucht, die häufigen körperlichen Erkrankungen mit Schmerzzuständen in der Kleinkindzeit, das Trennungstrauma und die problematische emotionale Beziehung zur Mutter.

reagiert haben, wenn sie nicht überhaupt emotional völlig abwesend war, sodaß sich keine harmonische Hintergrundatmosphäre einstellen konnte. Eine Insel positiver Erfahrung bot sich offenbar mit dem Vater.

Lichtenberg (1990, S. 876 f.) zieht eine Parallele zwischen den negativen Hintergrundbeziehungen bei Säuglingen zu den raschen Umschwüngen von ruhiger Zugewandtheit zu reizbarer Bosheit bei den Borderlinepersönlichkeiten. Er äußert die Vermutung, daß durch die Kontinuität einer stabilen psychoanalytischen Beziehung eine neue und stabilere Hintergrunderfahrung geschaffen werden könnte. Darauf will ich später zurückkommen.

Säuglinge erleben drei unterschiedliche Arten von Spannungszuständen: niedrige Spannung im Zustand ruhiger Wachheit, mäßige Spannung im Zustand wacher Aufmerksamkeit und hohe Spannung im Zustand von Schreien. Informationsverarbeitung geschieht nur bei wacher Aufmerksamkeit, wenn der Säugling und die Mutter locker und entspannt sind. Bei hoher Spannung können nur geringe Informationen verarbeitet werden.<sup>4</sup> In der Regel überwiegen bei einem gesunden Säugling die Momente niedriger oder mäßiger Spannung, und er wird in der regelmäßigen Abfolge der Interaktionen seine Welt als eine Einheit erleben und dieses Gefühl auch nicht in den gelegentlichen Zuständen von Hochspannung verlieren (Lichtenberg 1990, S. 877 f.). Anders dagegen erleben es Säuglinge, die durch Krankheit, dauerhafte Schmerzzustände oder mangelhafte Bemutterung übermäßig viel Hochspannung erleben müssen. Hier fehlt das aufeinander Eingestimmtsein zwischen Säugling und Mutter, weil die integrativen Fähigkeiten des Kindes durch zuviel Hochspannung überwältigt werden. Es kann sich kein Urvertrauen entwickeln, sondern es kommt zu einer Spaltung in Gut und Böse. Dann wird das aversive System des Kindes mit Gefühlen von Unlust und Wut aktiviert und sein Angriffsverhalten herausgefordert (Parens 1979).

Ruths Aggressionspotential schien in ständiger Aktionsbereitschaft zu sein, denn sie wirkte immer auf Kampf eingestellt. Sie zeigte in ihrem Verhalten die für Borderlinepatienten typische anklammernde Reizbarkeit, die bei zu viel Nähe in Abstoßung umschlug. Sie suchte nach solchen Zuständen hoher Spannung, weil ihre Erfahrungen von Kompetenzlust und zwischenmenschlichen Beziehungen in Zuständen mäßiger Spannung unbefriedigend waren. Diese Hochspannung stellte sie durch ständigen Kampf oder durch ein hysterisch anmutendes, aufreizendes Verhalten her. Wie sich später zeigen sollte, verbarg sich dahinter eine Depression mit Zuständen von innerer Leere und Inaktivität, wie sich in wiederholtem Weglaufen mit Suiziddrohungen im Laufe ihrer Kindheit gezeigt hatte.

Ab der Mitte des 2. Lebensjahres wird Selbstbehauptung im Leben des Kleinkindes wichtig. Das Kind möchte sich als Urheber seiner Aktionen erleben. Es muß diese Bedürfnisse regulieren und mit den z. T. unterschiedlichen

---

4 Dieser Aspekt erscheint mir wichtig in Hinsicht auf die Entstehung von Lernstörungen.

Bedürfnissen der Eltern in Übereinstimmung bringen. In der Regel werden Eltern sich sensibel darauf einstellen und ihren Kindern die Erprobung ihrer Selbstbehauptung ermöglichen, ohne zu häufig Machtproben zu provozieren. In Ruths Entwicklung war das nicht möglich, weil die Mutter Anteile ihres negativen Selbst auf Ruth projizierte und in ihren Aktionen aggressive Aktionen gegen sich erlebte. Ruth konnte daher nicht ein Gefühl ihres Selbst als Urheber erleben, sondern sie erlebte stattdessen Scham und Demütigung.

Die Bedeutung traumatischer Trennungserlebnisse in der Säuglingszeit ist bekannt. Ruth kam mit 6 Monaten zur alkoholkranken Großmutter. In diesem Alter hat sie sich die Trennung von Eltern und Bruder noch nicht mit Hilfe eines inneren Bildes erleichtern können, dazu ist ein Kleinkind erst mit etwa 18 - 24 Monaten in der Lage. Nicht nur diese plötzliche Trennung, sondern auch die Abhängigkeit von der süchtigen Großmutter wird ihre Integrationsfähigkeit bei weitem überfordert haben.

In den ersten Lebensmonaten entsteht eine Zeichen-Signal-Kommunikation zwischen Mutter und Kind - ein sog. intermediäres Stadium des Informationsaustausches. Der Säugling nimmt Informationen aus Wahrnehmungsreizen auf, die ganz bestimmte Aktions-Reaktionsmuster auslösen: z. B. bewegt er sich, wenn jemand zu ihm spricht, im Rhythmus der Sprache mit. Seine Aktionen sind abhängig von der wohlwollenden mimischen Unterstützung der Mutter, wie das bekannte, oft zitierte Experiment von Emde (1981) zeigt, bei dem man Kleinkinder auf einen Tisch mit einer scheinbaren Vertiefung legte, über den sie zur Mutter krabbeln sollten. Sie trauten sich nur über die optische Klippe hinweg, wenn die Mutter ihnen ermunternd zunickte. Schaute sie leer, dann blieben die Kinder an ihrem Platz und fingen an zu weinen. Der Gesichtsausdruck der Mutter lieferte diesen Kindern also in ängstiger Situation wichtige Informationen. In diesem Zusammenhang wird das anklammernde und abstoßende Verhalten von Ruth verständlich. Nicht sie, sondern der Bruder wird von der Mutter aufmunternde Signale wie die Babys in Emdes Experiment bekommen haben, Ruth wird meistens auf sich selbst, ihre Ängste und ihre reaktive Aggression zurückgeworfen gewesen sein.

Soweit zu den Parallelen, die sich aus den Ergebnissen der Säuglingsforschung und dem Wissen über Persönlichkeitsstörungen ergeben. Lichtenberg (1990) bezieht sich in seiner Arbeit auf erwachsene Borderlinepatienten. Er warnt davor, von Ergebnissen der Säuglingsforschung direkt auf klinische Beobachtungen zu schließen, weil auf jeder Entwicklungsstufe die Möglichkeit bestehe, frühererworbene Entwicklungsmuster in Richtung auf Krankheit oder Gesundheit hin zu verän-

dem.<sup>5</sup> Aber Kinder leben noch mit ihren primären Bezugspersonen zusammen, so daß man vermuten kann, daß sich die Beziehungsmuster aus der ersten Lebenszeit weitgehend erhalten haben. Mir scheint, daß die Ergebnisse der Säuglingsforschung für die Arbeit mit Kindern besondere Relevanz haben, weil man es hier mit den ursprünglichen Beziehungskonstellationen des Patienten zu tun hat und als Therapeut selbst ein Teil dieses Beziehungsgefüges wird. Das Wissen um Vordergrund- und Hintergrund, um die verschiedenen Spannungszustände, um Selbstbehauptungs- und Aversionssystem, um Separation, Zeichen-Signal-Kommunikation und das intermediäre Stadium des Informationsaustausches helfen in meiner Erfahrung, die aktuelle Übertragungs-Gegenübertragungssituation in der analytischen Therapie besser zu verstehen und zu handhaben.

## Therapeutische Arbeit

Wie können Kinder mit Borderlinerisiken ihre Beziehungsstörungen in der Therapie soweit bearbeiten, daß sie das Stadium der Objektkonstanz erreichen und die Spannung ambivalenter Gefühle anderen Menschen gegenüber ertragen können? Ich will das anhand einiger Vignetten aus Ruths Therapie aufzeigen.

Sie malte in der ersten Stunde ein Bild, das mir die Bedeutsamkeit eines Initialtraumes zu haben schien, weil es wie ein Entwurf ihrer Therapie war. Es zeigte einen riesigen Fisch mit Flossen und fünf Beinen. Ein kleiner Fisch schwamm in sein weit aufgerissenes Maul hinein. In die rechte untere Bildecke hatte sie eine winzige menschenähnliche Figur gemalt. Mir schien dieses Bild auf Größenvorstellungen und Kleinheitsgefühle, auf Angst vor Verschlungenwerden und eigene verschlingende Impulse hinzuweisen. Ruth hatte die Frage nach ihrem Selbst gestellt und damit die Identitätsfrage aufgeworfen.

Sie war in den ersten Behandlungsstunden sehr motiviert und hatte Leidensdruck wegen ihrer Kontaktprobleme. Mit zunehmender Regression lockerte sich diese Abwehr und Ruth wurde aggressiver. Sie sagte, "ich bin keine Königin, die Dir befiehlt", aber sie befahl ständig, schimpfte, weil ich ihre Befehle nicht richtig verstand und erweckte in mir ein Gefühl der Nichtwürdigkeit und Verzweiflung, weil ich ihr nicht gerecht werden konnte. Sie wütete gegen mich und stieß mich ab. Ihre anfängliche Motivation zur Zusammenarbeit war einer aggressiven Mißstimmung gewichen. Aber hin und wieder

---

5 Die Möglichkeit der Veränderung bietet sich für Kinder z. B. in der Latenzzeit, weil sich durch die beginnende Schulpflicht die Beziehungen ausweiten und die Peers wichtige Interaktionspartner werden. Auch in der Adoleszenz besteht wegen der Umstrukturierung dazu eine Chance.

hatte die Übertragung auch idealisierende Seiten, sie sagte: "Deine Kinder müssen es gut haben, die haben eine Mutter, die das studiert hat." Als ich darauf erwiderte, "du bist ganz unzufrieden mit deiner Situation," sagte sie, "Na klar, deine Kinder haben es viel, viel besser."

In der Übertragung zu mir hatte sie die Beziehung zu ihrer Mutter wiederhergestellt, indem sie auch in Bezug auf mich gute und böse Objektanteile voneinander getrennt hielt. Sie erzeugte ständig Zustände von Hochspannung mit heftigen Aggressionen und schien immer auf Kampf eingestellt zu sein. Sie spielte u. a. auch ein Spiel, das sie, wie die Mutter im Elterngespräch berichtete, als 3jährige häufig zu Hause gespielt hatte. In diesem Spiel mit dem Puppenhaus lebte ein Mädchen in verzweifelter Situation in seiner Familie. Sie war im Spiel dieses Mädchen und stieß die Mutterpuppe unzählige Male mit heftigen Affekten vom Dach auf die Erde hinab.

Die Dramatik der Situation steigerte sich, als Ruth in der Schule ankündigte, daß sie sich vor ein Auto werfen würde, weil das Leben für sie keinen Sinn mehr hätte. Heftige Gegenübertragungsgefühle mit Ängsten, Sorge und Wut waren bei mir die Folge. In den darauffolgenden Stunden breitete sich Leblosigkeit aus, und über einen längeren Zeitraum hin wurden depressive Gefühle durchgearbeitet bis hin zu einem Tiefpunkt, der gleichzeitig ein Wendepunkt wurde. Sie verkroch sich mit einem Buch in die hinterste Ecke des Zimmers in ein Kasperhaus, sodaß wir uns nicht sehen konnten. Sie sagte nichts und reagierte auch auf keines meiner verbalen Kontaktangebote, sondern hatte die Beziehung völlig abgebrochen. Ich spürte Wut, Verzweiflung und totale Vereinsamung. Ich sagte: "Ruth, ich denke, daß da schlimme Gefühle sein müssen, die jetzt nicht herauskommen dürfen, wenn du so lange so weit weg von mir bist." Aber sie war mit Worten nicht zu erreichen, und so versuchte ich schließlich, meine Gefühle in einem Bild auszudrücken. Als sie hörte, daß ich Farbe und Pinsel benutzte, wurde sie neugierig, kam und schaute mir zu. Ganz erstaunt sagte sie nach längerer Zeit stummen Zusehens: "Das Kind weint ja, ... und da ist eine Mutter. Ob die das Kind lieb hat?" Ich sagte darauf: "Ich finde, das sieht so aus."

Was war in dieser Stunde geschehen? Ich hatte mich von ihren depressiven Gefühlen anrühren, aber nicht völlig lähmen lassen, sondern hatte meinen Gefühlen beim Malen Ausdruck gegeben. Damit hatte ich gezeigt, daß ihre verzweifelten und aggressiven Gefühle mich nicht zerstört hatten. Das hat ihr offenbar den Weg in die Beziehung zu mir ermöglicht. In einem Zwischenbereich von Kreativität (Winnicott 1971) war etwas Neues entstanden, das sich nicht über verbalen Ausdruck vermittelt hatte.

Es setzte jetzt eine Entwicklung ein, die ich wie einen Neubeginn im Sinne Balints (Balint 1932) erlebte. Sie knallte mir mit einem Spielzeuggewehr heftig in die Ohren und sagte: "Kannst du meine Sprache überhaupt verstehen?" Sie wollte mir wohl damit sagen, daß sie über eine eigene Sprache verfügte und schien damit, wie sich in der nachfolgenden Sequenz zeigte, die Ebene der Zeichen-Signal-Kommunikation zu meinen. Nachdem ich ihr bestätigt hatte, daß ich sie bisher oft wirklich nicht verstanden hatte, "sprach" sie durch eine Spielhandlung, indem sie Wasser, Zucker und Schmelzflocken

zu einem Brei verrührte. Sie war begeistert, "guck mal, wie die Flocken verschmelzen, das hab ich ganz selber gemacht, zu Hause will ich das auch mal machen, aber da haben wir nicht solche Flocken." Sie wollte, daß ich diesen Brei mit ihr gemeinsam aß, und zwar abwechselnd von einer Gabel. Ich hatte dabei Assoziationen an ein "Versöhnungsmahl". Weil ihr dabei die Vereinigung der verschiedenen Bestandteile zu einem Brei so wichtig gewesen waren, überlegte ich, ob sie mir auf der Symbolebene in dieser Spielhandlung auch die Überwindung der Spaltung mit der Vereinigung von Gut und Böse mitteilen wollte.

Um Abgrenzung und Autonomie ging es im letzten Teil der Therapie, nicht mehr um Abstoßung. Offenbar mußte Ruth immer wieder prüfen, ob ich ihren zerstörerischen Impulsen standhalten könnte. Aber ich hatte inzwischen verstanden, was Winnicott beschreibt, wenn er sagt, daß ein Kind sein Objekt erst einmal zerstören muß, bevor es seine Unversehrtheit wahrnehmen und von ihm profitieren kann (Winnicott 1971, S. . 105). Einmal sollte ich hinter ihr hergehen und sie festhalten. Sie versteckte sich aber, so daß es mir nicht gelingen konnte, und sie sagte: "Wenn du mir zu nahe kommst, dann piek ich dich." Ich antwortete: "Ich bin dir in der Therapie öfter zu nahe gekommen mit dem, was ich gesagt habe. Jetzt verstehen wir das besser, und du zeigst mir den richtigen Abstand." Sie nahm darauf einen Stock und hielt ihn mir entgegen. Ich steckte meine Hand nach dem Stock aus, und sie kam mir ganz langsam und vorsichtig, Zentimeter für Zentimeter mit dem Stock entgegen und berührte vorsichtig meine Hand. Sie zählte bis fünf und zog den Stock wieder weg. Dann kam sie mir wieder entgegen und zählte bis zehn, und schließlich hielt die Verbindung zwischen uns so lange, wie ihr Atem bei einem tiefen Atemzug reichte. Wir hielten den Stock zwischen uns, und so schritt sie dann mit mir in einer fast feierlichen Prozession durch das Haus, den Garten und auf die Straße. Mir schien, als ob sie ihre inneren Veränderungen und die Veränderungen in unserer Beziehung auch nach außen zeigen wollte.

Das zur Verfügung stehende Stundenkontingent ging zu Ende, und deshalb mußten wir besprechen, ob noch einmal eine Verlängerung beantragt werden oder ob die Therapie zu Ende gehen sollte. Spontan sagte sie, daß sie aufhören wollte, weil sie jetzt Freundinnen hätte, sich mit ihrer Mutter besser verstünde und die Zeit lieber zum Spielen haben wollte. Ich war enttäuscht über dieses unerwartet rasche Ende der Zusammenarbeit und hatte Sorge, ob das vielleicht eine "defensive Flucht in die Gesundheit" (Kohut 1979) wäre. Nachdem ich aber meine eigene Gegenübertragung bezüglich meiner Trennung von ihr bearbeitet hatte, konnte ich ihrem Gefühl der neu erworbenen Beziehungsmöglichkeiten trauen, so daß die Trennung analytisch bearbeitet werden konnte. Aber trotz ihrer spontanen Aussage konnte sie sich nicht für oder gegen das Therapieende entscheiden. Sie erbat eine Therapiepause von vier Wochen als eine Trennung auf Probe. Danach war sie froh, wieder dazusein und konnte immer noch keine Entscheidung treffen. Sie wollte gehen und gleichzeitig bleiben. Aber die Stunden gingen dem Ende zu und ich sagte zu ihr, "du schiebst die Entscheidung so lange vor dir her, sicher, weil der Abschied schwer ist. Mir geht das auch so, aber wir müssen eine

Entscheidung fällen. Drei Stunden sind noch da." Darauf reagierte sie erschreckt, "das ist doch schwer, jetzt so schnell aufzuhören, oder was meinst du? Das ist traurig und schön. Schön ist, daß ich dann mehr Zeit zum Spielen habe und traurig, daß ich dann nie wieder hierherkommen kann."

Sie konnte jetzt die Spannung so gegensätzlicher Gefühle wie Freude und Trauer in Bezug auf die Trennung von mir aushalten. Sie löste die Ambivalenz schließlich mit traurigen Gefühlen, und wir beendeten die Therapie. Ich konnte sie im Zutrauen auf ihre neugewonnenen Fähigkeiten gehen lassen, weil sie den Anschluß an ihre altersentsprechende Entwicklung erreicht hatte, was nach Anna Freud das Hauptziel der Kinderanalyse ist (A. Freud 1971, S. 203).

## Schlußbemerkung

Ich habe den Weg eines frühgestörten Kindes zu Objektkonstanz und ambivalenten Beziehungen im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung auf dem Hintergrund neuerer Erkenntnisse aus der empirischen Säuglingsforschung aufgezeigt.

Diese Einzelerfahrung kann man nicht einfach verallgemeinern, denn die Therapieverläufe von Kindern mit Borderlinerisiken unterscheiden sich. Bei einem schwer deprivierten Kind z. B. bestand das Durcharbeiten der Depression in der Beschäftigung mit Märchen von Stiefmüttern und Stiefkindern, und es ging dabei nicht nur um seine primären Erfahrungen, sondern auch um seine aktuell verzweifelte Situation in seiner Pflegefamilie. Ein anderer, schwer psychosomatisch kranker Junge mit Borderlinerisiken arbeitete sich in der analytischen Therapie durch seine narzißtischen Phantasien: Zuerst war er Gott, dann Supermann, dann der beste Fußballverein der Welt, bis er es wagen konnte, sich auf realistische Interaktionen mit mir einzulassen und dabei die Gefahr einzugehen, auch einmal im Spiel zu unterliegen.

Aber bei all diesen unterschiedlichen Verläufen, denen ich andere hinzufügen könnte, bleibt doch das Ziel gleich, nämlich die Beziehungsfähigkeit wiederherzustellen. Dazu muß man sich in die innere Welt des Kindes mit den ihr eigenen Phantasien und Ängsten begeben.<sup>6</sup> Die Ängste dieser Kinder sind heftig, weil die innere Welt voller Katastrophen, Morde, und Quälereien ist, und man gerät als Therapeut häufig in eine Verfolgerrolle, die beim Kind heftige Aggressionen in

---

<sup>6</sup> Bei Kindern mit Borderline-Risiken ergeben sich Fallstricke auf diesem Weg durch die heftigen Aggressionen, die rasch wechselnden Beziehungsebenen, die wechselnden Gefühlszustände, die durch die Spaltung ausgelöst werden, und die Gegenübertragungsgefühle.

Gang setzt. Deshalb ist ein sicherer äußerer Rahmen mit regelmäßigen Stunden und deutlichen Absprachen über Regeln und Grenzen nötig. Das gibt dem Kind genug Sicherheit, sich mit dem Therapeuten zusammen auf den Weg in die inneren Gefahren zu begeben.

Die Arbeit mit den Eltern wird manchmal dadurch erschwert, daß man in ihnen die "Verursacher" der Krankheit sieht und sich als der bessere Elternteil erlebt. Stattdessen wäre eine von Schuldgefühlsdruck entlastende Haltung wichtig. Wenn es gelingt, in ihrer eigenen Genese Ursachen für den entgleisten Dialog mit dem Kind aufzuspüren, dann gibt es in meiner Erfahrung spürbare Erleichterung in den Familienbeziehungen.

Als Therapeut sollte man seine eigenen frühen Defizite durchgearbeitet haben, sollte sich der Gefahr der "Infizierung" am Kind bewußt sein und die Möglichkeit zur Supervision nutzen. Da man in diesen Behandlungen einem schnellen Wechsel von Idealisierung und Entwertung ausgesetzt ist, kann man sonst leicht mit emotionalem Rückzug reagieren oder der Gefahr erliegen, latente Allmachts-erwartungen zu entwickeln. Oder man kann in einem Akt von Gegenaggression versuchen, das Kind abzustößen. Gefühle von Angst und Haß in Beziehungen müssen dem eigenen Erleben zugänglich sein.

Um diese Kinder besser zu verstehen, arbeite ich zur Zeit an einer empirischen Untersuchung, die genauere Aufschlüsse in Hinsicht auf Ätiologie und Differentialdiagnostik geben soll. Durch die freundliche Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen habe ich z. Z. 140 Fragebögen zurückerhalten und hoffe, zum Thema Borderline bei Kindern generalisierbare, auf einer breiten Grundlage basierende Ergebnisse zu erhalten, die auch für die Therapie von Bedeutung sein könnten.

Wenn man in der Therapie mit dem Kind eine Beziehung herstellen kann, in der der Therapeut ein verwendbares Objekt im Sinne Winnicotts wird, dann kann es seine pathologischen Beziehungsmuster der Anklammerung und Abstoßung schließlich aufgeben. An die Stelle tritt Ambivalenz, bei der das Kind so unterschiedliche Gefühlsqualitäten wie die mit Anklammerung und Abstoßung verbundenen in seinem Inneren aushalten kann. Dann muß es sie nicht mehr mit seinen Bezugspersonen agieren, denn sein Ich ist stark genug geworden, die damit verbundene Spannung auszuhalten.

## Literatur

- Balint M (1932) Charakteranalyse und Neubeginn. In: Balint M (Hrsg) (1966) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart, S 187-202
- Brenner Ch (1967) Grundzüge der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt aM
- Bürgin D (1988) Der therapeutische Dialog mit dem Grenzfallkind. In: Klosinski G (Hrsg) Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen. Huber, Bern Stuttgart Toronto, S 21-50
- Diepold B (1992) Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 41 : 207-214
- Emde RN (1991) Die endliche und die unendliche Entwicklung, Teil 1. Psyche 45 : 745-779
- Freud A (1971) Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Klett, Stuttgart
- Kohut H (1979) Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Lichtenberg JD (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Lichtenberg JD (1990) Klinische Relevanz der Säuglingsbeobachtung für die Behandlung von narzißtischen und Borderline-Störungen. Psyche 44 : 872-901
- Parens H. (1979) The development of aggression in early childhood. Aronson, New York
- Peterfreund E (1978) Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy. Int J Psychoanal 59 : 427-441
- Stern D (1985) The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York
- Winnicott D W (1971) Vom Spiel zur Kreativität. Klett, Stuttgart

# **Beziehungen in Cliques und Banden**

Heinfried Duncker und Gerhard Müller

Im Verlauf der stationären psychotherapeutischen Behandlung von Borderlinepatienten im Maßregelvollzug beobachten wir wiederholte und intensive identifikatorische Gruppenprozesse, die sowohl in die Richtung therapiefördernder Positionen drängen, aber auch im Bereich der therapieablehnenden, eher subkulturell geformten Gruppenprozesse angesiedelt sind. In dem Bereich eines stationären Behandlungssettings, in dem ausreichend kleine therapeutisch strukturierte Wohngruppen ein Umfeld für eine Basistherapie darstellen, müssen derartige Gruppenprozesse eine besondere Beobachtung und Interpretation finden. Sie verweisen nach unseren Erfahrungen auf erste Reinszenierungen von Konfliktsituationen in der Adoleszenz und stehen auch dort mit den Gruppenerfahrungen in direktem Zusammenhang.

## **Kriminelle Identifikationsprozesse und Reinszenierungen in der Therapie**

Zum besseren Verständnis des klinischen Geschehens muß das Umfeld der Behandlung kurz beschrieben werden. Das Westfälische Therapiezentrum in Marsberg ist eine Einrichtung, die es sich zur Aufgabe gestellt hat, tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Verfahren Patienten des Maßregelvollzugs anzubieten. Auf der Rechtsgrundlage des § 64 StGB werden Straftäter aufgenommen, bei denen ein direkter Zusammenhang zwischen Suchtmittelabhängigkeit oder -abusus, Straftaten und einer pathologischen Persönlichkeitsstruktur besteht. Hierbei unterscheiden wir nicht zwischen Abhängigen von legalen oder illegalen Rauschmitteln. Die Betonung in der Behandlung vernachlässigt nicht die auch notwendige Abstinenz; ihr Hauptziel ist aber die Bearbeitung der Mißbrauchssituation und der der kriminellen Entwicklung zugrundeliegenden pathologischen Persönlichkeitsstruktur, die wir in Anlehnung an Bergeret (1975) als Grenzorganisation bezeichnen werden.

Es geht uns also darum, diesen Patienten, die diagnostisch größtenteils im Bereich eines mittleren bzw. niederen Strukturniveaus angesiedelt sind, ein stationäres Setting sozio- und millieuthapeutischer Gestaltung anzubieten, in dem über die bekannten Möglichkeiten von Holdingfunktion, Containment und "Good Mothering" eine Ich-Reifung im Realraum versucht werden soll (Goudsmit 1986). Für die betreuten 46 Patienten stehen uns 6 Wohngruppen zur Verfügung, für jeweils 6 bis 10 Patienten, die jeweils von einem konstanten Betreuersteam von ungefähr 7 Krankenpflegern und Erziehern betreut werden, die für den Bereich der Ausgestaltung des täglichen Lebens verantwortlich sind. Daneben stehen acht Ärzte, Pädagogen und Sozialarbeiter mit abgeschlossener oder fast abgeschlossener psychotherapeutischer Zusatzausbildung für den Bereich der Psychotherapie im eigentlichen Sinne zur Verfügung. Diese Maßnahmen werden mit Angeboten schulischer Ausbildung, arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Angebote, einer Sporttherapie und einem kunsttherapeutischen Angebot vervollständigt.

Im Verlauf der Aufnahmediagnostik richtet sich unser Augenmerk zunächst einmal auf die Situationen frühkindlicher Deprivationen und auf die momentan bestehenden Abwehrmechanismen, ihre Stärke und ihre Qualität. Wir unterscheiden zwischen den Abwehrmechanismen der Verdrängung, Spaltung, Intellektualisierung und Rationalisierung wie sie für narzißtische Störungen charakteristisch sind und den Abwehrmechanismen Spaltung, projektive Identifizierung, Idealisierung, usw. wie sie für die klassischen borderline-strukturierten Personen charakteristisch sind. Ebenso beschreiben wir bei der diagnostischen Zuordnung die Qualität der Objektbeziehungen, die bei narzißtischen Störungen eher manifest ausbeuterisch, bei borderline-strukturierten Patienten eher anaklitisch sind. Hierbei interessiert uns im Bereich der Therapiefähigkeit insbesondere die Ausprägung des anaklitischen Beziehungstypus. Wir machen die Erfahrung, daß insbesondere die Ausprägung des anaklitischen Beziehungstypus eine für die Therapieintegration fördernde Konstellation darstellt.

Sind alle Patienten im eigentlichen Sinne therapiebedürftig, so müssen wir feststellen, daß ein Teil der bei uns aufgenommenen Patienten dennoch nicht therapiefähig ist. Dies mag sich, so ausgedrückt, zunächst einmal sehr hart anhören und zu Fragestellungen führen, die sich mit der Qualität der Therapeuten und ihrer Therapieangebote befassen. Sicher ist die Therapiefähigkeit eines Patienten nicht vollständig unabhängig von den Qualitäten seines Therapeuten bzw. der ihn behandelnden Institution. Bei uns aber ist festzustellen, daß die Unterscheidung zwischen der Therapiefähigkeit bestimmter Patienten, ihrer Bindungsfähigkeit und Einziehungsbereitschaft einerseits und der Therapieunfähigkeit anderer Patienten, ihrer fehlenden Einbindbarkeit und fehlenden Fähigkeit sich in Frage zu stellen andererseits, eher verbunden ist mit bestimmten intrapsychischen Faktoren, die diese Patientengruppen unterscheiden. Für den Bereich der Patienten, die wir als therapieunfähig beschreiben, tauchen

grundsätzlich zwei Faktoren auf, von denen einer im Bereich des hier zu behandelnden Themas von erheblicher Wichtigkeit sein wird.

Einerseits finden wir bei den Patienten, denen wir recht schnell eine Therapieunfähigkeit nachweisen können, erhebliche narzißtische Besetzungen mit Abwehrmechanismen, die insbesondere Abwertung, Spaltung, Intellektualisierung und Rationalisierung beinhalten. Diese Patienten sind wegen des überzogenen Größenselbst häufig nicht in der Lage, sich auch nur andeutungsweise in Frage stellen zu lassen, oder derartige Aufforderungen anders denn als Kränkung zu verarbeiten. Neben diesen Abwehrmechanismen finden wir ich-syntone, kriminell bzw. dissozial überformte Ideal-Ichimagines. Sie sind mit ihren kriminellen oder dissozialen, gegebenenfalls subkulturellen Verhaltensweisen positiv identifiziert, und es ist keinerlei Ich-Dystonie festzustellen, an der ein motivationaler Behandlungsansatz festgemacht werden könnte (Duncker 1992).

Gerade dieser Bereich ich-syntoner oder noch in gewissem Ausmaß ich-dystoner Entwicklungen hängt nach unseren Beobachtungen häufig mit den sekundären Entwicklungen zusammen, die zwischen der Präpubertät und dem Ende der Adoleszenzkrise im Zusammenhang mit notwendigen und in jedem Falle strukturierenden Gruppenprozessen ablaufen.

Die folgenden Aussagen müssen natürlich auf unsere Klientel beschränkt verstanden werden. Eine Übertragung dieser Beschreibungen auf die Patienten-Gruppe neurotischer oder psychotischer Patienten wäre unzulässig, da die bei diesen Patienten andersartigen Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsqualitäten zu einer andersartigen Einbeziehung in die Gruppenprozesse und zu anderen Regressions- bzw. Reifungsschritten führen können.

Bevor wir uns über zwei Fallbeispiele dem möglichen theoretischen Verständnis für solche Entwicklungsprozesse zuwenden können, müßte allerdings der Gesamtrahmen, aus dem diese Teilbeobachtungen herausgerissen sind, abgeklärt sein, damit aus der hier vorgestellten Parzelle nicht der Eindruck eines vermeintlich ganzheitlichen Bildes entsteht. In dieser höchst traumatischen Zeit müssen alle Jugendliche ihre bis dahin gewohnten Referenzen, Beziehungsqualitäten und Erlebensweisen durcheinandergewirbelt sehen. Dies betrifft sämtliche Bereiche sowohl ihrer sozialen, familiären als auch emotionalen Beziehungen, aber auch ihre Beziehungen zu ihrem eigenen Körper und der mit ihm und der Emotionalität verbundenen Lust. Jugendliche haben in diesem Lebensabschnitt, genauer gesagt, folgende 4 Aufgabenfelder zu bewältigen (Lorand 1967):

1. Mit der physiologischen Reifung setzt ein Trieb Schub ein, der das noch infantile Ich des Adoleszenten zu überwältigen droht. Hierzu gesellen sich die Probleme, die mit der Umstrukturierung des Körperbildes, den konkreten körperlichen Veränderungen und der Ausbildung physisch reifer Genitalien verbunden sind. Diese neuen Bilder müssen integriert werden.

2. Ödipale Strebungen werden in der Pubertät wiederbelebt und die infantil-libidinöse Bindung an den gegengeschlechtlichen Elternteil muß erneut aufgelöst werden. Die Identifizierungen mit den Elternfiguren werden revidiert, verlieren hierbei an Bedeutung und gleichzeitig gewinnen Peergroupideale und -haltungen an Wichtigkeit.

3. Die Suche nach einem heterosexuellen Liebesobjekt beginnt mit Onaniephantasien und dem Ausprobieren von Beziehungen ohne allzu große Festlegungen.

4. Die präödipalen und ödipalen Identifikationen, die hinzugewonnenen inneren und äußeren Ideale müssen zu einer stabilen Identität integriert werden, in die auch die infantilen Tribschicksale und die traumatischen Erfahrungen der Reinszenierungen mit eingehen.

Ich denke, es kann unschwer unterstellt werden, daß diese Zeit des Umbruchs von den Jugendlichen mit Mechanismen zu bewältigen versucht werden, die ihren Ursprung in den ersten überwundenen Schwierigkeiten der frühen Kindheit haben. Das heißt, es geht hier nicht um eine Infragestellung unserer psychoanalytischen Theorien über die prägenden Einflüsse der frühen Kindheit. Es soll versucht werden aufzuzeigen, wie in dieser Zeit der emotionalkörperlichen Evolution, die Strukturen aus dieser ersten Zeit sich fördernd oder auch hemmend auswirken können.

Das hier Gesagte kann sich also nur in Ergänzung zu einem psychoanalytischen Diskurs über die Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit verstehen und nicht als ihr Ersatz. Auch in der Dynamik der Symptombildungen unserer Patienten sowie in ihren Abwehrmechanismen beobachten wir hauptsächlich solche, die psychodynamisch mit den primären Erfahrungen der frühen Kindheit zusammenhängen und mit den hieraus verbliebenen eher primärprozeßhaften oder weniger sekundärprozeßhaften Erlebensmodalitäten.

In einigen Fallbeschreibungen haben wir auch auf die prägende Rolle dieser primären Erfahrungen bei der Symptomwahl hingewiesen (Duncker u. Schattanik 1987, Duncker et al. 1989). Wir haben dabei festgestellt, daß die Abwesenheit des Vaters, seine fehlende libidinale Investition durch die Mutter zu einer Fehlbesetzung bei dem Kind führen kann, das diesen Mangel durch Ersatzidentifikationen ggf. in der Pubertät im Bereich der hochidealisierten Gruppenführer zu ersetzen versuchen muß. Auch kann der Mangel an ödipalem Phantasieren zu einer mangelhaften Qualität bei der Überwindung des Ödipuskomplexes führen und Grundlage für Symptombildungen darstellen, bei denen das Symptom die stabilisierende Pfropfwirkung aufweist, die Morgenthaler (1974) eigentlich gewissen perversen Symptombildungen zuschreibt.

Wir haben dort auch beschrieben, daß unsere z. T. symptomzentrierten Vorgehensweisen bei derartigen Zustandsbildern lediglich dafür Sorge tragen, daß

ein Symptom sich verschiebt und in der gleichen Dynamik durch das nächste ersetzt wird. Das Signifikant Symptom zählt weniger als seine psychodynamische Einbindung in die libidinale Ökonomie des Patienten. Die libidinale Ökonomie, in die das Symptom eingebunden ist, entspräche dann dem primären Schädigungsprozeß in der frühen Kindheit, die Symptomwahl der Konstellation in der adoleszenten Reinszenierung.

Es geht also nicht darum, die prägenden Auswirkungen dieser primären Erlebnisse der frühen Kindheit in Frage zu stellen, sondern darum, zu beschreiben, inwieweit ihre Einbindung im Verlauf der Wiederholungen während der Gruppenprozesse in der Adoleszenz zu nachweisbaren Schädigungen und zusätzlichen Störungen bei unseren Patienten führen können.

## Kasuistiken

### *1. Fallbeispiel: Herr S.*

Bei Herrn S. handelt es sich um einen mehrfach vorbestraften jungen Mann, der in Zusammenhang mit einer Anklage wegen schwerer Körperverletzung begutachtet wird. Bis zu dieser Anklage ist es nicht zu ähnlichen Delikten wie in diesem Verfahren gekommen, sondern ausschließlich zu Eigentumsdelikten einschließlich Hehlerei. Ohne auf das Anlaßdelikt eingehen zu wollen - es hat in Zusammenhang mit der hier zu erörternden Identifikation im groben wenig zu tun - sei nur vermerkt, daß es sich um eine Handlung in einer konfliktgeladenen Situation handelte, in der eine erhebliche Aggression aus der Umgebung vorlag, gegen die er sich verteidigen mußte oder meinte, sich verteidigen zu müssen.

Zur allgemeinen Lebensgeschichte ergibt sich, daß Herr S. aus einer sechsköpfigen Familie stammt, in der der mütterliche Pol eine erhebliche Zuneigung dargestellt hat. Diese war mit einer nicht begrenzenden Permissivität gepaart. Die väterliche Autorität war wegen langer Abwesenheiten (der Vater arbeitete auf Montage) kaum vorhanden. Die Mutter bestimmte den gesamten Bereich des Erziehungsstils. Es gab zwar keine Anzeichen für dysharmonische Entwicklungen oder Auffälligkeiten in der frühen Kindheit, außer, daß er Sauberkeit und Sprechen sehr früh gelernt haben soll. Es gibt aber kein idealisiertes Bild des Vaters. Der Vater ist gekennzeichnet durch seine Schwäche, seinen späteren Arbeitsunfall, die daraus entstandene Behinderung, und er ist nicht als geliebter, bewerteter und gesuchter Partner der Mutter oder Kinder erinnerlich. Insofern erscheint die männliche Identifikation, das Vorbild Vater, wenig ausgearbeitet. Dies scheint in dem späteren Verlauf der von ihm beschriebenen Gruppenprozesse von nicht unerheblicher Bedeutung zu sein, da hier eine

Idealbildfunktion vakant war und somit besetzt werden mußte. Insgesamt verlief nach der ausführlichen Anamnese die Entwicklung bis zum vierten, fünften Schuljahr unauffällig. Er beschreibt erste Einbindungen in die Clique ab dem 4. Schuljahr. Er habe Schule geschwänzt, sei in der Clique mit Mädchen zusammen gewesen, habe immer der erste sein wollen. Er habe sich als Star bei den Mädchen wohlgefühlt, wohl eher jedenfalls als in der Schule.

Gleichzeitig habe er zu Hause immer alles, was er gefordert habe auch bekommen, vom Geld bis zum Mofa, immer "vom Feinsten". Zu Hause sei ihm alles erlaubt worden, und während der Exploration kommentiert er die Grenzenlosigkeit im Elternhaus zu dieser Zeit: "Irgendwo müßten Grenzen sein und respektiert werden, bei mir ging es zu weit". Die kumpelhafte Beziehung in der Clique basierte insbesondere auf Beziehungen zu Älteren. Diese hatten vorbildhaften Charakter, er identifizierte sich sehr stark mit ihnen. Aufgrund ihrer Anregungen ließ er sich im Alter von 16 bis 19 Jahren tätowieren. In der Gruppe habe es auch sexuelle Initiationen gegeben. Hier habe er auch seine Sexualität kennengelernt. Als Vorbilder werden der ältere Bruder, mit dem er als Schrotthändler gearbeitet hat und die älteren Rädelsführer dieser Clique geschildert.

In der von ihm beschriebenen Gruppe findet er Wärme, Anlehnung und identifiziert sich mit den dissozialen Tendenzen dieser Gruppe, die von einer auffälligen Sexualität bis zur Delinquenz reichen. Mehrere Gruppenmitglieder sind, lange bevor er erwachsen ist, mit der Situation der Haft konfrontiert. Er identifiziert sich mit den Normen dieser Gruppe, weiß, daß diese nicht gesellschaftskonform sind, daß dies auch strafrechtliche Konsequenzen hat, er ist aber nicht bereit, sich von diesen Identifikationen abzuwenden, sondern trägt lieber die Konsequenzen.

Bezüglich seiner Entwicklungsgeschichte sieht er zwar den permissiven Erziehungsstil seiner Mutter, den Mangel an väterlichem Vorbild selbst kritisch; diese Selbstkritik geht aber nicht bis zu einer realen Infragestellung seiner eigenen Vorstellungen. Der prägende Einfluß der Gruppe geht bis ins Alter von 19 Jahren über die Zeit, in der er sich tätowieren ließ. In dieser Zeit haben sich aber personenbezogene Ideal-Ichbilder mit dissozialen, kriminellen Inhalten klar formiert und bestehen als ich-syntone Anteile seines Ideal-Ichs, denen gegenüber keinerlei Form eines krankheitsbedingten oder krankheitsähnlichen Leidensdrucks existiert. Er betrachtet die Wahl seiner Werte als frei und bewußt, die er selbständig getroffen hat. Er beschreibt gegenüber seiner gesamten Kriminalität keinen konflikthaft geprägten Leidensdruck. Es ist seine Wahl und die Haft die darauf folgende logische Konsequenz.

Auf der Ebene der Abwehrmechanismen, um dies kurz zu vermerken, beobachtet man ein ausgeprägtes Maß an narzißtischer Selbstidealisierung. Die Beziehungsqualitäten sind geprägt von Abwehrmechanismen der Spaltung, Projektion und der Verwerfung. Es gibt keine anaklitische Objektbeziehung. Es erscheint eine Persönlichkeit, die zu den Grenzstrukturen gehört, die von dissozialen Identifikationen, Selbstidealisierung und Rationalisierung geprägt ist.

## 2. Fallbeispiel: Herr G.

Herr G. wurde wegen versuchten Raubes in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung zu 1 Jahr und 3 Monaten Freiheitsstrafe, sowie der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verurteilt, da ein direkter Zusammenhang zwischen seiner Heroinabhängigkeit und dem Einweisungsdelikt festgestellt wurde. Ein kurzer Einblick in die allgemeine Anamnese ergibt, daß Herr G. sehr früh mit erheblichen Deprivationen konfrontiert war: Scheidung der Eltern, Tod der Mutter, zerrissene Erziehungssituation zwischen Großeltern und Vater, Verführungssituationen durch die Verwöhnung usw. Sehr früh begann die Integration in die Banden der "Dortmunder Platte". Das Ausmaß der prägenden Wirkung dieser Integration konnte allerdings erst im Verlauf der Therapie und auch der Reinszenierungen auf der Station festgestellt werden. Wir diagnostizierten bei ihm eine infantile Persönlichkeit mit narzißtischen Zügen und schrieben ihm zu Beginn als bevorzugte Abwehrmechanismen die Verleugnung, die begrenzte Idealisierung und Intellektualisierung zu. Auf der Ebene der Ideal-Ichinstanzen waren Verschmelzungstendenzen zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen zu beobachten, hierbei wurden innere Objektimages zugunsten äußerer entwertet; im Sinne der projektiven Identifikation wurden inakzeptable Ichanteile abgespalten und auf die Umgebung projiziert, gleichzeitig war ein kindliches Größen-Ich zu beobachten.

Diese Abwehrmechanismen waren wesentlich an seiner Integration in die Peergroups der "Dortmunder Platte" beteiligt. Über den Weg der gemeinsamen Projektion nach außen konnten in der Gruppe Größenselbstphantasien wechselseitig verstärkt werden. In der Abwertung der Familie gratifizierten sich die Mitglieder gegenseitig narzißtisch. Im Rahmen dieser Größphantasien übernimmt er aber zunächst die Normen der Peergroup auf sofortige und möglichst großartige Bedürfnisbefriedigung. Im Sinne präkonventioneller Moralvorstellungen erreicht er es über kriminelle Erfolge als Drogenkurier im Sinne einer Gruppenidentifikation, die bestehende Spannung zwischen Realselbst einerseits und Idealselbst und Idealobjekt andererseits aufzuheben. Die in der Gruppe inakzeptablen Selbstanteile werden auf äußere Objekte außerhalb der Gruppe projiziert, und dies stabilisiert die Gruppe insgesamt.

Dieser Modus des Umgangs mit Größphantasien und äußeren Erfüllungen ist eine Wiederholung in der Gruppe dessen, was er an verwöhnendem Erziehungsstil in der Spannung zwischen Großeltern und Vater erlebt hat; die Affektivität ging immer zu dem, der die größeren Geschenke oder weiterreichenden Vergünstigungen anbot.

Im Verlauf der Gruppentherapie war zu beobachten, daß zunächst Herr G. von den Straftaten der anderen fasziniert war und diese hoch idealisierte. Er versuchte

zunächst einmal, im Gegensatz zu dem im folgenden beschriebenen Umkehrprozeß, die subkulturellen Normen und Werte in der Einrichtung als hochidealisiertes Identifikationspotential zu übernehmen. Es war hierbei sehr interessant zu beobachten, daß in der Reinszenierung in der Gruppe genau diese familiären Werte zu diesem Zeitpunkt eine wesentliche Gewichtung erhielten. Die Stationsgruppe war die einzige und erste, die, um gut und gemeinsam mittags und abends essen zu können, es geschafft hat, sich einen, für diese Station reservierten, Garten anzulegen und über Monate gezielt mit Sorgfalt und Liebe zu versorgen.

Die Änderung im Verlauf des therapeutischen Prozesses bedeutet, daß im Gegensatz zu dem Fall des Herrn S., in der Adoleszenz keine Stabilisierung in eine stabile Identifikation stattgefunden hat. Seine Identifikation als Krimineller war insofern nicht ich-synton.

## Zur Theorie

Zum theoretischen Verständnis will ich versuchen, zwei Bereiche zu erläutern und zwar:

1. Wie sind die Reifungsbedingungen der beiden Patienten in ihren Peer-Groups bezüglich der im Vorspann genannten vier Aufgabenfelder?
2. Welche besonderen Möglichkeiten bieten Peergroups den Grenzstrukturen an, um im Bereich struktureller Konflikte, bestimmter Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsqualitäten, eine Reifung, Infragestellung oder Änderung vermeiden zu können.

Die Reifungsbedingungen des Herrn S. in den vier Bereichen sahen wie folgt aus:

- mit Einsetzen der physiologischen Reifung und des damit verbundenen Triebschubs entwickelte er seine Sexualität in der Peergroup;
- mit den Aspekten relativ distanzierter Anbindung an wechselnde Partnerinnen bildet er eine Beziehungsqualität aus, in der gepaart mit dem Verlust an Intimität der technische Aspekt in den Vordergrund tritt;
- da die Gruppe eine gewisse Konstanz der möglichen Partnerinnen garantiert, gibt es keine Krise durch einen bedrohlichen Objektverlust;
- die mütterlich geprägten Vorbilder verlieren an Bedeutung; im Bereich der sexuellen Identität entwickelt sich ein Idealbild, möglicher Partnerwechsel ohne tiefgreifende emotionale Verletzungen, in denen der technische Aspekt wichtiger ist als der Aspekt emotionaler Anbindung;

- die älteren Gruppenführer sind analog als Idealbilder gegeneinander austauschbar, ohne tiefgreifende Trauer. Somit entsteht ein Ideal-Ich, das unproblematisch gegen ein anderes ausgetauscht werden kann, ohne Verlustängste, ohne Krise der eigenen Identität und jedes wird jeweils ich-synton erlebt.

Herr S. reift somit in dieser Gruppe im Sinne einer Strukturierung dahingehend, daß der technische Aspekt den Beziehungsaspekt völlig verdrängt hat. Dies erlaubt ihm nicht nur im sexuellen Bereich Partnerverluste auf ihren technischen Aspekt zu reduzieren und mit Hilfe von Rationalisierung und Intellektualisierung ohne tiefgreifende Emotionalität zu verarbeiten. Im Bereich seiner Ideal-Ichbilder erlauben ihm diese Mechanismen unproblematische Wechsel der jeweiligen Idealbilder, die im Zusammenhang mit der fehlenden tiefgreifenden Emotionalität vollständig ich-synton bleiben können (Freud 1921). Herr S. ist somit in einer Stabilisierungsform fixiert, die Pfropfqualitäten i. S. kreativer Ich-Leistungen aufweist. Bei der beschriebenen Ich-Syntonie sind therapeutische Ansätze vergeblich.

Im Fall des Patienten G. sehen bestimmte Reifungsschritte ganz anders aus:

- der mit der physiologischen Reifung einsetzende Triebdruck wird nicht in sexualisierte Beziehungen eingebunden, im Gegenteil, das Suchterleben wird wesentliche Aspekte erotischer Phantasie und Befriedigung ersetzen;
- die erneute Auseinandersetzung mit der Mutter ist unmöglich, die Reinszenierung infantil libidinöser Bindungen ist, wie die Inszenierung unmöglich, zumindest für den Teil, der Aufbau und Überwindung ödipaler Phantasien betrifft;
- im Bereich seiner idealisierten Qualitäten als Dealer reinszeniert er in der Gruppe das frühkindliche Zusammenspiel von Zuwendung und Verwöhnung; er wandte sich Großeltern oder Vater zu, je nach Grad der Verwöhnung und umgekehrt, erwartet er jetzt dies von der Gruppe;
- er findet kein heterosexuelles Liebesobjekt, bildet aber auch keinen perversen Pfropf aus, in dem sich diese Ansprüche stabilisieren könnten;
- es bilden sich somit keine stabilen inneren oder äußeren Ideale aus und auch keine stabile Identität.

Seine ganze Person ist somit auf das labile Bild des großen Dealers fixiert. Diese Bewertung ist einerseits hochidealisiert, andererseits aber dauernd vom Erfolg abhängig und insofern bedarf sie der dauernden Absicherung durch die Gruppe. In dieser Gruppensituation behielten die Abwehrmechanismen von Projektion und projektiver Identifikation im Zusammenspiel mit Spaltung und Verwerfung die

Oberhand, da sie für die konkrete Bewältigung des "acting-out" wesentlich geeigneter sind, als die Abwehrmechanismen der Intellektualisierung und Rationalisierung. Bei der fragilen Einbindung waren natürlich anaklitische Beziehungsmodalitäten nicht zu manifest ausbeuterischen hin überwindbar. Die Angst vor dem Verlust war stärker, als der Drang zu beherrschen.

Hier hat sich somit keine ich-syntone Pfropfbildung aufgebaut, sondern die anaklitischen Objektbeziehungen beherrschen weiterhin das klinische Zustandsbild. Ihr Fortbestehen macht aber gleichzeitig die Einbeziehung in therapeutische Strukturen möglich.

Bezüglich des zweiten theoretischen Aspekts, der besonderen Kollusionsfähigkeit zwischen den Grenzstrukturen und den Peer-Groups, verweise ich zunächst einmal auf eine Vorgehensweise in einer anderen Arbeit (Duncker 1990), in der ich versucht habe, psychodynamische Aspekte, die Konfliktebene, die Natur der Angst, die Verteidigungsmechanismen und die Objektbeziehungsqualitäten der Grenzstrukturen in Anlehnung an die Beschreibung von Bergeret (1975) darzustellen, um sie in Verbindung mit den Bedingungen zu setzen, die in einer therapeutischen Einrichtung vorhanden sein müssen, wenn man sich auf diese Störungsbilder einstellen und mit ihnen arbeiten will. Analog zu der dortigen Vorgehensweise möchte ich diese Qualitäten nunmehr in Verbindung setzen zu Aspekten der Beziehungen in Cliques und Banden. Der Einfachheit halber greife ich direkt auf die in diesem Artikel beschriebenen und benutzten Kriterien zurück. Die Grenzstruktur definiert sich wie folgt:

- beherrschende strukturelle Instanz der intrapsychischen Organisation ist das Idealich, ein Vorläufer des Über-Ichs, und eine extrem personenbezogene Instanz der Identifikation. Es kann zwar den Identifikationspartner wechseln, ist aber in sich selbst nicht kompromißfähig und funktioniert somit autoritär und rigide (Laplanche 1986).
- Dieses Ideal-Ich liegt in einem nicht über das Ich vermittelbaren doppelten Konflikt mit den Ansprüchen des Es einerseits und der Realität andererseits.
- Die diese Struktur beherrschende Angst ist die vor dem Objektverlust, die mit Depression und dem agierenden Kampf gegen ihn einhergeht (Lampl de Groot 1960).
- Auf der Ebene der Abwehrmechanismen beobachten wir Projektion, projektive Identifikation, Spaltung der Objekte, ohne wesentliche Ich-Spaltung und die Verwerfung.
- Der Typ der Objektbeziehung ist anaklitisch.

In der Auseinandersetzung Ideal-Ich, Es und Realität bieten subkulturell geprägte Peergroups geradezu ideale Möglichkeiten diesen Konflikt ausleben zu können, ohne dazu gezwungen zu sein, reifere Lösungsmöglichkeiten zu finden. In beiden

beschriebenen Fällen ist die Gruppe der Ort, an dem die Triebhaftigkeit des Es befriedigt werden kann, gegebenenfalls auch sehr konkret sexualisiert. Gleichzeitig schützt die Gruppe vor der Auseinandersetzung zwischen Ideal-Ich und Realität, indem sie dafür sorgt, daß die Forderungen der Realität nicht die der äußeren Realität sind, indem die Forderungen der sozialen Realität entweder abgewertet werden oder durch eine andere Realität, die durch die subkulturellen Normen geprägt ist, ersetzt wird, so daß der Konflikt vermieden werden kann. Dies ist natürlich nur möglich, wenn diese Gruppe und die eigene Position in ihr hoch idealisiert werden kann. Dies zeigt sich in beiden geschilderten Fällen.

Die anaklitische Objektbeziehung findet ebenso ideale Voraussetzungen, um ausagiert zu werden. Im Kampf darum, den Objektverlust zu vermeiden, gibt diese Gruppe ein ausreichendes Feld von Nähe, ohne die Gefahr zu beinhalten, in der dualen Symbiose vereinnahmt zu werden oder sich hierin aufzulösen. Der Konflikt Verlust versus Vereinnahmung wird also ohne den Zwang zur Verinnerlichung aufgehoben. Eine Reifung ist somit nicht mehr zwingend erforderlich.

Das Zusammenspiel zwischen intrapsychischer, interpersoneller und institutioneller Abwehr kann in Anlehnung an Anzieu (1982) und Mentzos (1988) wie folgt andeutungsweise beschrieben werden. Die intrapsychischen Abwehrmechanismen der Grenzstrukturen, insbesondere Projektion, projektive Identifikation, Spaltung der Objekte, Verwerfung, aber auch Intellektualisierung und Rationalisierung, können durch ihre Einbindung in die Gruppenprozesse stabilisiert werden, ohne daß sie einer reiferen Lösung zugeführt werden müßten. Mit der Übernahme dieser intrapsychischen Abwehrmechanismen in den Bereich der institutionellen Abwehrmechanismen zwischen der Gruppe und der Umgebung werden diese Abwehrmechanismen gleichzeitig intrapsychisch fixiert.

Durch ihre institutionelle Einbindung in die Funktionsweisen zwischen Gruppe und Umgebung wird erreicht, daß sie den Bereich der interpersonellen Abwehrmechanismen innerhalb der Gruppe nicht beeinträchtigen müssen. Es entfällt somit im Bereich der interpersonellen Abwehrmechanismen und ihrer Entwicklung die Auseinandersetzung zwischen Reifungsnotwendigkeit einerseits und Verlustangst andererseits, so daß durch diese Projektion der Abwehrmechanismen und ihre Herausnahme aus dem interpersonellen Bereich gleichzeitig die Grundlage für ihre Fixierung gelegt ist. Wie im Fall S., endet sie in der kreativen Pfropfbildung.

Bei weniger stabilen institutionellen Abwehrmechanismen im Bereich der Beziehungen zwischen Peergroup und Umgebung gewinnen und behalten die anaklitischen Beziehungsmodalitäten im Bereich der interpersonellen Abwehrmechanismen eine wesentlich stärkere Bedeutung. Sie sind gegenüber den konkreten Handlungsabläufen, z. B. dem Erfolg der "acting-outs", des dealens im Fall G., im Bereich institutioneller Bezüge wesentlich abhängiger und durch sie beeinflusbarer. Dies führt letztlich auch zu der Konsequenz, daß die Einwirkung

der "Therapeuten-Clique" über die anaklitischen Beziehungsqualitäten gegenüber der "Patienten-Clique" erfolgreich sein kann.

## Schlußbemerkung

Der Beitrag sollte einen Überblick über die Geschehnisse geben, die bei der Einbindung von Grenzstrukturen in Peergroups beobachtet werden können. In der Kollusion zwischen der Gruppendynamik von Peergroups und den Bedürfnissen derartiger Persönlichkeitsstrukturen können sich subkulturelle Normen entwickeln, bei denen nicht das primäre Strukturniveau an und für sich ausschlaggebend ist, sondern das Umfeld, sprich, die Orientierung der Gruppe. Nach dem klinischen Eindruck entscheidet über die Identität als Krimineller, Junkie, krimineller Junkie oder krimineller Alkoholiker auch die Qualität und die Einbindung in die entsprechende Gruppenstrukturen. Auf der Ebene der zur Zeit bei uns erstellten Eingangsdagnostik sämtlicher Patienten jedenfalls gibt es kein intrapsychisches Merkmal aus der frühen Kindheit, daß für die Symptomwahl im Detail: Alkoholiker, Junkie oder Krimineller, ausschlaggebend wäre.

Es wäre sicher interessant, diesen Eindruck im Sinne von Längsschnittuntersuchungen der hier betroffenen Patienten zu bestätigen. Eine derartige Untersuchung würde jedenfalls im Bereich general-präventiver Maßnahmen wertvolle Hinweise für die präventive Jugendarbeit liefern. Bestimmte Aspekte, die bisher nicht erörtert wurden und hierzu gehören, können sicher Grundlage der weiterführenden Diskussion sein. Ich meine hier die mangelnde Entwicklung von Sprachfähigkeit und Über-Ich-Entwicklung sowie die Ergebnisse, die sich mit der Entwicklung des moralischen Urteils verbinden. Dies ist aber dann kein Bereich psychoanalytischer Arbeit, sondern eher der kriminologischer Untersuchungen zur Gefährlichkeit, oder Prognose bestimmter Persönlichkeitsstrukturen.

## Literatur

- Anzieu D (1982) Psychoanalyse und Sprache. Junfermann, Paderborn  
 Bergeret J (1975) Les astructurations. In: Dunod (Hrsg) La personnalité normale ou pathologique. Paris, S 130-163 (1975)  
 Duncker H (1992) Möglichkeiten der Psychoanalyse in der forensischen Psychiatrie: Begutachtung, Behandlung, Prognose (im Druck)

- Duncker H (1990) Dissoziale Entwicklung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen - therapeutische Strategien in den Institutionen. In: Porsch R (Hrsg) Schriften zur Sozialen Therapie, Bd 3, UNI-Buch, Kassel, S 86
- Duncker H, Diederichs G, Rittel U, Müller G (1989) Du vol a la perversion. Rev Int Criminol Police Technique 49 : 154
- Duncker H, Schattank M (1987) Le role des peres dans la destructuration du moi du toxicomane. Etudes Psycho-Therapiques 68, Editions Privat, Toulouse
- Freud S (1921) Massenpsychologie und Ich-Analyse. In : Studienausgabe, Frankfurt aM, S 65 (1974)
- Goudsmit W (1986) Delinquenz und Gesellschaft. Wege zum Verständnis und zur Therapie von Straftätern. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Lampl de Groot J (1960) Depression und Aggression. Jahrb Psychoanal 1 : 145-153
- Laplanche J, Pontalis J-B (1986) Das Vokabular der Psychoanalyse, Bd 1, 7. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt aM
- Lorand S (1967) Adolescent Depression. Int J Psychoanal 48 : 53-60
- Mentzos St (1988) Interpersonale und institutionelle Abwehr. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Morgenthaler F (1974) Die Stellung der Perversion in Metapsychologie und Praxis. Psyche 28 : 1077-1098

# Beziehung und Macht

Till Bastian

Beziehung und Macht - das ist ein schwieriges, ein sperriges Thema. Es umfaßt ein voluminöses, ja ausuferndes Problemgebiet, das den Referenten vor eine Alternative stellt: Entweder er verlegt sich auf glanzloses, sprödes Definieren und Abklären, das verdienstvoll sein mag, aber wenig Attraktivität besitzt. Oder aber er verstrickt sich ins Assoziativ-Gelockerte und entzündet ein Gedankenfeuerwerk, das rasch verglüht und nicht nur zum Applaus veranlaßt, sondern oft auch zu der späteren Frage: Was war da eigentlich dran? Und wenn ich nun selber zwischen diesen Klippen Kurs zu halten suche, so ist das eigene Schlingern kaum zu übersehen; jedes Bemühen um Vollständigkeit müßte zu alsbaldigen Schiffbruch führen. Eben darum fühle ich mich durchaus ein wenig verloren auf dem Ozean der Probleme. Daß ich meine Aufmerksamkeit auf die Machtproblematik der helfenden Berufe focussieren werde, dürfte hingegen kaum überraschen. Die Bezogenheit der menschlichen Existenz, die eben niemals die jenes "Einzigigen" ist, an den Max Stirner (1845/1972) fälschlich glaubte, aber auch die Realität der Macht innerhalb dieses Beziehungssystems - dies sind ja räumlich wie zeitlich derart allgegenwärtige Phänomene, daß eine praktisch nutzbare Definition geradezu hoffnungslos erscheint. Greifen wir aus der Überfülle der Versuche relativ willkürlich die besonders bekannt gewordenen Thesen von Max Weber (1921) heraus, posthum veröffentlicht vor just 70 Jahren: "Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht." (Weber 1921). Und die soziale Beziehung ist für Weber (1921) "ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig eingestelltes und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer ... Die soziale Beziehung besteht also durchaus und ganz ausschließlich in der Chance, daß in einer (sinnhaft) angebbaren Art sozial gehandelt wird". Das zufällige (d. h. nicht aufeinander bezogene) Gegeneinanderrempeln zweier Menschen z. B. auf einer Rolltreppe ist also an sich noch keine soziale Beziehung, konstituiert aber eine solche - nämlich die anschließende Interaktion, die sowohl in einem flüchtigen Gemurmel von höflichen Phrasen wie auch in einem heftigen Streit oder einem ebenso intensiven Flirt bestehen kann - mit in die Zukunft hin offenen Ausgang, wie uns alle die eigene Lebenserfahrung lehrt. Sobald soziale Beziehungen über das Momentum der flüch-

tigen Begegnung hinaus raumzeitlich strukturiert sind - sie ereignen sich ja nicht im Nirwana der Theorie, sondern in einem höchst konkreten, sie prägenden sozialen Feld - ist es schwer, wenn nicht unmöglich, sie von Macht freizuhalten. Dies gilt keineswegs allein für die grobauuffälligen Aspekte wie Körperkraft, Schußwaffen und Polizeigewalt, die leicht zu durchschauen, wenn auch oft schwer zu bekämpfen sind - es gilt v. a. für jene "Definitionsmacht", die Pierre Bourdieu (1987) beschrieben hat: für eine Art von Macht, mit der "es gelingt, Bedeutungen durchzusetzen und sie als legitim zu verkünden", d. h. z. B. jemandem die Krankenrolle zuzuschreiben oder zu verweigern; die Funktion des Attestes (der "Bezeugung") wie auch die Figur des Arztes mögen als prototypisch für diese Machtposition gelten; freilich gibt es auch subtilere Ausprägungen. Dies insbesondere im psychotherapeutischen Feld.

Bevor ich hierauf zu sprechen komme, möchte ich noch einmal darauf verweisen, daß meines Erachtens eine Art "Watzlawick-Axiom Nr. 2" formuliert werden könnte: Ebenso, wie kein Mensch im Zustand des Nicht-Kommunizierens existieren kann, kann es keinem Menschen gelingen, die eigene Beziehungswelt von Machtgefügen freizuhalten. Eine Beziehung, in der die Chancen, Widerstreben des anderen zu überwinden - ganz im Sinne der Weberschen Definition - für alle Partner und Beteiligten völlig gleich groß und wirksam sind und sich wechselseitig derart fein austarieren, daß keinerlei Machtgefälle entstehen kann, mag vielleicht am Reißbrett der theoretischen Forschung konstruiert werden, in der Lebenswirklichkeit dürfte die Häufigkeit ihres Auftretens gegen Null tendieren. Überaus häufig - und m. E. auch überaus gefährlich - ist freilich die wunschgesteuerte Fehlmeinung, selber auf Machtausübung verzichten zu können. Die Illusion, diesen Kraftakt zu meistern, hat oft zu nachhaltigen Konsequenzen geführt - ich nenne hier nur das zu meiner Studentenzeit besonders virulente Theorem vermeintlich antiautoritärer Erziehung, dem ich selber lange genug gehuldigt habe. Aber an der elterlichen Übermacht ist nicht zu rütteln, und verdrängt kehrt sie gewiß unerledigt, d. h. in subtiler Weise besonders wirkungsvoll wieder. Ebenso skeptisch stehe ich, um ein eher gegenwärtiges Beispiel zu wählen, der vom Deutschen Kinderschutzbund erhobenen Forderung gegenüber, der Festlegung "Kinder sind gewaltfrei zu erziehen" Gesetzeskraft zuerkennen zu sollen. Angesichts der schrecklichen Fälle von Kindesmißhandlung in unserem Land sind die in diesem Projekt verkörperten Ziele gewiß lauter, aber ob ihnen so näherzukommen sei, erscheint mir höchst fraglich. Nun, dies sind Arabesen, über die gesondert zu diskutieren wäre. Es bleibt der Grundsachverhalt: Besser, als sich selber machtfrei zu wünschen, ist es m. E., frank und frei anzuerkennen, daß Leben immer in anderes Leben wirksam eingreift und dabei fortwährend konflikthaft auf Widerstreben trifft. Dies zu erkennen, ist oft nur eine Frage der Beobachtungsschärfe: Auch der Vegetarier, der es ablehnt, zwecks Ernährung tierisches Leben zu beenden, begeht immer wieder Massentötungen von

Mikroorganismen - z. B. beim Händewaschen (eine bestimmte Gruppe indischer heiliger Männer zog deshalb die Konsequenz, auch das Waschen abzulehnen; Massencharakter wird dieses Verhalten aber hoffentlich nie annehmen). Um kein Mißverständnis entstehen zu lassen: Aus ethischen wie aus politischen Gründen halte ich die derzeitige Massentierhaltung für völlig inakzeptabel und praktiziere deshalb seit rund zwei Jahren auch persönlich eine fleischfreie Ernährung - ich möchte aber nicht der Illusion verfallen, damit dem Dilemma des Lebens, sich konflikthaft mit anderem Leben zu treffen und dabei Macht auszuüben, entfliehen zu können. Die von Albert Schweitzer (1923) übrigens fast zeitgleich mit Max Webers "Wirtschaft und Gesellschaft" sehr zu Recht geforderte "Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben" bedeutet ja nicht, diesen unentrinnbaren Grundkonflikt zu verleugnen (Albert Schweitzer hat als Arzt z. B. den Einsatz von Antibiotika keineswegs abgelehnt), sondern vielmehr, ihn akzeptierend wahrzunehmen und durch ständige Selbstreflexion offenzuhalten, um so seine schlimmsten Konsequenzen verhüten zu wollen. Macht in all ihren Gestalten und Facetten ist stets vorrangig Thema der Sozialwissenschaften gewesen - von Karl Marx bis Max Weber und Pierre Bourdieu. Die Tiefenpsychologie müht sich, ihrem Anspruch gemäß, mehr die verborgenen, verschwiegenen, verleugneten Aspekte der Macht wahrzunehmen: Ob die scheinbar Machtlosen wirklich immer ohnmächtig sind, ob es nicht bisweilen heimliche Einverständnisse zwischen Tätern und Opfern gibt, welche Befugnisse von Geführten an Führer delegiert werden usw. Ein Phänomen, das vielleicht besonderer Aufmerksamkeit würdig wäre, hat unlängst der Schweizer Soziologe Jean Ziegler (1989) prägnant als "Sieg der Besiegten" bezeichnet. Obschon die tiefenpsychologische Forschungsarbeit zur Erhellung der Komplexität von Machtvernetzungen so legitim wie wichtig ist - und zudem bitter notwendig insbesondere angesichts der "Seelenfeindlichkeit" der jahrelang doch stark dominierenden marxistischen Denktradition - kann nicht geleugnet werden, daß hier insbesondere in der älteren, noch der "Metapsychologie" verpflichteten Psychoanalyse des interpretativen Guten manchmal etwas zu viel getan wurde. Allmählich überzeugte man sich von der Notwendigkeit (so schreibt Klaus Horn 1971)

"die Realität auch in ihrer Eigengesetzlichkeit und nicht nur als Bühne zu begreifen, auf der das ontologisierte Unbewußte bzw. die Triebe Regie führen. Die Vorstellung, die Institution Polizei sei eine Folge des Bedürfnisses der Polizisten zu prügeln - welches auch den Prügelknaben, den Proletarier, schafft -; die Ansicht, Gold und Kapital seien eine Funktion unbewußter Schuldgefühle insofern, als Gold und Kapital zu verlieren dem Strafbedürfnis abhelfe - solche Argumente überantworten die Psychoanalyse der Lächerlichkeit" (Horn 1971).

Diese von Klaus Horn gebrandmarkte Tendenz mit ihrem drastischen Reduktionismus ist auch heute im Verborgenen durchaus noch wirksam. Sie

speist sich, wie andere Spielarten grob vereinfachender psychologisierender "Kulturkritik", aus einer seltsamen Quelle, die durchaus mit dem Thema "Beziehung und Macht" zu schaffen hat und deshalb hier auch Erwähnung finden muß: Aus der doppelten Fehleinschätzung, daß Psychotherapeuten mit ihrem theoretischen Rüstzeug zur Einschätzung politischer Vorgänge besonders befugt und befähigt seien, selber aber bei diesem Treiben eine unpolitische oder quasi überpolitische Position beziehen könnten. Betrachten wir deshalb jetzt die Situation der helfenden Berufe. Die Macht innerhalb der therapeutischen Beziehung beruht zunächst einmal darauf, daß es diese Beziehung überhaupt gibt: Ein Wesensmerkmal helfender Berufe ist es ja, daß sie immer an einem Kompetenzgefälle tätig werden - ein Mensch, der sein Schicksal nicht mehr aus eigener Kraft meistern zu können wähnt, delegiert einen Teil seines Lebenswegs in die Hände eines anderen, von denen er hofft, sie würden sich als helfend erweisen (sei es im wörtlichen oder im metaphorischen Sinn). Aufgrund seiner privilegierten Stellung kann der professionelle Helfer seinen Klienten zum Einverständnis zu Handlungen bewegen, die dieser "normalerweise" nicht billigen oder gar selber vollziehen würde, z. B. zur Duldung einer schmerzhaften, eventuell verstümmelnden Manipulation (etwa in einem operativen Eingriff), z. B. zum Bericht über peinliche, bislang schamhaft verschwiegene Lebensdetails (etwa in einer Psychotherapie). Die positive Aura, die die Position des professionellen Helfers umweht, in der sich ja gleichsam ein institutionalisierter Altruismus zu verkörpern scheint, legt es diesem Helfer nahe, sich quasi vorab vom selbstkritischen Nachsinnen über die vielleicht nicht immer so vollkommen lautere Eigenmotivation dispensiert zu fühlen. Zu der Fülle der bedenklichen Konsequenzen gehört nicht zuletzt jenes "tödliche Mitleid" des verabsolutierten Helferdranges, das Klaus Dörner (1988) so einprägsam beschrieben hat und in dem sich die Therapeutenmacht in besonders erschreckender Form zeigt. Wie sehr sich die einstens erstrebte und heute weitgehend erreichte Macht der Medizin in eine Medikalisierung der Gesamtgesellschaft ummünzt, haben Ute Frevert (1984) und unlängst Robert Jütte (1991) in ihren groß angelegten Studien zeigen können. Interessant ist dabei u. a., daß es den Ärzten z. B. gelang, eine Regel zu suspendieren, die sich noch zu Beginn der Neuzeit allgemeiner Gültigkeit erfreute: daß nämlich über die Kosten einer medizinischen Behandlung dann neu verhandelt werden mußte, wenn diese offensichtlich keinen Erfolg zeitigte ... Es mag angebracht sein, an dieser Stelle auch ein Wörtlein zur ärztlichen Ethik und zur vieldiskutierten "besonderen Verantwortung" des Wissenschaftlers zu sagen. Der gegenwärtige Disput verkennt gar zu oft die Tatsache, daß Wissenschaftlern und auch Ärzten gar keine qualitativ andere Verantwortung zukommt als anderen Menschen: Sie müssen die Folgen ihres Tuns bedenken, müssen unterlassen, was anderen schadet und ohne Not in die Rechte Dritter eingreift usw. "Besonders" wird die Verantwortung des Wissenschaftlers und des Arztes alleine quantitativ - durch die besonderen

Möglichkeiten, über die sie verfügen und durch die mitunter besonders fatalen Folgen ihres Tuns. Darin liegt aber kein prinzipieller Unterschied zur Situation anderer Menschen: unmoralisch handelt ein Wissenschaftler oder der Arzt als *Mensch*, d. h. als sozial gebundenes Wesen, und nicht als Mitglied einer besonderen Zunft - und wenn ein Arzt z. B. eine erhöhte radioaktive oder toxische Belastung seiner Patienten in Kauf nimmt, um das eigene Fortkommen auf dem persönlichen Fachgebiet zu fördern, wenn er eine eigentlich nicht indizierte Therapie beginnt, sie sei operativ oder psychotherapeutisch, um den Ausbildungsrichtlinien gerecht zu werden oder eine wissenschaftliche Monographie vollenden zu können, dann handelt er nicht "unethisch", sondern verbrecherisch - nicht anders und nicht besser als ein Mitmensch, der Altöl ins Grundwasser kippt, um Abfallgebühren zu sparen. Die vielbeschriebene "hippokratische Ethik" ist deshalb keine exklusive Sonder- und Gruppenmoral, sondern schlicht die Anwendung allgemein üblicher, allgemein verpflichtender sittlicher Grundsätze auf die besondere, nämlich mit besonderer Machtfülle ausgekleidete Situation des Arztberufes, die nach verschärften Kodifikationen zum Schutz der Schwachen vor den Starken, die möglicherweise von ihrer Macht korrumpiert worden sind, verlangt. Hippokrates selber war sich dieser Sachlage offenkundig bewußt. Es war zu einer Zeit, in der Sklaven als Dinge und Frauen als Menschen zweiter Klasse galten, durchaus revolutionär, zu betonen: "In welche Häuser ich auch gehe, diewerde ich nur zum Heil der Kranken betreten, unter Meidung jedes wissentlichen Unrechtes und Verderbens und insbesondere jeder geschlechtlichen Handlung gegenüber weiblichen Personen wie gegenüber Männern, Frauen und Sklaven" (Hippokrates, zit. n. Capelle 1959). Der römische Wiederbeleberhippokratischer Tradition, der Arzt Galen (zit. n. Rüegg 1967), bekräftigte deshalb mehr als 500 Jahre später: "So hat Hippokrates gelebt: Er nahm keine Rücksicht auf die Mächtigen". Dieses Wort ist nicht nur uns Heutigen ins Stammbuch geschrieben, wo die seltsame Abstinenz vieler Ärzte gegenüber den ja zweifellos gesundheitsrelevanten Umweltproblemen manchmal schier verzweifeln läßt - schon Galen konnte sich einen bissigen Seitenhieb auf die Zeitgenossen nicht verkneifen und schrieb: "Alle bewundern den Meister, aber keiner liest seine Schriften ... Es genügt, zu beobachten, wie habgierige Ärzte oft nur Apotheker sind ..." (zit. n. Rüegg 1967) Die hippokratische Formel vom Wohl des Kranken, das oberste Gesetz sein solle ("*salus aegroti suprema lex*"), ist damals wie heute uneingelöstes Ziel und eben deshalb hochaktuell. Mit Recht unterstreicht der Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer (1983):

"Würde die Medizin wirklich alle anderen Interessen für das Wohl der Kranken zurückstellen, sie wäre eine radikale Macht, deren Forderungen über das hinausgingen, was etwa die "Grünen" verlangen. Umweltvergiftung, ungesunde Ernährung, Massenverkehr, sexualfeindliche Erziehung, Militarismus, psychiatrische Kranken-

häuser - sie alle dürften in ihrer bisherigen Form nicht mit stillschweigender Duldung oder gar Unterstützung der Ärzteschaft betrieben werden. Aber indem die Medizin ein unübersehbares Feld widersprüchlicher und von den Experten verwirrend interpretierter naturwissenschaftlicher Forschungsergebnisse geworden ist, kann sie alles legitimieren, was Macht hat ..." (Schmidbauer 1983).

Das Antidot gegen diese korrumpierende Entwicklung liegt in der Betonung des interaktionalen Aspekts der Medizin, der nun seinerseits von Machtfaktoren keineswegs frei ist. Dieser interaktionale Ansatz wird im psychotherapeutischen Verfahren vielleicht deutlicher sichtbar als in anderen helfenden Berufen. Allenthalben aber ist charakteristisch - und mittlerweile wurde dies auch schon mehrfach erörtert - , daß der Helfer eine etwaige Eigenproblematik hinter der Dramatik überindividueller Zuschreibungsprozesse gut verstecken kann: Er gibt ja nur ungern zu, daß seine Berufswahl ebenso Symptomcharakter tragen könnte wie die Beschwerden des Patienten, daß ihm die Ausübung der eigenen Macht etwa gar Lust und Freude bereitet. Theoretisch ist all dies natürlich alles längst beschrieben und wird im Grundsatz auch weithin zugestanden - in praxi steckt dann der Teufel eben doch im berüchtigten Detail. So hat sich trotz aller guten Argumente der Vorschlag bislang nicht durchsetzen lassen, von der Gegenübertragung - mit der diesem Wort innewohnenden entlastenden Vorstellung, daß der Therapeut ja bloß auf den Patienten reagiert - die *Eigenübertragung* des Therapeuten, die originär aus seiner eigenen Lebensgeschichte stammt, strikt unterscheiden zu wollen. Auch in Begriffen wie in der Rede von den "Abwehrmechanismen" zeigt sich die Definitionsmacht des theoretisierenden Therapeuten: Das Bild legt ja auch allenthalben militaristische Assoziationen nahe, die offenbar hoch positiv besetzt sind - Karl Menninger (1968) hatte denn auch keinerlei Erfolg mit seiner klugen Anregung, wertneutraler und bescheidener von "Lebensbalancen" zu sprechen. Otto F. Kernberg hat vor 5 Jahren auf den Lindauer Psychotherapiewochen den Psychoanalytiker scherzhaft als einen Menschen bezeichnet, der krampfhaft den Eindruck erwecken wolle, er sei nicht Gott. Sehr präzise wird in diesem Wortwitz das Grunddilemma der helfenden Berufe - weit über den Kreis der Psychotherapeuten hinaus - abgebildet. Es besteht schlicht darin, affektive (oder meinetwegen: sympathetische) Nähe herzustellen in einem "Setting", das klar machtpolitisch strukturiert ist und, wie ich meine, auch so strukturiert sein soll; es fragt sich allerdings, warum dieser Sachverhalt so seltsam wenig reflektierende Aufmerksamkeit findet. Die Worte "Arbeitsbündnis" und "Behandlungsvertrag" dürften den wahren Sachverhalt ebenso freundlich verschleiern wie etwa die Redewendung von der "Sozialpartnerschaft". Therapeut und Klient sind aus dieser Perspektive eine besondere Art von Herr und Knecht, nämlich gleichsam Puntila und Matti, wobei der therapierende Herr Puntila immerhin über die Macht verfügt, sein Besoffensein, das ihn so einfühlsam-mitmenschlich geraten läßt, strikt und

dosiert in die Zeitspanne der Therapiestunde einzuspannen. Werden wir ernster. Es ist mit Nachdruck nochmals darauf zu verweisen, daß die Dienstleistung des Psychotherapeuten zunächst einmal im Versprechen einer besonderen menschlichen Haltung besteht, die besondere, positiv bewertete Qualitäten einbezieht (etwa Geduld, Aufmerksamkeit, Einfühlungsvermögen, Zuwendung), die im gesamtgesellschaftlichen Getriebe offenbar immer seltener ihr Bleiberecht finden. Ich habe übrigens nicht behauptet, daß Psychotherapie *nur* auf diesen Faktoren fußt; es kommt hierauf aber auch gar nicht an, sondern auf den Umstand, daß die Realisierung dieser interaktionellen Qualitäten vom Therapeuten im Rahmen eines Tauschgeschäftes realisiert wird, das klar machtpolitisch strukturiert ist - einerseits z. B. durch das Marktgesetz von Angebot und Nachfrage, andererseits durch das professionelle Recht des Therapeuten, die Einzelheiten des settings (z. B. die Sitzungsfrequenz) zu bestimmen wie auch von seiner Macht, die Bedeutung eines "Symptomwandels" definieren zu können und daraufhin mit sanftem Nachdruck die Verlängerung oder Verkürzung der Therapie anzuregen. Damit ist keineswegs ausgeschlossen, daß im Einzelfall auch ein Patient erhebliche Macht über den Therapeuten gewinnen mag; im Normalfall ist die Polarität aber gegensinnig ausgerichtet - daß das Webersche Modell mit Wahrscheinlichkeitsverteilungen operiert, ist einer seiner größten Vorzüge. Einer der wichtigsten Aspekte von Macht in der therapeutischen Beziehung ist der narzißtische Mißbrauch, über den Christian Reimer 1990 auf den Lindauer Psychotherapiewochen so eindrucksvoll berichtet hat; auf seinen ja auch schriftlich vorliegenden Vortrag sei aus- und nachdrücklich hingewiesen (Reimer 1991). Reimer meint, daß die Fälle dieser Form von Machtmißbrauch vermutlich zahlreicher sind als die des heftig diskutierten sexuellen Mißbrauchs und, so wörtlich, "mindestens genau den gleichen Schaden anrichten können". Seine Definition: "Unter narzißtischem Mißbrauch in der Psychotherapie würde ich alle Interaktionen und Beziehungskonstellationen zwischen Therapeut und Patient verstehen, die primär dem Wunsch des Therapeuten nach narzißtischer Gratifikation dienen, und die die Entfaltung des "wahren Selbst" des Patienten verhindern oder zumindest erschweren". Diese Umrißzeichnung, die genauer auszumalen zu weit führen würde, mag immerhin deutlich werden lassen, welch weites Feld noch vor uns liegt, wenn wir uns dem Problem der Macht in unseren eigenen professionellen Beziehungen ehrlich stellen wollen; daß es einen Gradienten dieser Problematik auch hinein ins Privatleben gibt, scheint mir ausgemacht. Höchst selten, darauf hat Siegfried Ehlhardt vor 10 Jahren (Lindau 1982) hingewiesen, sind Psychotherapeuten selbst so "triangulierungsfähig", wie sie dies von ihrer Klientel gerne verlangen.

Am Herzen liegt es mir, noch einmal auf die oben bereits erwähnte Illusion hinzuweisen, die Medizin im allgemeinen und die Psychotherapie im besonderen sei ein "unpolitischer" Berufsstand - dies gilt natürlich nur dann, wenn man den Begriff des Politischen so eng faßt, daß Politik mit Parteipolitik in eins gesetzt

wird, mit Unterschriftensammlungen, Demonstrationen etc., d. h. Ereignissen, an denen man teilnehmen kann oder auch nicht. Umfassender und richtiger begriffen, nämlich als Gestaltung des Gemeinwesens und seiner Zukunft, ist Politik - von Aristoteles ja mit Ethik und Ökonomie zur praktischen Philosophie gerechnet - quasi unentrinnbar: Auch der vermeintlich politisch abstinenten Mensch gestaltet auf seine Weise die Zukunft mit. Es verhält sich damit - wir hätten hier ein Watzlawick-Axiom Nr. 3 (Watzlawick et al. 1969) - wie mit einer Wahl: Ob ich nun grün, braun, rot oder schwarz stimme, ungütig oder gar nicht wähle - immer beeinflusse ich das Endergebnis um genau eine Stimme: daran ist nicht zu rütteln und nichts zu ändern.

Kaum einer hat diesen Sachverhalt prägnanter erkannt als der gealterte Thomas Mann, der sich ja dereinst selber als "unpolitisch" erachtet hatte: "Daß das deutsche Volk die politische Demokratie niemals wird lieben können aus dem einfachen Grunde, weil es die Politik selber nicht lieben kann", hatte er 1918 notiert. Nach einem neuerlichen, noch um vieles schrecklicheren Weltkrieg schrieb er am 8. 4. 1945 an Hermann Hesse: "Ich glaube, nichts Lebendes kommt heute ums Politische herum. Die Weigerung ist auch Politik, man treibt damit die Politik der bösen Sache."

Und da wir in einer Zeit leben, in der der Welt ohne Zweifel das Verhängnis einer ökologischen Katastrophe droht, möchte ich abschließend Thomas Manns Briefpartner Hermann Hesse selbst zu Wort kommen lassen. Hesse, der 1946 als bewußt ausgewählter Repräsentant einer "anderen", besseren deutschen Tradition den Literatur-Nobelpreis erhielt, läßt in seinem mit jener Auszeichnung bedachten Spätwerk "Das Glasperlenspiel" den Protagonisten der Romanhandlung, den Spielemeister Josef Knecht in seinem Rücktrittsgesuch sagen:

"Wir können, wenn wir wollen, die Augen schließen, denn die Gefahr ist noch einigermaßen fern; vermutlich werden wir, die wir heute Magister sind, alle noch in Ruhe zu Ende amten und uns in Ruhe zum Sterben legen können, ehe die Gefahr nahe kommt und allen sichtbar wird. Für mich jedoch, und wohl nicht für mich allein, würde diese Ruhe nicht die des guten Gewissens sein. Ich möchte nicht in Ruhe weiter mein Amt verwalten und Glasperlenspiele spielen, zufrieden damit, daß das Kommende ja wohl mich nicht mehr am Leben treffen werden. *Nein, sondern mir scheint es notwendig, mich zu erinnern, daß auch wir Unpolitischen der Weltgeschichte angehören und sie machen helfen*" (Hesse 1943).

## Literatur

- Bordieu P (1987) Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Capelle W (1959) Hippokrates - Fünf auserlesene Schriften. Fischer, Frankfurt aM
- Dörner K (1988) Tödliches Mitleid. Jakob v. Hoddis, Gütersloh
- Frevert U (1984) Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hesse H (1943) Das Glasperlenspiel. Fritz v. Wasmuth, Zürich
- Horn K (1971) Insgeheime kulturistische Tendenzen der modernen psychoanalytischen Orthodoxie. In: Psychoanalyse als Sozialwissenschaft. Suhrkamp, Frankfurt aM,
- Jütte R (1991) Ärzte, Heiler und Patienten. Artemis & Winkler, München Zürich
- Mann Th (1975) Brief an H. Hesse vom 8. 4. 1945. In: Hesse H, Mann Th (Hrsg), Briefwechsel. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Menninger K (1968) Das Leben als Balance. Knauer, München Zürich
- Reimer Ch (1991) Der Mißbrauch von Abhängigkeit in der Psychotherapie. In: Buchheim P et al. (Hrsg) Lindauer Texte 1991. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Rüegg W (1967) Antike Geisteswelt. Bd 1, Artemis, München
- Schweitzer A (1923) Kultur und Ethik. Beck, München
- Schmidbauer W (1983) Helfen als Beruf. Rowohlt, Reinbek
- Stirner M (1845) Der Einzige und sein Eigentum. Reclam, Stuttgart (1972)
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) Menschliche Kommunikation. Huber, Bern (1990)
- Weber M (1921) Wirtschaft und Gesellschaft. Mohr, Tübingen
- Ziegler J (1989) Der Sieg der Besiegten. Peter Hammer, Wuppertal

# Beziehungen in Institutionen

Tobias H. Brocher

Die Möglichkeiten der Beziehungen sind nahezu unbegrenzt. Sie verharren jedoch, je nach der Individualität, stets in einer Ambivalenz zwischen Vernunftgründen und emotionalen Anteilen.

Institutionen sind Anteile der Gesellschaft, die bestimmten Zielen und Zwecken dienen. Wir müssen auch da unterscheiden zwischen Institutionen, die als Organisation der Gesellschaft bestimmte Bedürfnisse und Notwendigkeiten vertreten, und privaten Institutionen, die dem Markt oder wissenschaftlichen Interessen dienen. Die Arbeit und Teilnahme in einer Institution erfordert im allgemeinen berufliche Qualifikation auf höherer oder niederer Ebene. Die Vertrautheit mit den jeweils verschiedenen Regeln der einzelnen Institution ist die Grundvoraussetzung für die Aufnahme von Beziehungen zu Mitarbeitern innerhalb eines jeweils größeren oder engeren Arbeitskreises. Auch wird zu unterscheiden sein zwischen Unternehmen und Institution. Unternehmen orientieren ihr Verhalten am jeweiligen Markt und dem Produkt, das sie herstellen. Institutionen orientieren sich an den Gesetzen und Verordnungen des jeweiligen Staates oder Landes. Wissenschaftliche Institutionen bzw. Unternehmen müssen ihre Regeln und Ziele jeweils mit dem Auftreten neuer Entdeckungen verändern .

Private Organisationen haben i. allg. einen Mythos, der sich sowohl auf die Tradition wie auf den Namen und den bisherigen Erfolg beruft. Der Organisationsmythos entspricht nicht der tatsächlichen Organisationsstruktur. Die Grundzüge jeder Organisation sind Sachzwänge und das Personalmanagement. Mit anderen Worten: Menschenführung, Motivation, Umgang mit Konflikten, Qualifikationsprüfung und bis zu einem gewissen Grade konstante Überwachung aller Tätigkeiten gehören zum Management wiederum auf verschiedenen Ebenen.

Wenn wir als Beispiel eine Klinik oder ein Krankenhaus nehmen, so ergibt sich bis heute oft eine merkwürdige Aufteilung. Einerseits steht der jeweilige Chefarzt in einer unabhängigen Position, die sich auf das Management des Krankenhauses, d. h. den Umgang mit Kranken und Personal bezieht. Gleichzeitig ist die Verwaltungsleitung ebenfalls mit Personal und anderen Sachfragen betraut, über die sie u. a. gemeinsam mit dem Chefarzt Entscheidungen fällen muß. Diese äußere Struktur weist in allen Fällen auf den Umgang mit Menschen in

verschiedenartigsten Beziehungen hin. Im allgemeinen ist es jedoch so, daß der engere Kreis von Mitarbeitern, die gemeinsam an einer Aufgabe und ihrer Durchführung teilnehmen, relativ begrenzt ist. Beim Krankenhaus sind es verschiedene Arten von Teams, in denen auch verschiedene Berufsgruppen tätig sein können, die aber wiederum mit anderen Teams, d. h. anderen Gruppen verbunden sind. Dies ist nicht anders in den meisten Organisationen, d. h., die einzelne Gruppe, die spezifischen Aufgaben nachgeht, ist stets angewiesen auf die Kooperation und Kommunikation mit anderen Gruppen. Es ergeben sich auf diese Weise also individuelle Beziehungen von Mitarbeitern in der kleineren oder größeren Arbeitsgruppe, aber gleichzeitig auch Gruppenbeziehungen, verschiedene Abteilungen oder Bereiche, die notwendigerweise kooperieren müssen, um dem Gesamtziel zu dienen.

Nimmt man organisatorisch zunächst einmal irgendeine Institution oder Organisation, so besteht als Voraussetzung eine klare Definition der Primäraufgabe gegenüber der jeweiligen Umwelt bei gleichzeitiger Koordination zwischen außen und innen. Von der Primäraufgabe hängt letztlich die Gesamtheit der Organisation oder Institution ab. Gleichgültig welcher Art die Institution ist, besteht als Voraussetzung jeweils ein der Sache nach verschiedener Input. Beim Krankenhaus also die Aufnahme von Patienten, jeweils differenziert nach der Art der Krankheit in spezifischen Abteilungen, beim Finanzamt als Input die Steuererklärungen, denen jeweils ein Output entgegensteht, so etwa beim Finanzamt der Steuerbescheid. Beim Krankenhaus ist das Ergebnis diffiziler: Da im allgemeinen erwartet wird, daß durch den Konversionsprozeß, d. h. die Arbeit mit dem Patienten entweder die Krankheit geheilt, gebessert und der Patient in einem anderen Zustand entlassen werden kann, oder aber etwa die Krankheit so fortgeschritten ist, daß das Leben des Patienten nicht zu retten ist.

Die Strukturen der Institutionen sind bis auf den heutigen Tag zumindest theoretisch als Pyramide aufgebaut. Das zeigt sich in den Organisationsplänen - bleiben wir etwa beim Krankenhaus - durch eine vertikale Unterscheidung. Oben der Chefarzt und die Verwaltungsleitung; auf der danach folgenden Ebene etwa die Oberärzte, die Pflegedienstleitung, darunter Spezialtherapeuten, Ärzte und/oder Psychologen und Sozialarbeiter, auf der darauffolgenden Ebene Pflegepersonal und Krankenschwestern. Zielgruppe aller Mitarbeiter sind die Patienten und ihre jeweiligen Erkrankungen.

Wenn man sich diesen Organisationsplan gezeichnet vorstellt, wird sofort ersichtlich, daß er nicht der Realität der Beziehungen entspricht. Das trifft genauso in anderen Organisationen zu. In Wirklichkeit besteht eine Horizontalorganisation wie etwa im Pflegedienst, genauso wie in einer Produktorganisation der größere Anteil der Horizontalorganisation nicht in der Planung, sondern in der Produktabteilung erkennbar wird. Mit anderen Worten: Organisationspläne geben niemals die Wirklichkeit der Beziehungen an, außer der Tatsache, daß angenommen

wird, in der Pyramide würden Anordnungen von oben durchgefiltert bis auf die letzte Ebene, aber wesentlich von oben her bestimmt. Die in der Realität bestehende Horizontalorganisation geht davon aus, daß die Rückmeldung von unten nach oben eine Voraussetzung für die Möglichkeit des Managements und die Erreichung der jeweiligen Ziele der Primäraufgabe ist. Das Risiko der Pyramidengläubigkeit besteht darin, daß von oben kommende Anordnungen oder Informationen widerspruchlos auf den darauffolgenden Ebenen angenommen werden. Demgegenüber hat jede substantielle, auch minimale Veränderung erhebliche Folgen auf allen Ebenen einer Gesamtorganisation.

Die Beziehung innerhalb der Institution hängt auch davon ab, welche Identifikationsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter, gleichgültig an welchem Platz er tätig ist, mit dem Gesamtkonzept der Institution entwickeln kann. Die Antwort von Kindern und Jugendlichen auf die Frage der Berufstätigkeit von Vater und Mutter ist: "Der ist bei Firma X", entweder der Name der Firma oder der Institution wurde genannt, während in 60 % auf die nächste Frage "Was macht er/sie denn da?" selten eine klare Antwort erfolgte.

Es ist klar, daß für jeden im Arbeitsprozeß befindlichen Menschen sich zwei Hauptbeziehungsareale ergeben. Einerseits die Familienbeziehungen - bei Alleinstehenden Freundschafts- oder Verwandtschaftsbeziehungen - und die jeweiligen Beziehungen am Arbeitsplatz. Allein daran wird erkennbar, wie unendlich die Beziehungsmöglichkeiten des einzelnen sind, die er entwickeln könnte oder aber nicht entwickelt. Übertragung ist ein universelles Phänomen, das keineswegs nur in der Psychotherapie auftritt. Vielmehr enthält jede Beziehung einen Anteil unbewußter Übertragung allein durch Gefühle von Sympathie oder Antipathie, die nicht reflektiert werden. Dabei haben frühere Gruppenbeziehungen und auch die Rolle, die der einzelne in den verschiedensten Gruppen seit der Schulzeit oder davor eingenommen oder gewechselt hat, eine Bedeutung insofern, als die allgemeine Tendenz immer darin besteht, etwas, was vorher auf bestimmte Weise funktioniert hat, wieder in gleicher Weise zum Funktionieren zu bringen. Dabei kann es sich um Wiederholungszwänge handeln, aber die allgemeine, durchaus natürliche Reaktion bei der Aufnahme einer Beziehung ist so, wie Sandler (1969) das Verhalten gegenüber jeder neuen Situation beschrieben hat: Es erfolgt eine blitzartige Durchsicht aller im Unbewußten enthaltenen früheren Lösungs- und Erfahrungsmöglichkeiten des Erlebens, wobei versucht wird, die gleiche Lösung früherer Erlebniserfahrungen anzuwenden. Ist dies nicht sofort möglich und trifft auf keine Resonanz, kann es zu einer Krise kommen, die sich nur durch einen längeren Umstellungsprozeß, also durch autoplastisches Verhalten wandeln kann. Daraus erklärt sich auch häufig der Abbruch von Arbeitsbeziehungen nach kurzer Zeit, wobei zu berücksichtigen ist, daß jedes neue, in eine vorhandene Gruppe eintretende Mitglied die Beziehungen innerhalb dieser Gruppe automatisch verändern kann. Als weiteres ist die Übertragung von

Beziehungen aus der Familie dann sehr wahrscheinlich, wenn ungelöste Konflikte, beispielsweise in Ehefragen oder im Umgang mit Kindern bestehen. Auch Geschwisterkonflikte können langfristig in Beziehungen innerhalb einer Institution in der Arbeitsgruppe wiederbelebt werden. Hierbei unterscheidet sich sowohl der Platz innerhalb der Geschwisterreihenfolge vom Einzelkind, wie umgekehrt die jeweilige Zusammensetzung der Gruppe am Arbeitsplatz, die entweder geschlechtsverschieden oder gleichgeschlechtlich sein kann. Ebenso läßt sich beobachten, daß Gruppen selbst Familien ernennen und bilden, indem Mitarbeiter in Mutter- oder Vaterrollen projiziert werden, während andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dann Geschwisterpositionen einnehmen. In ähnlicher Weise werden bestimmte Funktionen, etwa wie Ausschmückung, Blumengießen oder Vermittlung in Konflikten einzelnen Mitarbeitern übertragen, soweit sie diese Rollen annehmen oder bereits aus ihren früheren Erfahrungen mitbringen. Aus der Fülle dieser horizontalen Beziehungen besteht eigentlich die Gesamtorganisation, wenn man gleichzeitig berücksichtigt, daß die einzelnen Gruppen, z. B. im Krankenhaus Stationen, nicht nur miteinander kooperieren sondern auch konkurrieren.

Sobald Überlastung oder Schwierigkeiten innerhalb der einzelnen Arbeitsgruppe auftreten, besteht das Bedürfnis, von oben, d. h. von der nächsten Verantwortungsstufe Hilfe oder Entscheidungen herbeizuführen. Ein extremes Musterbeispiel scheinbar psychologischer Menschenführung habe ich in einem größeren Betrieb erlebt, dessen Direktor dafür bekannt war, daß er morgens bereits auf dem Wege zu seinem Büro den erstbesten Mitarbeiter, den er antraf, zunächst einmal zusammenbrüllte ohne erkenntlichen Grund. Das wandelte sich unter Umständen innerhalb von wenigen Minuten, wenn er weiterging und auf jemand anderes traf und dem Betreffenden einen Geldschein oder ein Geldstück in die Hand drückte und ihm sehr übertrieben für seine Mitarbeit dankte. Was alle wußten, er selbst natürlich auch, war die Tatsache, daß die Mitarbeiter untereinander jeweils vereinbarten, wer an der ersten Stelle sich postieren sollte und wer an der zweiten Stelle möglicherweise der Empfänger der freundlichen Worte wurde. Als Kommentar dazu muß ich anmerken, daß es sich um eine schwäbische Firma handelte, so daß die Mitarbeiter diese "Mödele" des Direktors liebevoll akzeptierten.

Was ich damit kennzeichnen möchte, ist die Tatsache, daß Affekte, Konflikte oder Aufstauungen von Gefühlen, die an anderer Stelle entstanden sind, Entlastung innerhalb des Betriebs oder der Institution finden können, wiewohl oft so verschleiert, daß der Anlaß oder die Motivation für das Verhalten nicht erkennbar ist. Wir müssen also hier unterscheiden zwischen einer Ordnung, die durch Regeln bestimmt ist und die von der Vernunft bestimmt werden soll, während gleichzeitig durchaus ein emotionales Chaos vorhanden sein kann, aus dem dann erst die Ordnung durch die Begegnungen oder die Antworten der anderen entsteht. Solche

chaotischen Gefühle sind merkwürdigerweise stärker, wenn sich die Beziehungen zu den jeweiligen engsten Mitarbeitern nicht in frühere Erlebnisse oder Erfahrungen einordnen lassen. Insofern sind Beziehungen im Betrieb genauso an Entwicklungsvorgänge gebunden wie andere persönliche oder intime Beziehungen außerhalb. Am deutlichsten erkennbar wird dies in Arbeitsbereichen, wo Männer und Frauen gleichzeitig zusammenarbeiten. Das hängt nicht von Ehe oder Verheiratetsein ab, sondern da wir auf Reize allgemein reagieren, kann sich in diesen Fällen immer wieder von neuem ein sexueller Unterton oder sogar eine Tendenz zu indirekten sexuellen Kontakten entwickeln. In den USA ist diese Frage längst insofern geregelt, als der Begriff des "sexual harassment" (sexuelle Belästigung) in allen Organisationen als erhebliches Vergehen betrachtet wird und daher im allgemeinen unterbleibt. Eine der amüsantesten Qualifikationsprüfungen für Frauen, die in den Dienst von Telefongesellschaften in USA eintreten wollten, enthüllt typische männliche Vorurteile. Die Frauen wurden nämlich nur dann eingestellt, wenn sie in der Lage waren, mit entsprechenden Vorrichtungen an einem hölzernen Leitungsmast hinaufzuklettern, eine Betätigung, die im Grunde für die angestrebte Beschäftigung überhaupt nicht in Betracht kam, so aber die Tradition und das Vorrecht der männlichen Telegrafenerbeiter bestätigen sollte.

Zurück zur Krankenhausinstitution. Vorauszuschicken wäre hier die Tatsache, daß das Pflegepersonal und die Krankenschwestern i. allg. einen viel häufigeren und auch intensiveren Kontakt mit den Patienten haben, also mehr an Einzelheiten berichten könnten, die ihnen offenbart oder mitgeteilt werden; aber gleichzeitig auch über besonderes Verhalten und Beziehungen von Patienten untereinander, die sich stützen oder gegenseitig anfeinden. Wieviel an autoritären Einstellungen und Verhalten noch immer innerhalb von Organisationen fortbesteht, wird u. a. daran erkennbar, wieweit solche Informationen überhaupt erfragt oder berücksichtigt werden. Es ist klar, daß sie in dem Augenblick, wenn sie als bedeutungslos übergangen oder abgetan werden, praktisch eine Kränkung für die jeweilige Pflegeperson darstellen. Über zwanzig Jahre zurückliegend gibt es eine Studie von Schwartz u. Schwartz (1964) über das Verhalten und die Unruhe von Patienten. Solange die Krankenschwestern des betreffenden Hospitals glaubten, daß die Ärzte zu wenig Zeit hätten, blieb es auf den Stationen relativ ruhig. Nach der Entdeckung, daß diese Vorgabe unrichtig war und in Wirklichkeit die Ärzte Freizeitvergnügungen nachgingen, entstand zunächst bei dem Pflegepersonal Empörung, die sich abbildete in erhöhter Unruhe der Patienten und häufigeren Notrufen an die Ärzte wegen psychotischer Ausbrüche auf den Stationen. Diese Untersuchung erwies deutlich, in welchem Umfang die Beziehungen zwischen den einzelnen Ebenen nicht nur Einfluß auf das Verhalten und die Gefühle der jeweils in dem Bereich Tätigen haben, sondern darüber hinaus auch die Patienten beeinflussen.

Der menschliche Erlebensprozeß von Lust und Unlust in Beziehungen wirkt sich hier innerhalb von Institutionen und Organisationen auf die gleiche Weise aus wie in privat individuellen Beziehungen. Ähnlich wie im vorgenannten Beispiel von Schwartz u. Schwartz (1964) ergibt sich in manchen psychiatrischen oder auch psychosomatischen Kliniken periodenweise beim Pflegepersonal das Gefühl einer Überlastung. Das bedeutet keineswegs, daß ein reales Zuviel gegeben ist. Jeder Versuch, dieses Zuviel statistisch oder auf andere Weise logisch abzubauen, muß fehlschlagen, denn es handelt sich um eine Herabsetzung der Motivation durch Mangel an Zuwendung. Wenn das Verständnis auf den sog. höheren Ebenen für die Vorgänge, Erlebnisweisen und Gefühlsbeziehungen auf den unteren Ebenen mangelhaft ausgeprägt ist oder durch Kontaktschwäche und Desinteresse gekennzeichnet ist, so ist eine periodische Art fast chaotischer Störungen zu erwarten. Obwohl diese Störungen nicht voraussagbar sind, sind sie keineswegs zufällig. Vielmehr fehlt es an den Möglichkeiten des behutsamen, aber konstanten Abtastens von Beziehungen und der Öffnung eines freien Feedbacks von unten.

Die Störungs- und Ausweichphänomene werden u. a. an der erhöhten Krankheitsstatistik und Arbeitsausfällen ersichtlich. Eine der merkwürdigsten Erscheinungen, auch im Pflegedienst, ist die Tatsache, daß es plötzlich zu einem Anwachsen der Zahl der Schwangerschaften bei jüngerem weiblichen Personal kommt. Sicher richtet sich das jeweils nach den persönlichen Umständen der Eheentwicklung und der Lebensentwicklung der einzelnen Frau. Sozial gesehen ist aber das Eintreten der Schwangerschaft eine anerkannte und berechtigte Möglichkeit, mindestens vorübergehend sich einer als unerträglich empfundenen, aber nicht lösbaren Situation auf positive Weise zu entziehen.

Institutionen haben auch von allen Mitarbeitern her gesehen das Bedürfnis eine stabile Hierarchie zu errichten und aufrechtzuerhalten. Dies entspricht dem biologischen Sicherheitsbedürfnis lebender Systeme (Maturana). So besteht auch in der menschlichen Psyche ein Bedürfnis nach Stabilität. Veränderungen mobilisieren durch die Notwendigkeit der Neueinstellung Ängste, die vorher durch entsprechende Kanalisierung der Triebkräfte abgedeckt waren. Freuds Feststellung "Triebe sind konservativ" (Freud 1915) findet hier in der Umsetzung der Triebkräfte in soziales Verhalten ihre Bestätigung (Freud 1915).

Um die Vielfalt und unendlichen Möglichkeiten von Beziehungsmustern zu verstehen, bedarf es nochmals eines Rückgriffs auf eine wissenschaftliche Erkenntnis, die M. Cierpka eingangs der Lindauer Psychotherapiewochen 1992 erwähnt hat. Wir verdanken Maturana u. Varela (1972) die Einsicht in die tatsächlichen Möglichkeiten der Selbstorganisation lebender Systeme. So ist der Mensch als lebendes System ebenfalls einer Selbstorganisation unterworfen, in der zwar alle Strukturen veränderbar sind, nicht jedoch die Grundorganisation. Wird die Grundorganisation zerstört, so ist das gleichbedeutend mit Tod. Auf der körperlichen Ebene ist dies einfach zu verstehen, da z. B., wo alle blutbildenden

Organe im Menschen oder auch der Abbau von Zellen selbstorganisiert im Heilungsprozeß oder bei einer Verletzung sofort eintreten, um die Organisation zu erhalten. Ähnlich, aber nicht gleich ist es auf der psychischen Ebene. Die Welt des einzelnen besteht aus einer historischen Folge von ontogenetischen Erlebnis-erfahrungen. Er stützt sich sozusagen auf die Erfahrungen, die bisher in seinem Leben wesentlich auch im emotionalen Bereich, aber auch kognitiv abgelaufen sind. Es besteht Einigkeit darüber, daß emotionale Vorgänge kognitiv nicht nur aufgearbeitet, sondern auch ausdrucksfähig sein müßten. Das würde eine absolute Einzelindividualität bedeuten, wenn nicht durch den ähnlichen oder gleichen Sozialisationsprozeß, dem Menschen in Familie und Erziehung zunächst unterworfen sind, eine strukturelle Koppelung entstehen würde, die sich freilich von Generation zu Generation unterscheiden kann. Diese strukturelle Koppelung ermöglicht es, Kontakt aufzunehmen und von der Annahme auszugehen, daß der andere jeweils ähnliche, wenn nicht gleiche Vorstellungen von einer Wirklichkeit hat. Nun ist die Erfahrung dieser Wirklichkeit keineswegs eine absolute oder feststehende, sondern es beruht auf einem Konsens aller in einer Gesellschaft, was jeweils als Wirklichkeit gilt oder Wandel und Veränderung unterliegt. Sicher ist, daß dieser Konsens allenfalls vorläufig sein kann, während neue Erkenntnisse jederzeit einen Wandel unserer Wahrnehmungen herbeiführen können. Die Selbstorganisation ist ein Prinzip, das sowohl körperliche wie seelische Anpassung ermöglicht. Im Gegensatz hierzu, zum lebenden System Mensch, ist jede Institution und Organisation allopoetisch, d. h., ihre Organisationsstruktur kann sich verändern. Die Veränderbarkeit sozialer Systeme steht also der Unveränderbarkeit der Organisation des Menschen gegenüber, während seine Strukturen wandelbar sind. Die Erhaltung des Lebens ist gleichbedeutend mit der Erhaltung der Organisation des Menschen, d. h. seiner körperlich-seelischen Funktionen. Diese Strukturen, die jederzeit verändert werden können, enthalten eine Fülle von Variablen und Invariablen. Auf diese Möglichkeit der Veränderung von Strukturen stützt sich jede Beziehung. Es ist gleichgültig dabei, von wem die größere Veränderung gefordert wird, von dem einen oder anderen Partner oder von ganzen Gruppen. Wandel und Veränderung kommt auch durch Lebensgewohnheiten, die als selbstverständlich angenommen werden und durch technische Hilfsmittel verändert sind, sowie durch einen Wandel der Moralauffassungen.

Die zuvor erwähnte Selbstorganisation, die auf der Erlebniserfahrung des einzelnen beruht und sich fortsetzt, ermöglicht eben auch Beziehungen in verschiedenartigen Mustern, sowohl der Stärke und Intensität nach wie auch der Art des Umgangs miteinander. Dies geschieht auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Überzeugungen. Nimmt man etwa an, daß Mitarbeiter sich mit dem Mythos oder den Zielen einer Institution identisch erklären, so wird das zweifelhaft, wenn deren Ergebnisse bestimmte Wirkungen auf das Gesamtleben einer Gesellschaft erzeugen.

Beziehungen stehen stets vor einer Probe auf den Wirklichkeitsgehalt: Das verlangt Beharrenkönnen auf der eigenen Position, um Stabilität zu wahren, aber gleichzeitig Instabilität herbeizuführen, um Korrekturen des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung genauso wie der Fremdwahrnehmung vornehmen zu können. Beziehungen in Institutionen verleiten allerdings auch dazu, insbesondere bei Aufstiegsmöglichkeiten, die übernommene Rolle für das Selbst zu halten und damit den Inhalt der Person zu entleeren. Entfällt dieses Leben in der Rolle, so stellt sich heraus, was dahinter als eigentliche Entwicklung geschehen ist oder versäumt worden ist. Es ist nicht nur der Pensionierungstod, sondern auch jene anhaltenden Depressionen beim Verlust solcher Rollen, die Identität bedeutet haben, jedoch nur Rollenidentität waren, an denen die Beziehungsfelder deutlich werden .

Jede Institution steht vor der Notwendigkeit, in verschiedenen Entwicklungsstadien sich wandeln zu müssen. Damit verändert sich auch der Organisationsmythos, der nie der Realität entspricht, aber als Motivationselement wirksam sein kann. Wandlungen dieser Art stehen uns nicht nur aus technischen Gründen bevor, die uns andere Verbindungsmöglichkeiten offerieren, sondern eher durch die Einsicht, daß weder Gewalt, Aggression noch Destruktion Mittel zu einer Veränderung sind, sondern allenfalls die dahinterstehende Angst, Unsicherheit und Starre verhüllen. Dennoch geht es auch hier um die Wandlungs- und Veränderungsfähigkeit der Beziehung im Laufe des Lebenszyklus. Wie sehr auch dies durch Organisationen und Institutionen beeinflußt werden kann, sollte nicht außer acht gelassen werden. Diese keineswegs vollständige Darstellung der Beziehungsmöglichkeiten in Institutionen möchte ich nicht abschließen, ohne jenes weise spontane Wort eines Verhaltensforschers am Konrad-Lorenz-Institut in Seewiesen: "Die Menschheit vermehrt sich nicht durch Zeugung, sondern durch Überzeugung."

Wir können nur die Hoffnung aussprechen, daß die überzeugenden Kräfte die Zukunft mehr bestimmen werden als die Starre der destruktiven Drohungen.

## Literatur

Freud S (1915) Triebe und Tribschicksale. GW Bd 10, S 210

Maturana HR, Varela F (1972) Autopoiesis. Santiago (dt: Autopoietische Systeme. Eine Bestimmung der lebendigen Organisation. In: Maturana HR (Hrsg) Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig Wiesbaden)

Sandler J (1969) Auf dem Weg zu einem Grundmodell der Psychoanalyse. *Psyche* 23 : 461-480

Schwartz MS, Schwartz CG (1964) *Social approaches to mental patient care*. Columbia University Press, New York London

# Selbst- und Umweltbeziehung in der Psychose

Frank Schwarz

Die Beziehung psychotischer Patienten zu sich selbst und ihrer Umgebung ist in vielfältiger und charakteristischer Weise gestört. Ein Eingehen auf alle verschiedenartigen Aspekte dieser Störungen würde jedoch den vorgegebenen Rahmen sprengen, weshalb die Thematik nur exemplarisch anhand der schizophrenen Psychosen abgehandelt werden soll. Die getrennt zu betrachtenden schizoaffektiven und affektiven Psychosen bleiben unberücksichtigt.

Die Selbst- und Umweltbeziehung der Schizophrenen wird einerseits während der präpsychotischen Entwicklung und im psychosefreien Intervall, andererseits innerhalb des psychotischen Erlebens untersucht. Dabei sollen die typischen Beeinträchtigungen in der Entwicklung der Identität bzw. des Selbst dieser Kranken und die damit verbundenen Abgrenzungsprobleme besondere Beachtung finden.

## **Das Selbsterleben Schizophrener vor Ausbruch der Erkrankung und nach Remission der psychotischen Symptomatik**

Auf die zahlreichen Symptome im weiten Vorfeld der Psychose kann hier nicht ausreichend eingegangen werden. Ich möchte deshalb das in diesem Zusammenhang besonders interessierende verschiedenartige Erleben der Entfremdung als Beispiel herausgreifen, da es als Äußerung einer zentralen Dynamik, nämlich der Spaltung, aufgefaßt werden kann. Depersonalisationserlebnisse können das Denken, den Körper oder einzelne Körperteile wie Gehirn, Hände oder Genitale, ebenso die Stimme betreffen, die einem fremd erscheinen. Auch Gefühle, nicht man selbst zu sein, ein zusätzliches Ich oder eine zweite Person in sich zu haben, sind in diesem Sinne zu verstehen. In ihnen drückt sich noch deutlicher das unmittelbare Erleben des Gespaltenseins aus (s. Schwarz 1990). Grotstein (1977) faßt diese spaltungsbedingten Erlebnisweisen als Folge der sehr frühen Abspaltung eines wesentlichen Teils der Persönlichkeit auf, der dadurch von der übrigen

Entwicklung ausgeschlossen bleibt. Dies hat auch eine massive Störung des affektiven Erlebens zur Folge.

Von einem Patienten, der sich mehrere Jahre in analytischer Einzeltherapie befand, war zu erfahren, daß er als Kind nicht imstande war zu weinen oder einen körperlichen Schmerz intensiv genug zu empfinden. In der Schule konnte er nie einen affektiven Bezug zum Unterricht herstellen. Entsprechend rätselhaft kamen ihm die Gefühle anderer vor.

Dem Phänomen der grundlegenden Unsicherheit in der gefühlsmäßigen Beurteilung des eigenen Erlebens von Schizophrenen auch außerhalb psychotischer Zustände kann man sich mit dem Konzept der gestörten Entwicklung eines kohärenten Selbst oder einer eindeutigen Identität ebenfalls nähern. Der erwähnte Patient berichtete z. B. über größte Schwierigkeiten, einen roten Faden in seinem Leben zu finden. Nach der Pubertät zeigte sich die noch deutlicher werdende Identitätsstörung darin, daß er den Eindruck bekam, in einen Strudel zu geraten, keinen Boden mehr unter den Füßen zu haben und überhaupt kein Gefühl mehr der eigenen Kontinuität zu besitzen. Dieser Zustand steigerte sich - noch lange vor Ausbruch der ersten Psychose - bis zur fast völligen Auslöschung des Selbstgefühls, was sich in der Befürchtung äußerte, das Bewußtsein zu verlieren und zu verschwinden. Während des weiteren Krankheitsverlaufs trat die Identitätsstörung des Patienten in Form häufig wechselnder beruflicher Ziele auf und v. a. in immer wiederkehrenden flüchtigen Identifikationen mit jeweils aktuellen Personen der unmittelbaren oder entfernteren Umgebung. Auch in der Übertragungsbeziehung gab es oft passagere Identifikationen mit der Rolle des Therapeuten, die der Patient anderen gegenüber einzunehmen versuchte. Dabei entwickelte er auch den Wunsch, den Therapeuten zu behandeln, verbunden mit der Vorstellung, dieser habe mehr Angst als der Patient, in eine Nervenklinik zu kommen. Nur deshalb würde er den Patienten behandeln.

Die neueren Untersuchungen über die Entwicklung des Selbst und der Identität beziehen sich in erheblichem Umfang auf die aktuellen Ergebnisse der psychologischen Säuglings- und Kleinkindforschung, die in einigen Bereichen deutlich andere Akzente als das Mahlersche Konzept setzen (Lichtenberg 1991; Stern 1992; s. auch Übersicht bei Bohleber 1992). Bisher ist allerdings noch kaum abzuschätzen, welche Konsequenzen sich daraus für das psychodynamische Verständnis schizophrener Psychosen ergeben. Erste Versuche einer Anwendung wurden jedoch schon von Milch u. Putzke (1991) vorgenommen. Diese Autoren weisen mit Recht darauf hin, daß Spaltungsvorgänge und Verschmelzungserfahrungen in der Symbiose nicht mehr unbedingt als normale Entwicklungsvorgänge zu betrachten sind, sondern wohl eher als ein Versagen von Regulationsmechanismen. Ebenso heben sie die von Lichtenberg (1991) kritisierte bisherige Überschätzung der Symbolisierungsfähigkeit des Säuglings hervor, deren Entwicklung erst parallel zum Spracherwerb mit etwa 18 Monaten anzusetzen sei.

Die Entwicklung des Selbst wird von Stern (1992) in besonders differenzierter Weise beschrieben. Er betrachtet das Selbstempfinden als primäres Organisationsprinzip. Seiner Auffassung nach ist der Säugling schon von Geburt an auf die Wahrnehmung von Vorgängen der Selbst-Organisation angelegt, die sich in Sprüngen vollzieht. Die dabei erfolgenden jeweils neuen Integrationen versteht er als Ergebnis bestimmter Interaktionen von Mutter und Kind, bei denen die von ihm so genannte Affektabstimmung eine zentrale Rolle spielt. Er unterscheidet vier aufeinanderfolgende unterschiedliche Selbstempfindungen: Das Empfinden des auftauchenden Selbst, das Empfinden des Kern-Selbst, das Empfinden des subjektiven Selbst und das Empfinden eines verbalen Selbst. Unabhängig davon empfiehlt er außerdem die Unterscheidung eines "sozialen Selbst", eines "privaten Selbst" und eines "verleugneten Selbst". Die Gegenüberstellung von sozialem und privatem Selbst stellt eine Beziehung her zu dem sozialpsychologischen Konzept des "öffentlichen" und "privaten" Selbst (Baumeister 1986), das von Matussek (1991, 1992) als neues Paradigma eines psychodynamischen Zugangs zum Verständnis der sog. endogenen Psychosen eingeführt wurde. Hierauf wird weiter unten noch eingegangen.

Das zwischen dem zweiten und sechsten Lebensmonat sich entwickelnde prä-präsentionale Empfinden eines Kern-Selbst bildet nach Stern (1992) die Basis des Identitätsgefühls und trägt dazu bei, daß man sich stets als der gleiche fühlen kann. Von anderen Autoren wurden ähnliche Konzepte entwickelt wie die einer "primären Identität" oder eines "primären Selbst" (Caldwell 1976; Lichtenstein 1977, Loch 1981). Bei der Entwicklung dieser Vorgänge kommt der affektiven Tönung der Interaktionsprozesse zwischen Mutter und Kind eine vorrangige Bedeutung zu. Auch wenn dieser Austauschprozeß spiegelndes Verhalten in etwas stärkerem Umfang durch die Mutter erfolgt, ist das Kind durchaus aktiv daran beteiligt. Es erfährt sich, indem die Mutter es in sich selbst widerspiegelt. Hier ergibt sich eine Beziehung zum Konzept des Selbst-Objekts von Kohut (1979), das nicht nur während der frühkindlichen Entwicklung, sondern auch im späteren Leben für die Aufrechterhaltung eines narzißtischen Gleichgewichts von Bedeutung ist. Die Kohutsche Konzeption ist ebenfalls geeignet, zum psychodynamischen Verständnis der Psychosen beizutragen (Pollack 1989).

Zum Verständnis der Identitätsentwicklung lassen sich durchaus auch noch die Arbeiten von Jacobson (1977) und Mahler (1968) heranziehen. Nach Auffassung dieser Autorinnen ist die ungenügende Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen für die Störung der Identitätsbildung schizophrener Patienten bzw. für die Entwicklung ihres zur Fragmentierung neigenden Selbst ausschlaggebend. Nach diesem Ansatz ist der künftige Schizophrene dazu prädestiniert, in für ihn kritischen Situationen wie engen Partnerbeziehungen oder notwendigen aggressiven beruflichen Abgrenzungen die Grenzen zwischen der Vorstellung von sich selbst und von anderen zu verlieren. Mentzos (1988) griff diesen Aspekt im

Sinne der Formulierung eines Konflikts beim Schizophrenen auf. Er legt diesem Konflikt eine Fixierung auf der symbiotischen Phase nach Mahler mit der fehlenden Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanzen zugrunde, die dazu führt, daß der spätere Kranke zwischen Verschmelzungs- und Individuationstendenzen hin und her gerissen ist.

Die neueren Entwicklungskonzepte, die das komplizierte Interaktionsgeschehen zwischen Mutter und Kind hervorheben, in dem die Identitätsbildung stattfindet, und die Wichtigkeit der Affektabstimmung betonen, könnten durchaus bisherige Konzepte erweitern helfen, die schwere Störungen bei künftigen Schizophrenen in diesem frühen Bereich annehmen. So lassen sich Verbindungen herstellen zu den schon erwähnten Überlegungen von Grotstein (1977), wonach affektiv bedeutsame Persönlichkeitsanteile in der frühen Entwicklung späterer Schizophrener abgespalten werden. Es ist leicht vorstellbar, daß sich dadurch Störungen bei der Bildung eines einheitlichen Selbstbilds bzw. einer klaren Identität ergeben können. Unter diesem Gesichtspunkt würde man dann das Schwergewicht weniger auf einen umschriebenen Konflikt bei diesen Kranken legen, sondern eher auf eine diffuse Identität bzw. ein wenig kohärentes Selbst.

Auch die Vorstellungen von Pao (1979) über Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind stehen nicht im Widerspruch zu den neueren Auffassungen von Stern (1992). Pao greift das von Mahler (1968) beschriebene "mutual cuing" auf, dessen Irritation zu einem "organismischen Unbehagen" führe, welches der späteren "organismischen Panik" beim Ausbruch der akuten Psychose entsprechen soll.

Ein spezieller Aspekt bei der Störung der Identitätsbildung Schizophrener betrifft ihre Geschlechtsidentität. Sie spielt insofern eine wichtige Rolle, als nach Amsterdam u. Levitt (1980) in der frühkindlichen Entwicklung durch ein intensives Interesse an den eigenen Genitalien und deren Stimulation ein integraler Bestandteil des entstehenden Selbstgefühls gefördert und die Erfahrung verstärkt wird, von anderen unterschieden zu sein. In einer gemeinsam mit De Rijke durchgeführten Untersuchung, die demnächst im Rahmen der Publikation von Beiträgen des Turiner Kongresses über die Psychotherapie der Schizophrenie von 1988 veröffentlicht wird, konnten entsprechende Störungen der Geschlechtsidentität gefunden werden. Auffällig war dabei aber das deutliche Überwiegen der männlichen Patienten, deren Störungen allerdings durch eine längerdauernde analytische Psychotherapie günstig beeinflußt werden konnten.

Als Beispiel sei ein schizophrener Patient angeführt, dessen Identitätsstörung nicht nur seine Geschlechtszugehörigkeit, sondern den ganzen Körper betraf. Er fühlte sich in Bezug auf seinen Körper entfremdet und hatte das Gefühl, nicht im eigenen Körper zu stecken. Besonders der Penis war ihm fremd. Wenn er in den Spiegel schaute, empfand er einen sexuellen Ekel. Auch bei der Vorstellung des weiblichen Genitale erlebte er Angst und Ekel. Es war für ihn eine Schlangengrube, ein Sumpf, in dem der Penis festgesaugt wird. In der Psychose

entwickelte er die Vorstellung, den Penis mit einer Kreissäge abzutrennen oder mit einem Rasiermesser zu verletzen. Tatsächlich kam es dann zu einer schweren Augenverletzung, die sich der Patient in der Psychose mit einer Rasierklinge beibrachte. Er war in dieser Zeit zwischen homo- und heterosexuellen Wünschen hin und her gerissen, hatte oft ein Gefühl auf den Lippen, als müsse er einen Freund küssen, bei gleichzeitigen heterosexuellen Wünschen. Auch gegenüber diesem Freund war sein Erleben äußerst ambivalent: Er sah ihn als Teufel und Christus. In dieser Situation befürchtete er, ein schlechter Mensch zu werden. Als er sich in die Augen schnitt, wollte er einen Panzer durchbrechen, damit er nicht in der Hölle lande. Außerdem kam er sich vor wie der sich blendende Ödipus. Die Augenverletzungen konnten glücklicherweise erfolgreich operativ versorgt werden.

Nach den neueren Untersuchungen über die Entwicklung der Geschlechtsdifferenzierung und der Geschlechtsidentität (Fast 1991; Tyson 1991) scheint das häufigere Auftreten einer gestörten Geschlechtsidentität bei Männern nicht für Schizophrene typisch zu sein. Vielmehr ist anzunehmen, daß es sich dabei um einen allgemeinen Geschlechtsunterschied handelt. Etwas spekulativ kann davon ausgegangen werden, daß die Entwicklung der Geschlechtsidentität beim Jungen stöbarer ist als beim Mädchen. Dieser Unterschied könnte mit der Identifizierung mit dem primären Objekt, der Mutter, in Zusammenhang gebracht werden: Das Mädchen muß sich später zwar auch von ihr als eigenständige Persönlichkeit differenzieren, der Junge hingegen hat die schwierigere Aufgabe der zumindest partiellen Desidentifizierung von ihr und der Identifizierung mit Vorbildern seines eigenen Geschlechts (Fast 1991; Tyson 1991).

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt des gestörten Selbstbezugs Schizophrener betrifft ihr oft ausgesprochen negatives Selbstbild, worüber insbesondere Arieti (1974) sehr differenziert geschrieben hat. Er konnte eindrucksvoll zeigen, wie der spätere Schizophrene äußert negative, erschreckende Elternimages entwickelt und in Verbindung damit ein schwer gestörtes Selbstbild. Dem entsprechen auch Untersuchungen über Abwertungserlebnisse in der Kindheit künftiger Schizophrener (Grinker u. Holtzman 1973; Weinberg 1967). Arieti beschreibt überdies das prekäre präpsychotische Absinken des Selbstwertgefühls, das schließlich nur noch psychotisch kompensiert werden kann. Die Abwertung kommt dann nicht mehr vom Kranken selbst, sondern von außen, z. B. in Form von Verfolgern oder kritisierenden Stimmen.

Bei dem wiederholt erwähnten Patienten war im Verlauf der Psychotherapie von sehr frühen Entwertungserlebnissen zu erfahren. Sie bestanden v. a. darin, daß er von der Mutter nicht richtig wahrgenommen wurde, sowohl in seinen Befindlichkeiten und Bedürfnissen, als auch bezüglich des unmittelbaren Betrachtewerdens. Er reagierte darauf schon als Kleinkind mit kompensatorischen Größenideen, wollte z. B. König werden. Während der Schulzeit fühlte er sich den Lehrern gleichgestellt, was sich im Studium in der Beziehung zu den Professoren

fortsetzte. Real brach er verschiedene Studien ab, da ihn seine psychischen Beeinträchtigungen an einer kontinuierlichen Arbeit hinderten, in der Phantasie hingegen hatte er die hochtrabendsten beruflichen Pläne. Er meinte, ein Studium sei eine Kleinigkeit in Anbetracht dessen, was er werden könnte: Bundestagsabgeordneter, Staatssekretär, Verkehrsminister oder gar Präsident von Europa. So fühlte er sich auf gleicher Ebene mit Spitzenpolitikern. Als er einmal als Hilfspfleger arbeitete, hatte er in seiner Vorstellung den gleichen Rang wie der Chefarzt. Auch in der Übertragung spielten entsprechende Phantasien eine Rolle: Er wollte gerne Psychotherapeut werden und eine bessere Behandlungsmethode entwickeln als die Institution, in der sein Therapeut tätig war.

Im Zusammenhang mit dem niedrigen Selbstwertgefühl Schizophrener kann auch ihre große Suizid tendenz gesehen werden. Nach neuesten Ergebnissen (Caldwell u. Gottesman 1990) liegt die Suizidrate bei Schizophrenen zwischen 10% und 13% über den gesamten Erkrankungsverlauf hinweg. Psychotische Motivationen wie imperative Stimmen spielen dabei eine vergleichsweise nebensächliche Rolle. Meistens geschieht der Suizid aus einer von Hoffnungslosigkeit geprägten depressiven Stimmung heraus.

Bei jungen schizophrenen Männern mit einem hohen prämorbidem Funktionsniveau und hohen Erwartungen besteht ein besonders ausgeprägtes Risiko. Der Umstand, daß sich Männer häufiger als Frauen das Leben nehmen (aufgrund ausgeprägterer Impulsivität und Aggressivität, geringerer Frustrationstoleranz und wegen des Gebrauchs gefährlicherer Methoden) trifft auch bei Schizophrenen zu. Aber obwohl sich schizophrene Frauen nicht so oft wie schizophrene Männer selbst töten, scheint die Schizophrenie die sonst bei Frauen vorhandene Hemmung gegenüber dem Suizid zu verringern und die Geschlechtsdifferenz von 3:1 in der Gesamtbevölkerung auf 2:1 zu reduzieren.

Der schon bekannte Patient kann auch hier als Beispiel dienen. Bei ihm lag längst vor dem Erkrankungsbeginn ein besonders hohes Anspruchsniveau vor, das, wie erwähnt, sicherlich einen ausgesprochen kompensatorischen Charakter wegen der primär geringen Selbstachtung hatte. Dieser Patient war lange Zeit während der Psychotherapie extrem suizidgefährdet. Er erzählte während einer länger dauernden suizidalen Krise ruhig lächelnd mit einem fast vollständig abgespaltenen Affekt, wie er sich wieder und wieder auf eine Stuhl gestellt und eine Schlinge um den Hals gelegt habe. Auch wenn es nach Beendigung der Psychotherapie zu zwei nicht ungefährlichen Suizidversuchen kam, meinte der Patient bei einer katamnestischen Untersuchung, daß ihm die Psychotherapie das Leben gerettet habe.

Entsprechend diesen Ausführungen wirken zumindest zwei Momente bei der Suizidgefahr Schizophrener zusammen: Das prämorbid schon negative Selbstbild und die damit verbundene geringe Selbstachtung sowie die Einsicht im Verlauf der Erkrankung, die ursprünglich angestrebten (kompensatorisch benötigten) hohen Ziele nicht nur wegen eventuell fehlender Begabung, sondern auch wegen krank-

heitsbedingter Einschränkungen nicht mehr erreichen zu können, wodurch zusätzlich die Selbstachtung verringert werden kann.

## Das Selbsterleben Schizophrener in der Psychose

In psychotischen Zuständen kommen die Störungen der Identität und des Selbsterlebens schizophrener Patienten noch krasser zum Vorschein als außerhalb der Psychose. Sie zeigen sich in vielerlei Gestalt. Bei unserem wiederholt als Beispiel verwandten Patienten kam es in der akuten Psychose im Sinne Kohuts (1973) zu einer Fragmentierung des Selbst. Es entstand nicht nur eine einfache Spaltung, sondern eine Zersplitterung in verschiedene Identitäten, wobei großartig gute und großartig schlechte Selbstaspekte auftraten. Der Patient erlebte sich einerseits als Gottvater, Jesus, Nachfolger Jesu, Jungfrau Maria, Heiliger Geist, Papst, Übermensch, Einstein und Nietzsche, andererseits als Stalin, Hitler, Hitler den Zweiten und noch schlechter als Hitler, außerdem als großen Gangster, für den ein gewaltiger Prozeß vorbereitet werde. Eine andere Patientin erlebte sich unter dem massiven Einfluß von Stimmen als nicht mehr Herr ihrer selbst und als verschiedene Personen. Bei allem, was sie tat, hatte sie das Gefühl, daß sie es nicht selbst war.

In der Psychose gibt es ebenfalls eindrucksvolle Äußerungen eines negativen Selbstbildes, wobei zwei Gesichtspunkte zu unterscheiden sind. Zum einen kommt es unmittelbar durch kritisierende und abwertende psychotische Erlebnisse zum Ausdruck, sei es in Form kommentierender Stimmen oder als direkte psychotische Selbstentwertung mit einer extrem negativen Einschätzung der eigenen Person ("ein Depp, der seinen Verstand versoffen hat"). Auch spielen dabei gegen die eigene Person gerichtete Entwertungen wie beim Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn eine Rolle. Zum anderen hat die Psychose aber auch durchaus einen schützenden Charakter gegenüber Selbstentwertungen. Nach Pao (1979) dient sie nach der akuten Desintegration als "bestmögliche Lösung" im Sinne eines Restitutionsversuches zur Wiederherstellung der verlorengegangenen Selbstkontinuität.

Als Beispiel sei ein chronisch psychotischer Patient erwähnt, dem es mit Hilfe der Psychose gelingt, sein Selbstbild, welches keinerlei aggressive Regungen erlaubt, in diesem Sinne aufrecht zu erhalten. Dies ist allerdings nur durch einen enormen psychischen Aufwand möglich, der fast alle sonstigen Aktivitäten ausschließt. Wenn in diesem Patienten gotteslästerliche Flüche auftauchen, muß er sie mit Hilfe intensiver Gebete wegdrängen - sowie mit Hilfe hochdosierter Neuroleptika. Darüberhinaus bemüht er sich im Rahmen seines religiösen Wahns,

auch aggressive Gedanken anderer Menschen zu neutralisieren. Auf diese Weise bleibt ein wichtiger Teil seiner Persönlichkeit dauerhaft abgespalten.

## **Die Umweltbeziehung Schizophrener vor Ausbruch der Erkrankung und nach Remission der psychotischen Symptomatik**

Selbst- und Umweltbeziehung überlappen sich naturgemäß, da sich aus dem gestörten Selbsterleben Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen ergeben. Ein unklares Selbstbild bzw. eine gestörte Identität sowie eine ungenügende Differenzierung des Selbst von den Objekten bedingen bekanntermaßen schwere Beziehungspathologien. Als Beispiel einer gestörten Umweltbeziehung außerhalb psychotischen Erlebens sei erneut der mehrmals besprochene Patient herangezogen. Vor und während der Psychotherapie war es ihm trotz zahlreicher Versuche nicht möglich, eine dauerhafte Beziehung zu einer Partnerin herzustellen. Wegen der selbst erlebten mangelhaften Abgrenzungsmöglichkeiten brach er bewußt Beziehungen immer wieder rasch ab. Diese Problematik manifestierte sich auch häufig in der Übertragungsbeziehung. Eine feste Partnerschaft war ihm erst einige Jahre nach Beendigung der Psychotherapie möglich. Vorher kam er sich meist schutzlos unabgegrenzt vor. So war er z. B. einmal einige Tage mit einem sexuell aktiven Mädchen zusammen, mit dem es zu einer "harmonischen Verschmelzung" kam, die prompt zu einem psychotischen Rückfall führte. Im Laufe der Behandlung lernte er es aber durchaus, sich abzugrenzen, wenn auch anfangs erst in übertrieben aggressiver Weise, v. a. gegenüber Eltern und Geschwistern.

Dieser Patient schwankte lange Zeit hin und her zwischen Verschmelzungstendenzen und extremer Isolation, unter der er stark litt. Sie war bedingt durch das Bestreben, völlig unabhängig und autark zu sein. Einerseits hatte er schon als Kleinkind die Phantasie von absoluter Autonomie in einer eigenen, von anderen Menschen unabhängigen Welt. Andererseits bestand bei ihm ein überstarkes Bedürfnis nach Kontakt, Zuwendung, Anerkennung und grenzenloser Bewunderung. Diese polaren Tendenzen spielten auch in der Psychotherapie eine wichtige Rolle. So inszenierte der Patient verschiedentlich Manöver, um die unbeschränkte Aufmerksamkeit des Therapeuten zu provozieren: Entweder redete er so leise und unverständlich, daß es größter Aufmerksamkeit bedurfte, ihn zu verstehen, oder er verschwand plötzlich, wodurch er eine intensive Suchaktion auslöste. Gleichzeitig war es für ihn wichtig, vom Therapeuten wie auch von Medikamenten unabhängig zu werden. Dieser Wunsch nach Unabhängigkeit rich-

tete sich auch auf körperliche Bedürfnisse. So gelang es ihm z. B., die Onanie ein ganzes Jahr zu unterdrücken, um danach wieder phasenweise um so exzessiver zu onanieren.

Probleme ungenügender Abrenzung schizophrener Patienten und ihr Bemühen, sich Distanz und Unabhängigkeit zu verschaffen, lassen sich besonders gut in der Familientherapie erfahren. Die intrafamiliären Grenzverletzungen in Familien mit einem oder mehreren schizophrenen Mitgliedern sind ja schon seit den Pionierarbeiten des Ehepaars Lidz hauptsächlich als ungenügende Generations-schranke bekannt (Lidz 1972). Auch gibt es eine Vielzahl an Veröffentlichungen seit den 50er Jahren, die auf den bewußten oder meist unbewußten narzißtischen Mißbrauch künftiger Schizophrener durch ihre Eltern referieren (z. B. Brodey 1959; Slipp 1973). Die verschiedenen charakteristischen Kommunikationsstörungen in diesen Familien, allen voran der fehlende gemeinsame Aufmerksamkeitsfokus, kann man auch so verstehen, daß sie dazu dienen, klärende und eine Differenzierung oder Trennung ermöglichende Auseinandersetzungen zu verhindern (Schwarz 1983).

Als Beispiel für ein besonders unabgegrenztes Verhalten - sonst eher mit den Eltern in Verbindung gebracht - sei ein adoleszenter Patient erwähnt, der seine schon recht alten Eltern ziemlich unvermittelt, distanzlos und drängend nach ihrer Sexualität fragte. Im Gegensatz dazu versuchte sich ein anderer Patient während der Familientherapie dadurch extrem von seinen Eltern abzugrenzen, daß er sich die Ohren zuhielt, wenn sie zu sprechen begannen.

In der Gruppentherapie haben schizophrene Patienten v. a. Schwierigkeiten, sich gegen (meist aggressive) Grenzüberschreitungen ihrer Mitpatienten zu wehren. Eine Möglichkeit, sich diesbezüglich zu schützen, besteht in einem besonders unauffälligen Verhalten, mit dem sie sich stark an äußeren Normen und Meinungen anderer orientieren und emotional kaum Reaktionen zeigen (Schwarz 1986). Andere Schizophrene neigen in der Gruppe zu symbiotischen Übertragungen auf den Therapeuten - weniger auf andere Patienten -, was erhebliche Risiken mit sich bringen kann, wenn diese Übertragungsbeziehungen bis zum Ende der Behandlung nicht genügend bearbeitet werden. Diese Kranken fallen dadurch in der Gruppe auf, daß sie nur eine geringe spontane Aktivität entwickeln, mit den übrigen Gruppenteilnehmern in Beziehung zu treten. Stattdessen beziehen sie sich dyadisch auf den Gruppenleiter.

## Die Umweltbeziehung Schizophrener in der Psychose

Viele psychotische Vorgänge bringen eine unvollständige oder fehlende Abgrenzung zum Ausdruck und gleichzeitige Versuche, diesem Mangel abzuwehren. Besonders bekannt sind in diesem Zusammenhang die Begriffe Transivitivismus und Appersonierung, die im Sinne der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie als Projektions- und Introjektionsvorgänge aufzufassen sind. Nach Benedetti (1983) beginnt der Transivitivismus mit dem Versuch, das eigene Selbst in das Objekt hineinzuverlagern, um dieses nicht als etwas Fremdes und Unverständliches zu erleben. Hinterher, in einem zweiten Schritt, wird es als etwas Eigenes zurückgenommen (Appersonierung). Benedetti (1983) meint, daß sich der psychotische Patient durch Appersonierungsvorgänge auch Eigenschaften des Therapeuten aneignet, mit denen er sich vorher transivitivistisch identifiziert hat. Freeman (1985) mißt diesen Mechanismen bei wahnhaften Objektbeziehungen ebenfalls große Bedeutung bei, und Volkan (1991) nennt sie Introjektions-Projektions-Zyklen der Bezogenheit psychotischer Patienten.

Auch der schizophrene Autismus, nach Eugen Bleuler (1911) eine direkte Folge der schizophrenen Spaltung, ist hier als wichtiges Phänomen zu nennen. Benedetti (1983) betrachtet ihn als die schizophrene Abwehr schlechthin, die Urabwehr gegen eine das gespaltene Ich sonst überschwemmende Welt. Matussek (1960) sieht im schizophrenen Autismus eine Reaktion des Kranken auf seine Angst vor Nähe und Abhängigkeit. Er bringt neuerdings (Matussek 1991, 1992) nicht nur dieses schizophrene Symptom, sondern überhaupt die Beziehung des Schizophrenen zur Umgebung mit dem sozialpsychologischen Konzept des öffentlichen und privaten Selbst (Baumeister 1986) in Verbindung. In diesem begrifflichen Rahmen besitzt der Schizophrene nur ein minimal und schwach ausgebildetes privates Selbst zugunsten eines übermäßig auf die Umgebung bezogenen öffentlichen Selbst. In einer Bezugnahme auf Kranz (1962) arbeitet Matussek die viel größere Umweltbezogenheit des Autismus beim Schizophrenen im Vergleich zu dem beim Depressiven heraus. Während sich der Depressive ganz in sich zurückzieht, ist beim Schizophrenen auch noch das verrückteste Erleben auf die Umgebung ausgerichtet. Die Öffentlichkeit und die Umwelt sind für ihn übermächtig; er ist übermäßig auf sie bezogen und ihnen geradezu ausgeliefert.

Wie zeigen sich nun die psychotischen Beziehungsweisen in den verschiedenen Behandlungssettings? In der analytischen Einzeltherapie kann man am intensivsten übertragungspsychotische Vorgänge erleben. Im Unterschied zu Borderlinepatienten, die eine - meist flüchtige - Übertragungspsychose sozusagen im Behandlungszimmer zurücklassen, ist die der Psychotiker nicht darauf begrenzt. Sie werden auch anderswo z. B. durch Farben, Gegenstände oder Personen an den Therapeuten erinnert oder sie haben den Eindruck, daß ihre Gedanken durch ihn ge-

steuert oder ihnen von ihm eingegeben werden. Identifikationen mit dem Therapeuten befinden sich jetzt nicht mehr im Bereich der Phantasie; sie nehmen vielmehr realen Charakter an. So war eine akut psychotische Patientin davon überzeugt, wie der Therapeut in Lehranalyse zu sein, und sie setzte sich auf seinen Sessel mit dem Ausspruch: "Jetzt bin ich der Analytiker!"

Neben diesen Beispielen psychotischer Grenzverluste gibt es Symptome, die der Abgrenzung dienen wie Mutismus oder Stupor. Sie spielen in der Familientherapie eine größere Rolle als in der Einzel- oder Gruppentherapie, wahrscheinlich deshalb, weil sich der Patient in der Familientherapie nicht nur vor der Fusion mit Übertragungsobjekten schützen muß, sondern auch vor der mit seinen primären Beziehungspersonen.

In der analytischen Gruppentherapie hat man ebenfalls regelmäßig mit psychotischen Beziehungsmodalitäten zu tun. Während präpsychotischer Übertragungen entsteht eventuell eine therapeutisch nutzbare Zunahme an Offenheit, die aber leicht zur Bloßstellung in der Gruppe werden kann, wenn der Therapeut den Patienten nicht schützt. Eine voll ausgeprägte psychotische Symptomatik hingegen trägt unter Umständen im Sinne des psychotischen Rückzugs von der Realität zu einer schützenden Distanzierung bei. Psychotische Gruppenmitglieder sind jedoch nicht nur gefährdet, von anderen Teilnehmern in ihrer Intimität verletzt zu werden, sondern sie können selbst in Form bizarrer, überrumpelnder, aggressiver und entblößender Äußerungen die Grenzen der anderen überschreiten.

## **Schlußbemerkungen**

In diesen Ausführungen wurden die Beziehungen schizophrener Patienten zu sich selbst und zu ihrer Umgebung unter dem Gesichtspunkt ihrer Identitäts- oder Selbst-Pathologie dargestellt und speziell im Hinblick auf Abgrenzungsprobleme untersucht. Dabei erschien es wichtig, die Beziehungsstörungen jeweils im Rahmen des nichtpsychotischen und psychotischen Erlebens herauszuarbeiten und in verschiedenen Behandlungssettings zu untersuchen.

## Literatur

- Amsterdam BK, Levitt, M (1980) Consciousness of self and painful self-consciousness. *Psychoanal Study Child* 35 : 67-83
- Arieti S (1974) Schizophrenia: the psychodynamic mechanisms and the psychosocial forms. In: Arieti S, Brody EB (eds) *American Handbook of Psychiatry*, vol 3. Basic Books, New York, pp 551-587
- Baumeister RF (ed) (1986) *Public self and private self*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Benedetti G (1983) *Todeslandschaften der Seele*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Bleuler E (1911) *Dementia praecox*. Deuticke, Leipzig
- Bohleber W (1992) Identität und Selbst. Die Bedeutung der neueren Entwicklungsforschung für die psychoanalytische Theorie des Selbst. *Psyche* 46 : 336-365
- Brodey W M (1959) Some family operations and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1 : 379-402
- Caldwell RS (1976) Primal identity. *Int Rev Psychoanal* 3 : 417-434
- Caldwell CB, Gottesman II (1990) Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin* 16 : 571-589
- Fast I (1991) *Von der Einheit zur Differenz*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Freeman T (1985) Nosography and theory of the schizophrenics. *Int J Psychoanal* 66 : 237-243
- Grinker RR, Holzman PS (1973) Schizophrenic pathology in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 28 : 168-175
- Grotstein J (1977) The psychoanalytic concept of schizophrenia: II. Reconciliation. *Int J Psychoanal* 58 : 427-452
- Jacobson E (1977) *Depression*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Kohut H (1973) *Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Kohut H (1979) *Die Heilung des Selbst*. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Kranz H (1962) Der Begriff des Autismus und die endogenen Psychosen. In: Kranz H (Hrsg) *Psychopathologie heute. Festschrift zum 75. Geburtstag von Kurt Schneider*. Thieme, Stuttgart, S 61-71
- Lichtenberg JD (1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Lichtenstein H (1977) *The dilemma of human identity*. Aronson, New York
- Lidz T (1972) Der Einfluß von Familienuntersuchungen auf die Behandlung der Schizophrenie. *Psyche* 26 : 169-190
- Loch W (1981) Triebe und Objekte - Bemerkungen zu den Ursprüngen der emotionalen Objektwelt. *Jahrb Psychoanal* 12 : 54-81

- Mahler M S (1968) Symbiose und Individuation. Klett, Stuttgart
- Matussek P (1960) Der schizophrene Autismus aus der Sicht eines Kranken. *Psyche* 11 : 641-666
- Matussek P (1991) Vom Anspruch zur Wirklichkeit der Psychosenpsychotherapie. *Prax Psychother Psychosom* 36 : 207-215
- Matussek P (1992) Analytische Psychosentherapie, Bd. 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Mentzos S (1988) Die psychotische Struktur unter psychoanalytischen Gesichtspunkten. In: Janzarik W (Hrsg) *Persönlichkeit und Psychose*. Enke, Stuttgart, S 18-28
- Milch WE, Putzke M (1991) Auswirkungen der Kleinkindforschung auf das Verständnis von Psychosen. *Forum Psychoanal* 7 : 271-282
- Pao P-N (1979) Schizophrenic disorders. Int Univ Press, New York
- Pollack WS (1989) Schizophrenia and the self: Contributions of psychoanalytic self-psychology. *Schizophrenia Bulletin* 15 : 311-322
- Schwarz F (1983) Psychoanalytische Familientherapie bei schizophrenen Psychosen. *Prax Psychother Psychosom* 28 : 73-79
- Schwarz F (1986) Übertragung und Gegenübertragung in der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: Sandner D (Hrsg) *Analytische Gruppentherapie mit Schizophrenen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 117-132
- Schwarz F (1990) Psychoanalytische Spaltungskonzepte und ihre klinische Anwendung. In: Hellwig A, Schoof M (Hrsg) *Psychotherapie und Rehabilitation in der Klinik*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 115-122
- Schwarz F, De Rijke J (1992) Course and outcome after individual and group psychotherapy with schizophrenic and schizoaffective patients. In: Benedetti G, Furlan PM (eds) *Approaches to psychosis*, im Druck
- Slipp S (1973) The symbiotic survival pattern: a relational theory of schizophrenia. *Fam Process* 2 : 377-389
- Stern DN (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Tyson P (1991) Männliche Geschlechtsidentität und ihre Wurzeln in der frühkindlichen Entwicklung. In: Friedman RM, Lerner L (Hrsg) *Psychoanalyse der Geschlechterdifferenz*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Volkan V (1991) The inner world of the schizophrenic patient. In: Werbart A, Cullberg J (eds) *Psychotherapy of schizophrenia: Facilitating and obstructive factors*. Scandinavian Univ Press, Oslo, pp 28-36
- Weinberg SK (1967) The relevance of the forms of isolation to schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 13 : 33-41

# Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Gesundheit und Lebensbewältigung

Ulrich T. Egle

Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Gesundheit und Lebensbewältigung sind jedem psychotherapeutisch Tätigem vertraut. Sie sind wesentlich, beinhalten sie doch mehr oder weniger die Grundlagen einer psychosomatischen Medizin oder - wie es heute terminologisch exakter heißt - eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses (Engel 1977, 1980). Ich möchte Ihnen im folgenden einen Überblick über die wichtigsten der heute gesicherten Mechanismen geben, deren Erforschung v. a. in den letzten 15 Jahren zu einem genaueren Verständnis dieser Wechselwirkungen beigetragen haben, und einige der daraus resultierenden Konsequenzen skizzieren.

Epidemiologische Studien erbrachten Ende der 70er Jahre, daß getrennt lebende oder geschiedene Menschen häufiger unter akuten wie chronischen Krankheiten leiden und um ca. 30% häufiger Ärzte aufsuchen als Verheiratete, aber auch als solche, die immer alleinstehend waren. Auch die Mortalität bei einer Reihe von Erkrankungen liegt signifikant höher, so z. B. bei Pneumonien, Herzerkrankungen und bestimmten Karzinomen (Parkes u. Brown 1972, Bloom et al. 1978, Verbrugge 1979). In der sog. "Grant-Studie" (Vaillant 1971, 1977/1980, Vaillant et al. 1986) wurden die Lebensverläufe von insgesamt 268 Harvard - Absolventen der Jahrgänge 1939 und 1940, die zu diesem Zeitpunkt körperlich wie psychisch gesund waren, über nunmehr 45 Jahre verfolgt und ausgewertet. Dabei handelt es sich ausschließlich um Männer, da Harvard damals für Frauen noch nicht zugänglich war. Trotz dieser Einschränkung überwog der Vorteil dieses Selektionseffekts: als Harvard-Absolvent standen alle beruflichen und gesellschaftlichen Türen offen, jeder hatte es sozusagen selbst in der Hand, für sein weiteres Leben das Beste daraus zu machen. Was entschied nun über beruflichen Erfolg oder Mißerfolg, über Zufriedenheit im Privatleben? Ganz wesentlich offensichtlich das Reifenniveau der individuell zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen. Was ist damit gemeint? Vaillant (1971) ging von einer Reifehierarchie aus, die er an einer Teilstichprobe von 30 Studienteilnehmern entwickelt hatte.

Danach lassen sich die von A. Freud (1936) beschriebenen klassischen Abwehrmechanismen nach vier Reifeebenen gruppieren:

einer <i>psychotischen</i> ,	zu der wahnhaftige Projektion und Verleugnung äußerer Realität zählen,
einer <i>unreifen</i> ,	zu der Projektion, passive Aggression, Identifikation mit dem Aggressor und Wendung gegen das Selbst gehören,
einer <i>neurotischen</i> ,	mit Intellektualisierung, Verdrängung, Verschiebung und Reaktionsbildung sowie
einer <i>reifen</i> , und	die durch Humor, Altruismus, Antizipation und Sublimierung gekennzeichnet ist.

Unter den Harvard-Absolventen erwiesen sich diejenigen, welche über reife Abwehrmechanismen verfügten, im Vergleich zu jenen, welche nur über unreife verfügten, als beruflich eindeutig erfolgreicher und in ihrem Privatleben zufriedener. Doch nicht nur diese beiden Faktoren korrelierten mit der Abwehrstruktur, sondern auch Morbidität und sogar Mortalität, d. h. Mitglieder der Subgruppe mit unreifen Abwehrmechanismen waren sehr viel häufiger krank und während des Beobachtungszeitraums in einem deutlich höheren Prozentsatz verstorben. Die Bevorzugung neurotischer Abwehrmechanismen - dies möge nicht als Aussage zur Beruhigung der Mehrzahl von uns mißverstanden werden - hatte *keinen* Einfluß auf Morbidität und Mortalität, auch nicht auf beruflichen Erfolg und private Zufriedenheit. Gesichert scheint demnach, daß Abwehrmechanismengesundheitsrelevante Auswirkungen haben.

Das folgende *Fallbeispiel* aus dem Alltag unserer Klinik soll die Wechselwirkungen zwischen Beziehung, körperlichen Symptomen und Bewältigungsstrategien illustrieren - sicherlich sind den meisten von Ihnen aus ihrer Arbeit mit Patienten solche ebenfalls geläufig.

Eine 46jährige Patientin wird von ihrem Hausarzt aufgrund starker Bauchschmerzen mit der Diagnose V. a. Ileus (Darmverschluss) in die Chirurgische Klinik überwiesen. Nachdem sich diese Verdachtsdiagnose nicht bestätigen ließ und auch das operative Lösen von Verwachsungen als Folge eines früheren Eingriffs keine Schmerzlinderung erbrachte, wird uns die Patientin konsiliarisch mit der Frage vorgestellt, inwieweit es sich um funktionelle Abdominalbeschwerden handeln könnte? Im Rahmen einer ausführlichen biographischen Anamnese - sie hat sich für uns bei der Differenzierung psy-

chogener von organischen Schmerzpatienten besonders bewährt - ist zu eruieren, daß wenige Wochen zuvor der Vater verstorben war. Diesem sei sie in vielem sehr ähnlich, seine zurückhaltende und ruhige Art fehle ihr sehr. Die Patientin ist Einzelkind, war nie von zu Hause weg, das Verhältnis zu Mutter, Ehemann und Kindern sei sehr gut und harmonisch; Konflikte gebe es nicht. Alle wohnen unter einem Dach, d. h. Mutter, Ehemann sowie Tochter, Schwiegersohn und zwei Enkel. Der Sohn wohnt mit Frau und Kind im Haus daneben. In engem zeitlichen Zusammenhang mit dessen Heirat war die Patientin schon einmal mit einer Bauchschmerzsymptomatik stationär aufgenommen worden. Damals war dann schließlich die Gebärmutter entfernt worden, ohne daß die Schmerzen je wieder verschwunden wären, die Heirat mußte 8 Wochen verschoben werden. Die Schwiegertochter passe "nicht so recht in die Familie", ohne daß es deshalb jedoch Probleme gebe, schließlich müsse der Sohn ja mit ihr zurechtkommen.

Seitdem nimmt die Patientin relativ regelmäßig, wenngleich in unterschiedlicher Menge, ein zentral wirksames Analgetikum ein. All dies ist eher schwierig zu erfahren und muß teilweise sehr direkt exploriert werden. Bei den von uns mit Hilfe eines Fragebogens routinemäßig erhobenen Konfliktbewältigungsmechanismen zeigen sich stark erhöhte Werte für "Wendung gegen das Selbst" und "Projektion".

Um die familiäre Situation besser zu verstehen, welche die Patientin offensichtlich schlecht verbalisieren kann, und die konsiliarisch an uns gestellte Frage fundierter beantworten zu können, erfaßten wir mit dem Repertory Grid - Verfahren die Beziehungswelt der Patientin. Mit diesem Verfahren (vgl. Scheer u. Catina 1992), auf das ich hier nicht genauer eingehen kann, ist es u. a. möglich, die individuelle Strukturierung der Objektwelt eines Menschen zu erfassen, was gerade bei psychosomatischen Patienten - als eine Art "Beziehungs-Röntgenbild" - oft erst eine Erörterung familiärer Strukturen möglich macht. Unsere Patientin ordnete ihre Objektwelt in erster Linie anhand folgender Merkmale (Abb. 1), welche mittels einer Faktorenanalyse über die von ihr vorgenommenen Einschätzungen ermittelt werden konnten: "ruhig / zurückhaltend" vs. "gefühlbetont / fröhlich / explosiv" (Achse I) sowie "kein Vertrauen / Auseinandersetzungen vermeidend" vs. "verständnisvoll / durchsetzungsfähig" (Achse II). Sich selbst charakterisiert die Patientin mit dem Pol "ruhig / zurückhaltend".

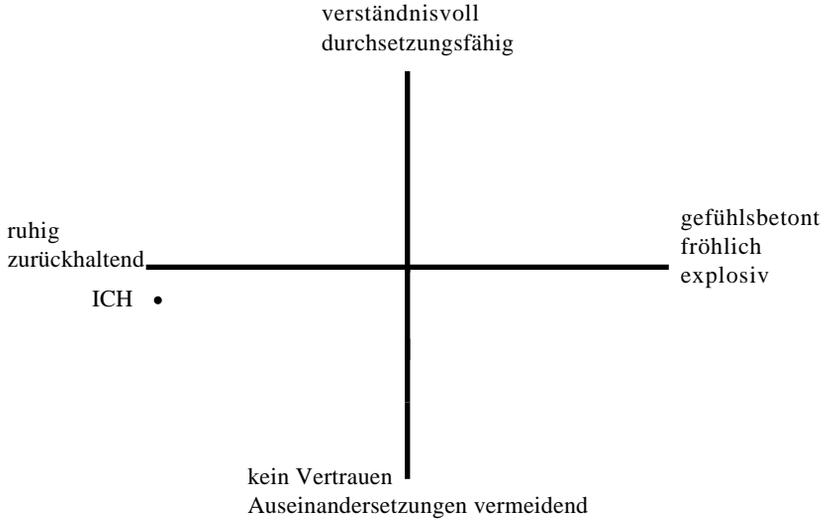


Abb. 1. Objektwelt der Patientin (Repertory-Grid-Verfahren - Erhebung I, Diagnostik)

Die wesentlichen Bezugspersonen verteilen sich in dieser Objektwelt, die man sich dreidimensional als Globus vorstellen sollte, wie folgt (Abb. 2):

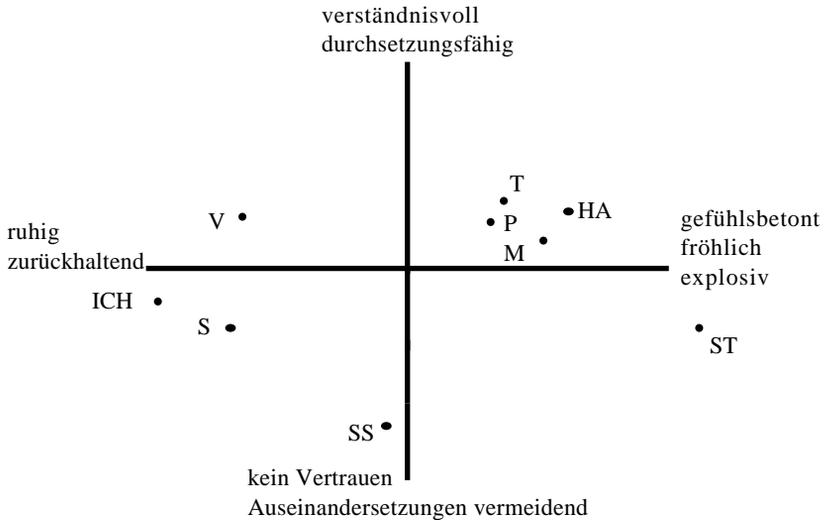
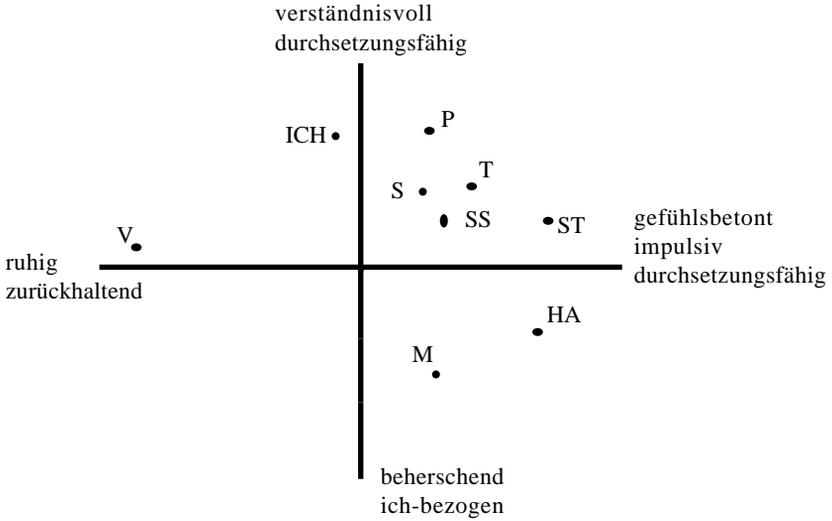


Abb. 2. Objektwelt der Patientin (Repertory-Grid-Verfahren - Erhebung I, Diagnostik)

Man kann zwei Gruppierungen sowie zwei "Ausreißer" unterscheiden. Das eine Beziehungscluster bildet die Patientin (ICH), der verstorbene Vater (V) und der Sohn (S), dieses ist durch den linken Pol der horizontalen Achse mit "ruhig, zurückhaltend" charakterisiert. Das andere umfaßt die Mutter (M), den Ehemann (P), die Tochter (T) und den Hausarzt (HA), welche als "gefühlbetont, fröhlich und explosiv" und damit gegenteilig zu ihr erlebt werden. Ausreißer - wenn man es so nennen will - sind Schwiegertochter (ST) und Schwiegersohn (SS). Wir besprachen diese Graphik mit der Patientin, verknüpft mit der Bemerkung, daß sie sich nach dem Tod des Vaters und der vorausgegangenen Heirat des Sohnes mit einer Frau, die so anders ist, vielleicht oft recht alleine vorkomme. Die Patientin bestätigte dies sofort. Mit Hilfe dieses "Beziehungsrontgenbild" war es jetzt möglich, mit ihr über ihre familiäre Situation ins Gespräch zu kommen. Sie berichtete von Allianzen, v. a. auch zwischen dem Ehemann und der Mutter, wo sie sich oft ausgeschlossen erlebe. Nach einem weiteren Gespräch unter Einbeziehung des Ehemannes, in dem v. a. die Schwierigkeiten der Grenzziehung in dieser Großfamilie im Mittelpunkt stehen, willigt sie schließlich in eine stationäre Psychotherapie in unserer Klinik ein.

Im Rahmen der 12wöchigen stationären Behandlung wird deutlich, daß Kindheit und Jugend von einer frühen Mitarbeit in der von den Eltern betriebenen Gaststätte geprägt waren, die keinerlei Freiraum für Emotionalität, Intimität und persönliche Interessen ließ. Der Gastraum war gleichzeitig das Wohnzimmer, die von der Patientin gewünschte Ausbildung fiel ebenfalls dem Familienbetrieb zum Opfer. Gegen die dominante Mutter war der Patientin die Durchsetzung eigener Interessen auch sonst nie möglich.

Nach 12wöchiger Behandlung - 12 Einzelgesprächen und 48 Gruppensitzungen sowie in diesem Fall 6 Paargesprächen - geht die Patientin beschwerdefrei nach Hause, was auch bei der 1-Jahres-Katamnese so bleibt. Betrachten wir die bei Entlassung erhobene Objektwelt, so zeigen sich weitreichende Veränderungen (Abb. 3):



**Abb. 3.** Objektwelt der Patientin (Repertory-Grid-Verfahren - Erhebung II, Therapieende)

Die für die Patientin zentralen Charakteristika ihrer Objektwelt haben sich verändert (z. B. "beherrschend / ich-bezogen") bzw. wurden inhaltlich anders verknüpft (z. B. "durchsetzungsfähig"). Das Bild des Vaters - er wird nicht mehr als "durchsetzungsfähig" gesehen - und v. a. jenes der Mutter ("beherrschend / ich-bezogen") hat sich gewandelt. Die Patientin und ihr Ehemann sind sich in der Dimension "Verständnis und Einfühlungsvermögen" näher gekommen und auch die Kinder und deren Partner werden ähnlicher bzw. nicht mehr als Außenseiter gesehen. Der Hausarzt war gegen die psychotherapeutische Behandlung, was sich wohl in seiner Positionierung in diesem Abschluß - Grid niederschlägt. Insgesamt haben sich die Gruppierungen in der Beziehungswelt der Patientin dahingehend aufgelöst, daß eine innere Ablösung von den Eltern hin zur eigenen Familie stattfand.

Für die Gruppe chronischer Schmerzpatienten ohne organpathologischen Befund hat Engel (1959) eine Reihe familiärer Beziehungsparameter in deren Primärfamilien definiert, welche diese im Erwachsenenalter für die Entwicklung eines chronischen Schmerzgeschehens prädisponieren; er sprach in diesem Zusammenhang von "pain-proneness". In zwei unabhängig voneinander durchgeführten, kontrollierten retrospektiven Studien mit völlig unterschiedlichem methodischem Ansatz konnten sowohl die Berner Arbeitsgruppe um Adler (Adler et al. 1989) als auch unsere Mainzer Schmerzforschungsgruppe (Egle et al. 1991b; Egle 1992) die prädisponierende Bedeutung dieser Faktoren belegen. Beim Vergleich einer psychogenen Schmerzgruppe (PS) mit einer Kontrollgruppe, deren Schmerzen

ein hinreichender organpathologischer Befund (OS) zugrunde lag, zeigten sich signifikante Unterschiede in folgenden durch ein strukturiertes Interview erhobenen Parametern (Abb. 4).

- a) Beziehung zur Mutter tragfähig ↓
- b) Beziehung zum Vater tragfähig ↓↓
- c) Zuwendung seitens Eltern materiell oder an Leistung gekoppelt ↑↑
- d) Prügel / Mißhandlung durch Eltern häufiger ↑↑
- e) bei Meinungsverschiedenheiten keine persönliche Auseinandersetzung mit Eltern möglich ↑↑
- f) Streit zwischen Eltern ↑
- g) Scheidung / Trennung der Eltern bis 18. Lebensjahr ↑  
Scheidung / Trennung der Eltern bis 7. Lebensjahr ↑↑↑
- h) Familienbetrieb/beide Eltern immer berufstätig ↑↑
- i) Geborgenheit in Kindheit und Jugend Insgesamt ↓
- k) Kindheitsbelastungswert ↑↑↑
- l) Lieblingsspielzeug als Ersatz für Bezugsperson ↑↑

↑: p 0,05 / ↑↑: p 0,01 / ↑↑↑: p 0,001

**Abb. 4.** Emotionale Deprivation in Kindheit und Jugend. Vergleich PS (n = 75) mit OS (n = 35)

Bei wichtigen Bezugspersonen finden sich gehäuft Krankheitsmodelle, sei es in Form von Krankheiten im gleichen Körperareal oder sogar Schmerzen mit gleicher Lokalisation - ein Befund, der bei Konversionssymptomen ja geradezu pathognomonisch ist. Bekanntestes Beispiel dafür sind wohl Patienten mit Herzschmerzen ohne körperlichen Befund, bei denen ein Elternteil an einem Herzinfarkt verstorben ist.

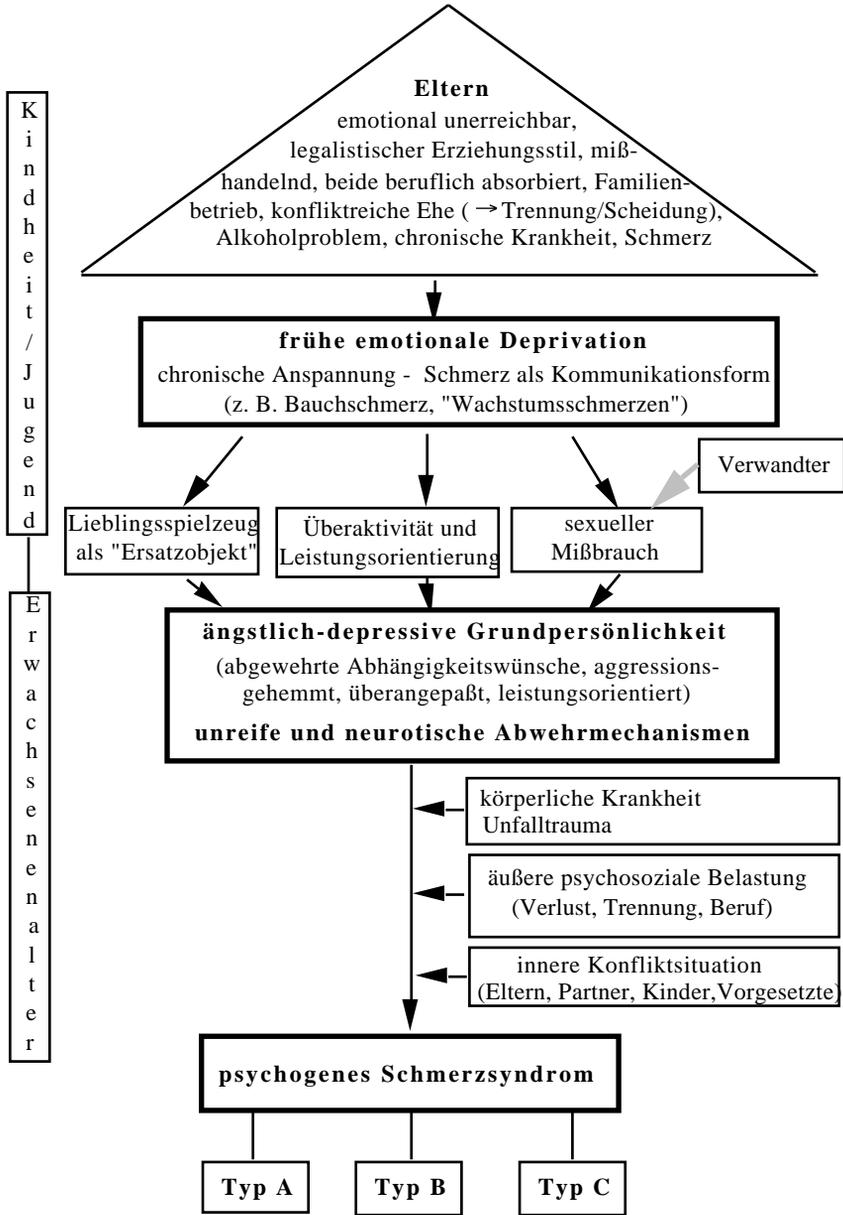


Abb. 5. Pathogenetisches Modell für psychogenen Schmerz

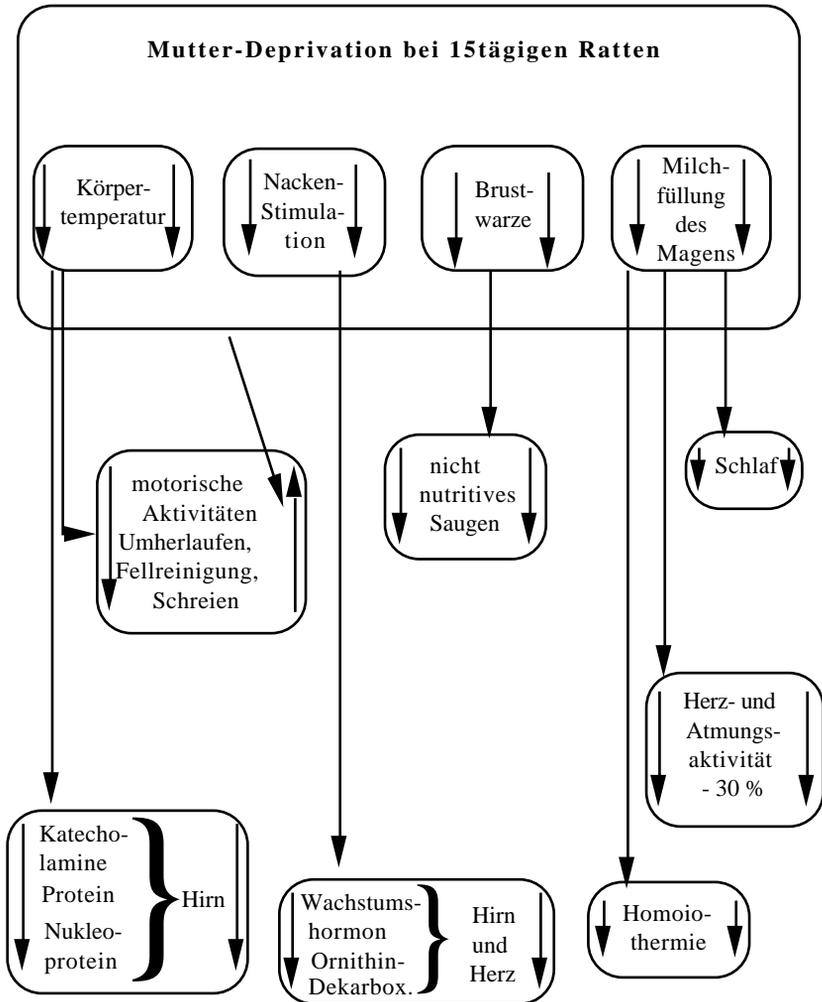
Insgesamt wird durch diese Ergebnisse deutlich (Abb. 5), daß psychogene Schmerzpatienten in Familien aufwuchsen, die - sei es durch einen Familienbetrieb oder eine konfliktreiche Ehe der Eltern - unter starker Anspannung standen. Die Eltern waren emotional kaum erreichbar, es dominierte ein legalistischer Erziehungsstil bis hin zu ausgeprägten körperlichen Mißhandlungen. Durch diese, aber auch durch Krankheit eines Elternteils war Schmerz eine wesentliche Kommunikationsform in diesen Familien. Unzureichende Kompensationsversuche dieser emotionalen Deprivation beinhalten zum einen ein als "Ersatzobjekt" fungierendes Lieblingsspielzeug oder -tier, das im Erwachsenenalter nicht selten durch Schmerzmittel abgelöst wird, zum anderen die Suche nach Anerkennung durch Überaktivität und ausgeprägte Leistungsorientierung und nicht zuletzt die Suche nach einer emotional verlässlicheren Bezugsperson, die - wird sie von einem entsprechend disponierten Erwachsenen mißverstanden - zum sexuellen Mißbrauch führen kann. Das Resultat dieser Entwicklung ist eine ängstlich-depressive Grundpersönlichkeit mit abgewehrten Abhängigkeitswünschen, aggressionsgehemmt, überangepaßt und leistungsorientiert. Diese Menschen verfügen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse und Konfliktsituationen im Erwachsenenalter nur über unreife Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismen. Meist ist die Beziehung zum Partner - wenn Sie an die eingangs skizzierte Kasuistik der Patientin mit der psychogenen Bauchschmerzsymptomatik zurückdenken - emotional ähnlich unbefriedigend. Spricht man über den Zusammenhang von Beziehung und Gesundheit, so muß gerade bei diesen Schmerzpatienten auch deren Beziehung zu Ärzten erwähnt werden: Aufgrund des in der klinischen Praxis verbreiteten nozizeptiven Schmerzkonzepts wird das Beziehungsangebot dieser Patienten überwiegend mißverstanden, iatrogene Schädigungen sind die Folge. Statt der Herstellung von Gesundheit bewirkt der Arzt die Chronifizierung von Krankheit. In der Arzt-Patient-Beziehung wiederholen sich damit körperliche Mißhandlung und emotionale Deprivation.

Auch wenn mit Hilfe der Grid-Technik die Objektbeziehungen der Patientin und deren Veränderungen, welche mit der erfolgreichen Behandlung der Schmerzsymptomatik einhergehen, gut veranschaulicht werden können, so wissen wir damit noch nicht, wie solche Zusammenhänge entstehen, wie dieser "geheimnisvolle Sprung vom Seelischen ins Körperliche" - wie es Freud (1895) noch nannte - abläuft. Was wissen wir heute mehr über die zugrundeliegenden Mechanismen, was kann diesbezüglich heute als *gesichert* angesehen werden

Schon in den 50er Jahren konnte bei einer der klassischen Psychosomatosen, dem Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür), der Zusammenhang von Trennung und individueller emotionaler Belastung einerseits sowie organpathologischen Veränderungen andererseits sehr überzeugend belegt werden: Mirsky (1958) und Weiner et al. (1957) stellten die Hypothese auf, daß eine genetische Disposition schon sehr früh in der Entwicklung des Säuglings zu einer vermehrten

Säureproduktion des Magens führt, welche dann mit einem vermehrten Nahrungsverlangen einhergeht und so die frühesten Beziehungen zur Mutter maßgeblich beeinflussen kann. Auf ein unersättliches Baby wird auch die verständnisvollste Mutter irgendwann mit Zurückweisung reagieren. Dies führt fast unvermeidlich zu frühen Kränkungen des Nahrungsverlangens, d. h. oralen Frustrationen. Kommt es im Erwachsenenalter zu einer Situation, in der Wünsche nach Versorgung nicht mehr erfüllt werden, führt dies zur Auslösung des Duodenalulkus. Dieses hypothetische Modell überprüften sie an 2073 zur Armee einberufenen Rekruten, von denen sie bei 10 aufgrund einer bestehenden Magensäureüberproduktion sowie ihrer ausgeprägten Wünsche nach Abhängigkeit und Versorgung ein Ulkus vorhersagten. Während der ersten drei Monate des Militärdienstes entwickelte sich ein solches dann tatsächlich bei sieben dieser zehn Rekruten - ein sehr guter Beleg für das hypostasierte Modell.

Diese Studie bildete den Beginn einer ganzen Reihe tierexperimenteller Untersuchungen von Weiner und Hofer zur Psychobiologie der Trennung (zusammenfassende Darstellung vgl. Weiner 1989, Hofer 1984). An Rattenbabys, die im Alter von 15 Tagen von den Muttertieren getrennt wurden, untersuchten sie Veränderungen des Verhaltens sowie physiologischer Parameter. Die komplexen Ergebnisse wurden von Meyer (1989) in einem Schema übersichtlich zusammengefaßt (Abb. 6).



**Abb. 6.** Mutter-Deprivation bei 15tägigen Ratten (nach A. E. Meyer 1989)

Durch die Abwesenheit der Mutter entwickeln diese zunächst eine gesteigerte motorische Aktivität, sie laufen mehr herum, quieken mehr und sind verstärkt mit ihrer Fellpflege beschäftigt - alles Verhaltensweisen, die durch die Präsenz der Mutter, durch deren Wärme und taktile Stimulation, normalerweise unterdrückt werden. Da die jungen Tiere jedoch allein nicht in der Lage sind, ihre Körpertemperatur zu regeln, diese mit zunehmender Dauer der Trennung sinkt, nimmt dann auch diese Betriebsamkeit ab. Außerdem bewirkt das Sinken der Körpertemperatur ein Abfallen der Katecholamin-, Protein- und Nukleo-

proteinspiegel im Gehirn und damit eine Hirnstoffwechselstörung, welche vermutlich zu Verhaltensstörungen disponiert. Durch Lecken des Nackens und Hochheben am Genick erfolgt seitens des Muttertieres eine wichtige Stimulation. Bleibt diese aus, kommt es durch ein Abfallen des Wachstumshormons und eines wichtigen Enzyms, der Ornithin-Decarboxylase, zu Minderwuchs und Gewichtsreduktion.

Die Berührung der Brustwarzen durch die Lippen des Säuglings löst normalerweise nicht-nährendes Saugen beim Säugling aus, bei Trennung ist dieses deutlich reduziert. Dabei scheinen von den Brustdrüsen der Mutter produzierte Geruchsstoffe, sog. Pheromone, eine wichtige Signalfunktion zu haben, welche den Säugling anzieht. Wäscht man diese Pheromone beim Muttertier ab oder zerstört bei den Rattenbabies den Empfänger dieser Signale, die olfaktorische Epithelschicht, so wird die Brust nicht angenommen und es entwickelt sich das selbe motorische Verhalten, wie es bei jenen von der Mutter getrennten Jungtieren beobachtet wurde. Saugen zur Nahrungsaufnahme geht bei den von der Mutter getrennten Babys zurück, wird jedoch reaktiviert, wenn der Magen durch Milch gedehnt wird. Innerhalb der ersten 4 Stunden nach der Trennung sinkt die Herz- und Atmungsfrequenz um etwa 30%. Auch ohne körperliche Präsenz der Mutter reicht das Füttern mit Milch aus, um die Herzfrequenz wieder zu normalisieren. Milch reguliert auch den peripheren Widerstand der Blutgefäße, welcher bei den von der Mutter getrennten Rattenbabies erhöht ist. Gleiches gilt für die durch die Trennung provozierten ausgeprägten Schlafstörungen sowie für das Einsetzen der Homoiothermie, der spontanen inneren Temperaturregelung (vgl. Meyer 1989). Hofer (1984) zog aus diesen Untersuchungen den Schluß, daß die Mutter üblicherweise als Regulator, als "Zeitgeber", der chronobiologischen Rhythmen ihres Kindes fungiert. Die Bedeutung chronobiologischer Rhythmen beim Menschen ist erst in Ansätzen untersucht. Im Zusammenhang mit unserer Thematik erwähnenswert sind die Ergebnisse einer Studie, wonach sich die Menstruationszyklen von Frauen, die längere Zeit zusammenleben, angleichen. Auch hierbei fungiert Beziehung offensichtlich als "Zeitgeber".

Die bei 15 Tage alten Ratten durch Trennung hervorgerufenen Reaktionen bleiben bestehen und machen für Krankheiten anfällig: Wird das Tier später zu den anderen zurückgegeben, entwickelt es einen hohen Blutdruck und eine gesteigerte Herzfrequenz. Wachstums- und Schlafstörungen, Störungen des Polyamin- und Hirnstoffwechsels persistieren ebenso wie die Neigung zu häufigen Infekten aufgrund eines geschwächten Immunsystems.

Auch die vorher in den Studien am Menschen dargestellte erhöhte Anfälligkeit für gastrische Erosionen (Duodenalulzera) in späteren Belastungssituationen konnten tierexperimentell bestätigt werden. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen auch Reite u. Field (1985) sowie Coe et al. (1985) bei ganz ähnlichen Studien mit Affen. Diese zeigen auch, daß die Auswirkungen von Verlust und Trennung durch

die Evolution hindurch erhalten geblieben zu sein scheinen (vgl. Bowlby 1975/1976, Grossmann 1988).

All diese Untersuchungen bei Tieren unterstützen die zentrale Annahme der psychosomatischen Medizin, daß Beziehung und Trennung weitreichende psychobiologische Auswirkungen haben, in besonderem Maße dann, wenn die Betroffenen aufgrund ihrer biologisch begründeten Hilflosigkeit von anderen hinsichtlich Gesundheit und Wohlergehen abhängig sind.

Eine solche biologisch begründete Hilflosigkeit findet sich in erster Linie bei Säuglingen und Kleinkindern, aber auch bei alten Menschen und bei chronisch kranken Erwachsenen. In allen drei Bereichen liegen heute wissenschaftlich fundierte Ergebnisse vor, welche eine enge Verknüpfung von Beziehung, körperlicher wie psychischer Gesundheit und Lebensbewältigung gut belegen. Ich will Ihnen im folgenden die Ergebnisse der nach meiner Einschätzung wichtigsten zusammenfassen.

Zunächst zu dem Ihnen wahrscheinlich geläufigsten Bereich, der *Entwicklung in der Kindheit*. Den meisten von Ihnen sind wahrscheinlich die Ergebnisse der Deprivationsforschung von Spitz (1967) geläufig, wonach bei Säuglingen und Kleinkindern, die länger als drei Monate von der Mutter getrennt waren, irreversible Schädigungen resultieren. Zwischenzeitlich hat sich jedoch gezeigt, daß die Abwesenheit der Mutter *allein* nur einen Teil der auftretenden Probleme erklärt und daß bei vielen Kindern solche Trennungseignisse keine überdauernden Probleme verursachen. Nötig ist also eine differenziertere Herangehensweise, bei der neben Deprivations- auch gesundheitsprotektive Faktoren berücksichtigt werden. In mehreren Untersuchungen (u. a. Tress 1986), konnte belegt werden, daß eine verlässliche und gleichzeitig emotional auch positiv besetzte Bezugsperson, die jedoch nicht unbedingt die Mutter sein muß, mit seelischer Gesundheit im Erwachsenenalter korreliert. Ohne eine solche Bezugsperson entwickelte sich keiner der Studienteilnehmer mit schwerer Kindheit zu einem gesunden Erwachsenen. In der prospektiven Kawai-Studie - benannt nach einer zu Hawaii gehörenden Insel, deren Geburtsjahrgang 1955, insgesamt 698 Neugeborene, über 25 Jahre verfolgt wurde - wurden neben einer guten Beziehung zu einer primären Betreuungsperson einige weitere gesundheitsrelevante Prädispositionsfaktoren ermittelt (Werner 1985, Werner u. Smith 1982): so wird z. B. die Anwesenheit weiterer Personen im Haushalt ebenfalls als Schutzfaktor, hingegen eine fehlende Entlastung der Mutter bei der Kinderbetreuung und damit ein *permanenter* Mutter-Kind-Kontakt als gewichtiger Risikofaktor definiert - ein Befund übrigens, der auch in transkulturellen Studien bestätigt wurde. Vereinfacht ausgedrückt: Großfamilien sind gesundheitsprotektiv, allein erziehende Mütter stellen einen Risikofaktor dar. Als Ergebnis aus der Kawai-Studie hinsichtlich der Bedeutung von Beziehung ebenfalls erwähnenswert ist, daß schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen, d. h. eine schlechte Integration in die Peer-Group, einen hohen Prognosewert für spätere

Störungen haben. Neben sozioökonomischen Faktoren ist schließlich auch chronische Disharmonie in der Familie ein Hauptrisikofaktor für die kindliche Entwicklung.

Wie sind Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Lebensbewältigung und Gesundheit *beim Erwachsenen* zu erklären? Ganz wesentliche Ergebnisse hierzu kamen in den letzten 15 Jahren von seiten der *Psychoimmunologie*. Diese belegen, daß psychosoziale Belastungen und körperliche Abwehr eng miteinander verknüpft sind. In psychoimmunologischen Untersuchungen konnte nicht nur tierexperimentell, sondern auch beim Menschen nachgewiesen werden, daß Trennung und Verlust zu einer Suppression verschiedener Immunparameter führen (Bartrop et al. 1977, Schleifer et al. 1983). Bei den Partnern von Frauen, welche an einem Mamma-Carzinom verstorben waren, zeigte sich, verglichen mit einem Meßzeitpunkt vor deren Tod, eine deutliche Schwächung des Immunsystems. Ähnliches konnte dann bei Frauen nach deren Scheidung belegt werden: Im Vergleich zu einer verheirateten Gruppe war ihr zelluläres Immunsystem im Jahr danach insgesamt deutlich geschwächt. Dabei wiesen jene Frauen die schlechteste Abwehrlage auf, welche erst seit kurzer Zeit getrennt lebten und gleichzeitig emotional noch immer stark an ihren Partner gebunden waren, d. h. meist von diesem verlassen worden waren. Doch nicht nur Verluste durch Trennung, Scheidung oder Tod führen zu immunologischen Veränderungen, sondern auch eine emotional belastende Partnersituation. Bei einer genaueren Betrachtung der verheirateten Kontrollgruppe stellte sich nämlich heraus, daß diese keineswegs homogen ist: Frauen mit einer schlechten Partnerbeziehung zeigten ebenfalls eine reduzierte Immunantwort (Blasten - Reaktion) auf die verwendeten Mitogene sowie höhere Antikörper-Titer gegenüber Epstein-Barr-Virus-Antigen, einem in psychoimmunologischen Studien häufig verwendetem Parameter (Kiecolt-Glaser et al. 1987a). In einer weiteren Studie (Kiecolt-Glaser et al. 1988) konnte übrigens gezeigt werden, daß dies für Männer genauso gilt ...

Ist die Partnerbeziehung durch eine emotional besonders belastende Pflegesituation geprägt, wie sie bei Partnern von Alzheimer-Patienten untersucht wurde, so mündet dies ebenfalls in eine Schwächung des Immunsystems (Kiecolt-Glaser et al. 1987b) .

Neben den individuell verfügbaren Bewältigungsstrategien konnte in den letzten Jahren für den Verlauf chronischer Erkrankungen das Vorhandensein einer *supportiven Beziehung* als bedeutsam belegt werden. So stellen auf ein Minimum reduzierte soziale Kontakte und damit verknüpfte Gefühle von Einsamkeit den wesentlichsten Faktor bei der Erklärung der deutlich erhöhten Sterblichkeit verwitweter Männer in den USA dar, während bei verwitweten Frauen - offensichtlich wegen ihrer Fähigkeit engere Bindungen zu anderen Frauen einzugehen - diese nicht erhöht ist. Ob es sich um eine rheumatoide Arthritis, einen Herzinfarkt oder eine Krebserkrankung handelt, soziale Unterstützung durch den Partner oder auch eine

andere verlässliche Bezugsperson trägt wesentlich zu einem günstigeren Verlauf bei, während das Fehlen einer solchen sich ungünstig auf die Prognose auswirkt. So wurde belegt, daß sich bei alleinstehenden Männern wie Frauen die Genesungsdauer nach Herzinfarkt verlängert und die Prognose verschlechtert. Bei an Krebs erkrankten Frauen erbrachten Untersuchungen, daß Alleinstehende die Konsultation eines Arztes und damit die Diagnosestellung deutlich länger aufschieben (Helsing et al. 1981). Bei einer Gruppe älterer Menschen (mit einem Durchschnittsalter von 78 Jahren), die in einer geriatrischen Einrichtung hospitalisiert und sozial recht isoliert waren, konnten durch soziale Rehabilitationsmaßnahmen physische und hormonelle Veränderungen erzielt werden. So blieb die Körpergröße unverändert, während sie in der Kontrollgruppe, die unter den bisherigen Verhältnissen weiterlebte, rückläufig war. Erklärbar war dies durch verschiedene Hormonwerte: Während bei den Männern der Kontrollgruppe die Werte für Testosteron, Östradiol und Wachstumshormon kontinuierlich abfielen, stiegen sie in der sozial rehabilitierten Gruppe genauso gleichmäßig an. Die Ergebnisse der Frauen gingen in die gleiche Richtung, waren jedoch nicht ganz so ausgeprägt (Arnetz et al. 1983). Ähnlich relevant wie in diesen psychoendokrologischen Studien erweist sich soziale Unterstützung auch in psychoimmunologischen Studien. Bei Medizinstudenten, die der Stressituation Examensvorbereitung ausgesetzt waren, fielen die im Speichel gemessenen Immunglobulin-A-Werte (IgA) deutlich weniger ab, wenn sie ihre sozialen Beziehungen in dieser Zeit aufrecht erhielten. Bei jenen, die dies nicht taten, fielen selbst nach erfolgreicher Prüfung die Werte noch weiter ab (Kiecolt-Glaser et al. 1984). Erniedrigtes IgA macht anfälliger für Infekte. Möglicherweise hat der eine oder andere von Ihnen bei sich oder seiner Umgebung ähnliches beobachtet. Auch bei AIDS-Patienten wird gegenwärtig die Frage diskutiert, inwieweit Verluste bei HIV-positiven Homosexuellen zu einer Schwächung einer Reihe von Immunparametern führen und darüber die Progredienz der Erkrankung beeinflussen können.

Auch für den Verlauf neurotischer und psychosomatischer Störungen scheint soziale Unterstützung wesentlich zu sein, zumindest legen dies Ergebnisse der Mannheimer Kohorten-Studie (Schepanck 1990) nahe - eine der beiden epidemiologischen Studien, welche uns für die ehemalige Bundesrepublik genaue Zahlen zur Häufigkeit neurotischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und daraus abgeleitet dem Bedarf an Psychotherapie lieferten. Bei der ersten Querschnittsuntersuchung wurde u. a. auch eine Verlaufsvorhersage vorgenommen. Danach kann der Experte auf der Basis einer gründlichen tiefenpsychologisch fundierten Untersuchung bei knapp 80% eine richtige Prognose treffen. Ich will hier jetzt nicht genauer auf die dabei verwendeten Kriterien eingehen, da dies das Thema des Beitrags verlassen würde. Interessant scheint mir jedoch das Analyseergebnis der Fehlurteile zu sein: Häufig hatte sich in der Zwischenzeit die supportive Beziehungssituation verändert. Neurotisch und

psychosomatisch Kranke - im Sinne von behandlungsbedürftig - gesunden ohne Behandlung, weil es ihnen entgegen der Erwartung der Experten gelungen war, eine stabile Partnerbeziehung einzugehen. Umgekehrt entwickelten ursprünglich als gesund Eingestufte nach Verlust eines supportiv wichtigen Partners so ausgeprägte Symptome, daß sie in die Gruppe der Behandlungsbedürftigereingeordnet werden mußten.

Ich bin damit am Ende meiner sicherlich selektiven Übersicht über die wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse zu den Wechselwirkungen von Beziehung, Gesundheit und Lebensbewältigung angekommen. Das Fazit lautet: Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Gesundheit und Lebensbewältigung können heute als gesichert gelten, aber die Zusammenhänge sind äußerst komplex. Ganz wesentlich dazu beigetragen haben psychoendokrinologische und psychoimmunologische Studien in den letzten 10 bis 15 Jahren. Einige von diesen - v. a. jene zu den biologischen Auswirkungen von Trennungen bei Babys - waren aus ethischen Gründen nur tierexperimentell durchführbar, gleichzeitig jedoch für die beim Menschen durchgeführten Feldstudien wegweisend. Das Wissen um diese Zusammenhänge bietet auch Ansatzpunkte zur Gesundheitserhaltung, welche bei dem vorherrschenden krankheitsorientierten Medizinverständnis immer noch vernachlässigt wird. Die skizzierten Wechselwirkungen belegen gleichzeitig den reduktionistischen Ansatz der etablierten Medizin einer - ich verwende die Begriffe v. Uexkülls u. Wesiacks (1988) - "Medizin der seelenlosen Körper", in der Beziehung primär als Störfaktor gesehen wird, aber auch die Begrenztheit der psychoanalytischen Krankheitskonzeption - "einer Medizin der körperlosen Seele" - , in dem zwar Beziehung eine ganz zentrale Rolle spielt, körperliche Störungen jedoch bis heute kaum mehr denn als mit der Metapher des "rätselhaften Sprungs" erklärt werden können. Thomä (1992) hat sich im Rahmen seines letztjährigen Vortrags auf den Lindauer Psychotherapiewochen ausführlich mit den Schwierigkeiten der Psychoanalyse auseinandergesetzt, körperliche Prozesse in ihr theoretisches Verständnis wie praktisches Handeln zu integrieren. "Alexithymie" und "präödiopale Konversion" sind jene überstrapazierten Konstrukte, mit deren Hilfe nahezu alle körperlichen Erkrankungen zu "psychisieren" versucht werden. Dies führt dann leicht zu so vereinfachenden Folgerungen wie: "Wer glückliche Beziehungen hat, stirbt nicht an Krebs". Gerade bei den Krebserkrankungen waren solche simplifizierenden Zusammenhänge oft recht publikumswirksam dargestellt worden - ich erinnere nur an das Mitte der 70er Jahre unter dem Pseudonym Fritz Zorn erschienene Buch "Mars". Schwere Verluste, z. B. der Tod eines Ehepartners, sind zwar von einem erhöhten Erkrankungs- und Sterberisiko gefolgt, auch an Krebs, doch stellt Verlust - nach allem, was wir heute wissen - keinen spezifischen Risikofaktor für eine Krebserkrankung dar (vgl. Hürny 1990).

Einfache linear-kausale Zusammenhänge - so praktisch sie für unser tägliches berufliches Handeln sein mögen - können komplexen biopsychosozialen

Zusammenhängen bei der Entstehung von Krankheit bzw. dem Erhalt von Gesundheit nicht gerecht werden. Im Rahmen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, wie es Ende der 70er Jahre von Engel (1977, 1980) entwickelt wurde, ist der Mensch Teil umfassender Systeme und selbst wiederum ein System aus vielen Subsystemen, bis hinab auf die molekulare Ebene. Diese Ebenen sind jeweils so integriert, daß das jeweilige Subsystem über eine gewisse Autonomie verfügt, gleichzeitig aber auch von den übergeordneten Subsystemen geregelt werden kann. Es handelt sich also um eine Hierarchie von Systemen, die nach kybernetischen Prinzipien mit Programmen aus Regulationen und Gegenregulationen, zugehörigen Soll- und Ist-Werten, Steuer- und Rückmelde-Variablen funktionieren und jeweils über eigene Zeichen und Kodierungen verfügen (Meyer 1989). Die dargestellten Studien, auch wenn sie nicht ganz bis zur Molekül-Ebene hinunter reichten, sind insofern ganz wesentliche experimentelle bzw. empirische Belege dieses biopsychosozialen Krankheitsmodells.

Nachdem ich Ihnen Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Gesundheit und Lebensbewältigung belegt habe, möchte ich - zumal ich davon ausgehe, daß die meisten von Ihnen psychotherapeutisch tätig sind bzw. bald sein werden - zum Abschluß meiner Ausführungen noch kurz der Frage nachgehen, welche Auswirkungen unsere psychotherapeutischen Behandlungen auf die Beziehung und den unbehandelten Partner haben? Einer Fragestellung, der bisher erstaunlich wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Tabelle 1 und Tabelle 2 geben sowohl Ergebnisse als auch die zugrunde liegende Methodik der bisher ganzen 6 Studien zu dieser Thematik wider. Betrachtet man die Ergebnisse, so erscheinen diese durchaus schwerwiegend.

**Tabelle 1.** Projekt: "Auswirkung von stationärer Psychotherapie auf den unbehandelten Partner"

Autor	Stichprobe	Design	Therapie- verfahren	Ergebnisse
Kohl (1962)	n = 39 (psychiatr. Population mit psychos- tischen Patienten)	Klinische Beobachtung	stationäre Therapie	allen Partnern geht es schlechter (Alkoholismus, Scheidungsdrohun- gen, Depressionen und Ängste, Ablehnung der Behandlung -> Gefährdung des Therapieerfolgs beim Patienten
Sager (1968)	n = 736 (50% der Partner ebenfalls in Therapie)	retrospektive Befragung des Therapeuten	ambulante Therapie (vor allem Psycho- analyse)	Trennung, Scheidung: 9%  7% der Partner geht es schlechter 21% " unverändert 38% " gebessert 24% " deutlich gebessert 10% " sehr gebessert
Bolk- Wei- schedel (1978)	n = 50 (53) (n = 43 35J.!)	retrospektive Studie, katam. Befragung des Patienten	ambulante Therapie  Einzel: n = 28 Gruppe: n = 22	Trennung, Scheidung: 20% ohne Änderung: 30% bessere Beziehung: 50%  42% der Partner schon vor Behand- lung Symptome -> 54% nach Behandlung ohne Symptome  38% nach der Behandlung Symptome -> 58% vor Therapie ohne Sym- ptome

**Tabelle 2.** Projekt: "Auswirkung von stationärer Psychotherapie auf den unbehandelten Partner"

Autor	Stichprobe	Design	Therapie- verfahren	Ergebnisse
Riehl (1985)	n = 30 (-> 64%)	retrospektive Studie, katam. Befragung des Patienten	stationäre Therapie	Trennung, Scheidung: 30% (n = 47) ohne Änderung: 20% bessere Beziehung: 50%
Hessler und Lamp- recht (1986)	n = 43 (66)	retrospektive Studie, Befragung des Partners	stationäre Therapie	60% der Partner Symptome während oder nach der Therapie 16% Suizidversuche 10% Symptomübernahme  ↑ Lebensereignisse, Krank- schreibungen und Inan- spruchnahme von Ärzten
Neu- mann (1987)	n = 10	retrospektive Studie, Beurteilung durch Behandler (!)	ambulante Einzelthe- rapie	bessere Beziehung: 40% Verschlechterung: 30% ohne Änderung: 30%

Betrachtet man das methodische Vorgehen, so zeigt sich, daß die Ergebnisse auf schwachen Füßen stehen: Alle sind retrospektiv, oft wurden die Partner gar nicht direkt befragt, in einigen Studien beschränkte es sich sogar auf Einschätzungen, welche auf dem in Psychoanalysen gewonnenen Material basierte. In einer prospektiven Verlaufsuntersuchung, in die insgesamt 107 Patienten eingingen, welche sich einer stationären Psychotherapie in unserer Klinik unterzogen, zeichnen sich nach einer ersten Auswertung folgende Ergebnisse ab: Insgesamt können nur etwa 15% der Partner hinsichtlich ihrer Beschwerden vor Therapie als psychosomatische Population gesehen werden, was nach den Ergebnissen der Mannheimer Kohorten-Studie in etwa der Häufigkeit in der Normalbevölkerung entspricht. Bei einem aus der Sicht der Patienten befriedigenden Therapieergebnis verändert sich bei 3/4 der dazugehörigen Partner das Ausmaß der Beschwerden gemessen 6

Monate nach Therapieende nicht. Bei 15% kommt es zu Trennung bzw. Scheidung, immerhin bei knapp 20% verstärken sich deren Beschwerden deutlich, während sie bei weniger als 8% der Partner rückläufig sind. Insgesamt kommt es bei ca. 35% der Partnern erfolgreich behandelter, neurotischer und psychosomatischer Patienten zu negativen Auswirkungen. Die Auswertungen zu Veränderungen der Qualität der Partnerbeziehung sind noch nicht abgeschlossen. Doch auch ohne diese, werfen diese Ergebnisse wohl die Frage auf, ob wir - nehmen wir die Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Gesundheit und Lebensbewältigung ernst - uns weiterhin explizit oder meist wohl eher implizit an dem von Freud (1916/17) aufgestellten Postulat orientieren sollten:

"Die psychoanalytische Behandlung ist einem chirurgischen Eingriff gleichzusetzen und hat wie dieser Anspruch, unter den für das Gelingen günstigsten Veranstaltungen vorgenommen zu werden. Sie wissen, welche Vorkehrungen der Chirurg dabei zu treffen pflegt: geeigneter Raum, gutes Licht, Assistenz, Ausschließung der Angehörigen usw. Nun fragen Sie sich selbst, wie viele dieser Operationen gut ausgehen würden, wenn sie im Beisein aller Familienmitglieder stattfinden müßten, die ihre Nasen in das Operationsfeld stecken und bei jedem Messerschnitt laut Aufschreien würden. Bei den psychoanalytischen Behandlungen ist das Dazwischenkommen der Angehörigen geradezu eine Gefahr, und zwar eine solche, der man nicht zu begegnen weiß" (Freud 1916/1917, S. 477).

Diese Angst vor der Unübersichtlichkeit des Operationsfelds mag uns oft davon abhalten, routinemäßig eine Paardiagnostik vor den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung zu stellen. Bei dem Ausmaß der dargestellten Wechselwirkungen ist eine solche m. E. auf dem Hintergrund eines biopsychosozialen Krankheitsverständnis wesentlich, aber auch aus ethischen Gründen für eine Aufklärung des Patienten hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen und Komplikationen, welche als Folge einer erfolgreichen Behandlung eintreten können, genauso unumgänglich, wie in dem von Freud (1916/17) als Vergleich herangezogenen chirurgischen Arbeitsfeld.

## Literatur

- Adler RH, Zlot S, Hürry C, Minder C (1989) Engels "psychogener Schmerz und der zu Schmerz neigende Patient": Eine retrospektive, kontrollierte klinische Studie. *Psychother Med Psychol* 39 : 209-218

- Arnetz BB, Theorell T, Levi L, Kallner A, Eneroth P (1983) An experimental study of social isolation of elderly people: Psychoendocrine and metabolic effects. *Psychosom Med* 45 : 395-406
- Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L, Kiloh LG, Penny R (1977) Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1: 834-836
- Bloom BL, Asher SJ, White SW (1978) Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychol Bull* 85 : 867-894
- Bowlby J (1975) Bindung. Kindler, München
- Bowlby J (1983) Trennung. Kindler, München
- Coe CL, Wiener SG, Rosenberg LT, Levine S (1985) Endocrine and immune responses to separation and maternal loss in nonhuman primates. In Reite M, Field T (eds): *The psychobiology of attachment and separation*. Academic Press, New York, pp 163-199
- Egle UT, Schwab R, Porsch U, Hoffmann SO (1991a) Ist eine frühe Differenzierung von organischen Schmerzpatienten möglich? Literaturübersicht und Ergebnisse einer Screeningstudie. *Nervenarzt* 62 : 148-157
- Egle UT, Kissinger D, Schwab R (1991b) Eltern-Kind-Beziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im Erwachsenenalter. Eine kontrollierte, retrospektive Studie zu G. L. Engels "pain-proneness". *Psychother Psychosom Med Psychol* 41 : 247-256
- Egle UT (1992) Das benigne chronische Schmerzsyndrom: Diagnostische Subgruppen, Screening-Parameter, biographische Disposition. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42 : 261-272
- Engel GL (1959) "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26 : 899-918
- Engel GL (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196 : 129-136
- Engel GL (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 137:535-544
- Freud A (1936) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München
- Freud S (1895) Studien über Hysterie. *GW Bd 1*. Fischer, Frankfurt aM, S 75-312
- Freud S (1916/17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW Bd 11*. Fischer, Frankfurt aM
- Grossmann KE (1988) Bindungstheorie und Psychobiologie der Bindung in ihrer Bedeutung für die Sozialpädiatrie. *Sozialpäd Prax Klin* 10 : 50-53
- Helsing KJ, Szklo M, Comstock GW (1981) Factors associated with mortality after widowhood. *Am J Publ Health* 71 : 802-809
- Hofer MA (1984) Relationships as regulators. *Psychosom Med* 46 : 183-187
- Hürny C (1990) Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In: Uexküll T v (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 903-915

- Kiecolt-Glaser JK , Garner W, Speicher C, Penn GM, Holliday J, Glaser R (1984) Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med* 46 : 7-14
- Kiecolt-Glaser JK, Fisher BS, Ogrocki P, Stout JC, Speicher CE, Glaser R (1987a) Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosom Med* 49 : 13-33
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Shuttleworth EC, Dyer CS, Ogrocki P, Speicher CE (1987b) Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's Disease victims. *Psychosom Med* 49 : 523-535
- Kiecolt-Glaser JK, Kennedy S, Malkoff S, Fisher L, Speicher CE, Glaser R (1988) Marital discord and immunity in males. *Psychosom Med* 50 : 213-229
- Meyer AE (1989) Zur Psychologie der Trennung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 39 : 106-109
- Mirsky IA (1958) Physiologic, psychologic, and social determinants in the etiology of duodenal ulcer. *Am J Digest Disorders* 3 : 285-314
- Parkes CM, Brown RJ (1972) Health after bereavement. *Psychosom Med* 34 : 449-461
- Reite M, Field T (eds) (1985) *The psychobiology of attachment and separation.* Academic Press, New York
- Scheer JW, Catina A (Hrsg) (1992) *Einführung in die Repertory Grid-Technik. Bd 1: Handbuch, Bd 2: Klinische Anwendungen.* Huber, Basel
- Schepanck H (Hrsg) (1990) *Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schleifer SJ, Keller SE, Camerino M, Thornton JC, Stein M (1983) Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA* 250 : 374-377
- Spitz RA (1967) *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr.* Klett, Stuttgart
- Thomä H (1992) *Der Körper in der Psychoanalyse.* In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) *Liebe und Psychotherapie.* Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 123-145
- Tress W (1986) Die positive frühkindliche Bezugsperson - Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen. *Psychother Med Psychol* 36 : 51-57
- Uexküll T v, Wesiack W (1988) *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns.* Urban & Schwarzenberg, München
- Vaillant GE (1971) Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiat* 24 : 107-118
- Vaillant GE (1977) *Adaption to life* (dt. Werdegänge. Rowohlt, Reinbek 1980). Little & Brown, Boston
- Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO (1986) An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiat* 43 : 786-794
- Verbrugge LM (1979) Marital status and health. *J Marriage Fam* 41 : 267-285

- Weiner H (1989) Eine Medizin der menschlichen Beziehungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 39 : 96-102
- Weiner H, Thaler M, Reiser MF, Mirsky IA (1957) Etiology of duodenal ulcer: I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychosom Med* 19 : 1- 10
- Werner EE (1985) Stress and protective factors in children's lives. In: Nicol AR (ed) *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry*. Wiley, New York, pp 335-355
- Werner EE, Smith RS (1982) *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. McGraw, New York

# Musische Therapieverfahren

## Eine Vorstudie zum Forschungsfeld im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen\*

Ulrike Oerter, Hartmut Otto und Horst Kächele

Wir berichten über eine Vorstudie, die während der Lindauer Psychotherapiewochen (LPW) 1992 durchgeführt wurde. Ihr Ziel war, zu erkunden, wie sich Forschungsanliegen im Rahmen der LPW ökologisch verträglich durchführen lassen. Die beiden ForscherInnen sollten und wollten selbst erfahren, wo als Teilnehmende an den Angeboten musischer Therapieverfahren (MTV)<sup>1</sup> im Rahmen der LPW Bereitschaft entstehen kann, mit Interesse an einem Forschungsprojekt beteiligt zu werden, und welcher Zeitpunkt mit welchen Medien in Frage kommen kann. Auch ging es darum, das Interesse der GruppenleiterInnen, ihre Ziele und ihre Motivation für die Mitarbeit bei den LPW und deren Bereitschaft zur Forschungsteilnahme zu erkunden. Dazu wurden anhand eines Leitfadens halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Deren Auswertung sollte der konzeptuellen Planung und konkreten Vorbereitung einer empirischen Studie dienen. Aus den Beobachtungen sollten Hypothesen für weitere Studien gewonnen werden.

Mit ausdrücklichem Dank möchten wir die GruppenleiterInnen erwähnen, die uns bereitwillig als TeilnehmerInnen ihrer Angebote aufnahmen und ebenso alle diejenigen LeiterInnen, die trotz der angefüllten Zeit in Lindau bereit waren, mit uns Interviews zu Fragen der Forschung zu führen. Gerade diese Gespräche waren oft eine intensive Begegnung mehr.

Wir bedanken uns auch bei den GruppenteilnehmerInnen für die persönlichen Berührungen, Begegnungen, dem Gegenübersein und Zusammenfinden, erfrischen und anstrengenden Mitteilungen.

---

\* Die Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart (FPS) erarbeitet im Auftrag der Lindauer Psychotherapiewochen (LPW) Evaluations- und Organisationsstudien (EOS) (vgl. Lindauer Texte 1991).

<sup>1</sup> Kunsttherapie, Maltherapie, Tanztherapie, Musiktherapie, Gestaltungstherapie

## Persönliche Eindrücke <sup>2</sup>

### *Tagebuchausschnitte der Woche vom 20.4.-26.4. 1992 <sup>3</sup>*

*Montag, 20.4.1992*

Müde nach langem Tag und vielen Menschen am Abend.

Erste Podiumsdiskussion: Das Publikum ist erstaunlich durchjüngt, ich hätte Ältere erwartet. Dazwischen aber auch viele Ältere. Ein erstes bekanntes Gesicht, ein zweites ...

MitarbeiterInnenempfang: Hier ist eine gute Möglichkeit, die betreffenden LeiterInnen kennenzulernen, ins Gespräch zu kommen, für eine Zusammenarbeit zu werben!

Auf dem MitarbeiterInnenempfang muß ich etwas mühsam meinen bisher einzigen, privaten, persönlichen Kontakt nutzen, um durch diesen wiederum anderen vorgestellt zu werden. Aber genau so scheint Lindau auch zu funktionieren: Die persönliche Bekanntschaft schafft weitere Kontakte.

*Dienstag, 21.4.1992*

"Morgendliche Einstimmung: Rhythmisch-musikalisches Selbsterleben": Früh ist es und doch erstaunlich voll. Ort der Veranstaltung ist das Theater. Stimmungsbild bei mir: "Die musizierende Familie", Altes bewahren, singen - lösen, niedlich - nett - unkritisch - heiter, Altes auffrischen, die Gemeinde und Gemeinschaft in Lindau, Familie LPW. Erinnerungsreste wecken aus geborgener (Kinder-) Zeit, der gute Hirte breitet seine Arme über seine Schäfchen aus.

Die erste Gruppe am Vormittag ist eben vorbei. Viele Eindrücke sind in mir, mir schwirrt der Kopf und der Bauch. Die TeilnehmerInnen haben oft schon Erfahrungen gesammelt mit psychotherapeutischen Techniken, nur wenige arbeiten (noch) nicht selbst in diesem Bereich. Viele Männer haben sich für dieses Tanztherapieangebot <sup>4</sup> angemeldet, die Gruppe ist groß, aber ausgewogen.

---

<sup>2</sup> Es ist schwierig, persönliche Eindrücke für eine Veröffentlichung so aufzubereiten, daß sie echt und zugleich sehr zurückhaltend bleiben. Im Bemühen, die Anonymität zu wahren, kann viel Spannendes und Bewegendes in der persönlichen Begegnung mit den TeilnehmerInnen und LeiterInnen hier also leider nicht zur Sprache kommen. Uns liegt daran zu betonen, daß die hier beschriebenen Eindrücke subjektiv sind. Eine andere TeilnehmerIn mag durchaus andere Eindrücke gewonnen haben.

<sup>3</sup> An dieser Woche nahm Ulrike Oerter teil.

<sup>4</sup> Im folgenden Text werden folgende Abkürzungen verwendet: "TT" für Tanztherapie, "MT" für Musiktherapie und "SE" für Selbsterfahrung

Interviews mit den TeilnehmerInnen könnten sicher günstig vor oder zu Beginn der Gruppe gemacht werden. Nach der ersten Einheit wäre ein Interview nicht gut, alle sind k.o., haben viel erlebt, sind mit dem Eigenen beschäftigt, sind müde, hungrig.

Die Sonne scheint nachmittags so hell und warm, daß es wirklich schwer fällt, jetzt noch eine zweite Gruppe mitzumachen. Zwei SE-Gruppen (Selbsterfahrungsgruppen) sind auch sehr viel. Andererseits bietet das eine interessante Vergleichswahrnehmung der unterschiedlichen Zusammensetzung, der Stimmungen, der Tageszeit, der TeilnehmerInnen mit deren Erwartungen, der LeiterInnenpersönlichkeiten.

Ich fühle mich leider sehr unwohl in dieser Gruppe, was mich in einen Konflikt zwischen mir selbst und einem doch vorhandenen Arbeitsauftrag bringt.

Für dieses musiktherapeutische Selbsterfahrungsangebot hat sich nur ein Mann angemeldet. Die TeilnehmerInnen haben z. T. keine Erfahrung mit Psychotherapie, z. T. arbeiten sie selbst mit Gruppen oder einzeln. Auffallend ist hier eine Häufung von "somatischen" ÄrztInnen - gerade im Gegensatz zu der ersten Gruppe. Welche KollegInnen werden also besonders von dem Medium Tanz, von dem Medium Musik angesprochen? Ist diese Häufung vielleicht signifikant?

*Donnerstag, 23.4.1992*

Gestern, Mittwoch, kam ich nicht dazu, aufzuschreiben - ein Hinweis darauf, wie anstrengend der zweite Tag für die Leute in SE- Gruppen werden kann.

Fragwürdigkeit der Forschungssituation inmitten von zwei Gruppen mit SE. Ich kann mich entweder nur richtig einlassen, und dann ist es auch sehr anstrengend, oder aber ich müßte mich äußerst zurückhalten, einzusteigen.

TT: Intensive Prozesse sind in Klein- und Großgruppen in Gang. Ich kann mir vorstellen, daß TeilnehmerInnen dieser Gruppe den ganzen Nachmittag weiterbeschäftigt sind mit dem Erlebten. Ob dann noch Raum für Vorlesungen bleibt?

MT: Entlang des Begriffs "Musik" erinnerten TeilnehmerInnen persönliche, einschränkende, Erlebnisse mit Musik, mit ihrer Stimme, die in der SE thematisiert wurden. Monochord neben Straßenwalze

TT: Heute war der Vormittag gemacht, nicht so anstrengend. Die LeiterIn bietet eine Therapieeinheit an und erzählt auch 45 Minuten über die Grundzüge der TT. Gibt guten Abstand und ein klitzekleinwenig Einblick. Der Gruppe geht es gut miteinander. Es macht vielen Freude, zu kommen. Pärchenbildungen.

*Freitag, 24.4.1992*

Nach MT, am See, Sonne. Ambivalenz, in der MT- Gruppe zu bleiben: Neugier, was kommen kann und Unwille. Ich fühle mich beschissen und mag nicht durch die anstrengenden MT-Erfahrungen die köstlichen Kräfte aus der TT verderben!

Kleine Wunder geschehen im - zumindest vorübergehenden - Symptomverlust einer TeilnehmerIn.

Ein Traum einer TeilnehmerIn kann bearbeitet werden.

*Samstag, 25.4.1992*

Ich bin sehr erschöpft, so müde, daß ich vorhin nicht mehr mit anderen essen gehen wollte. Leider erst morgen am Sonntag noch ein letztes Interview. Das heutige Interview war spannend und ein schöner Abschluß dieser Arbeit.

*Sonntag, 26.4.1992*

Beim Interview mit der zweiten LeiterIn haben wir uns sehr viel Zeit gelassen, wir konnten noch einiges austauschen. Geruhsamer Nachmittag am See zum Erholen.

## **Zusammenfassung**

### *Tanztherapie*

Diese Übung ist eine Mischung von expliziter Methodenvermittlung und Technikerklärung mit Fragen, Antworten, Hinweisen, Buchempfehlungen und intensiver Selbsterfahrung. Diese Form der TT ist improvisationsorientiert. Es gibt viele Wechsel des Tuns, Nachempfindens, Sprechens über das Erlebte und Sprechen über die Methode. Der Gruppenprozeß ist kontinuierlich, aber mit guter Einstiegsmöglichkeit für die späterkommende TeilnehmerIn. Der Einzelne erlebt sich, die Begegnung ist auch ein Mittel. Die Gruppe ist nicht Austragungsort, sondern Erlebnisfeld. Am Beispiel einer TeilnehmerIn wird ein Einzelproblem innerhalb der Gruppe bearbeitet und methodisch reflektiert, nachdem der SE-Prozeß für die TeilnehmerInnen beendet war. Durch Kleingruppenwahl gibt es individuelle Bearbeitungen. Anhand der anschließenden Mitteilung in der ganzen Gruppe sind zusätzlich zum persönlichen Miterleben Einblicke in die unterschiedlichsten therapeutischen Herangehensweisen möglich. Es gibt viele Anregungen und Anleitungen, übendes Ausprobieren, Erweitern durch Spiel mit dem Gegenteil. Im Gang durch die Entwicklungspsychologie nach M. Mahler wird ein Nachvollziehen dieser wissenschaftlich vorgenommenen Beschreibung im stufenweisen Nacherleben ermöglicht.

Der Reflexionsgrad über die Methode ist eher hoch, wenn auch viele konkrete Fragen nicht mehr geklärt werden konnten, gerade im Hinblick auf spezifische Erkrankungen. Die Selbsterfahrung mit biographischen Erlebnissen war sehr stark, ohne Widerspruch zu den methodischen Hinweisen.

## *Musiktherapie*

Das Angebot ist intensiv SE-orientiert. Der Prozeß erfaßt die Gruppe als Ganzes. "Ruhepausen" der TeilnehmerInnen sind zwar so gruppenspezifisch sehr wirksam, aber doch insofern "gestattet", als sich jede/r ihre Dosis passend macht. Die Zeit ist wiederholt gegliedert in Atem- und Stimmarbeit, rezeptive Erfahrung (Gong, Klangschale und Monochord), Austausch über das Erlebte, freie Improvisation, Austausch. Themen im Gespräch ergeben sich durch die Erlebnisse und Konflikte der TeilnehmerInnen. Fragen an die Methodik, Indikation oder Technik werden von der LeiterIn erbeten, hinter das Ende des Gruppenprozesses am letzten Nachmittag zu stellen, eine Stunde wird dafür eingeplant und dann auch von der Gruppe gut genutzt.

Der Reflexionsgrad zur Verfahrensmethodik/-technik ist äußerlich eher niedrig, die SE steht ganz im Mittelpunkt. Es werden einige Wünsche nach Einzelmusiktherapie am Wohnort geäußert, also eine Fortsetzung des Prozesses in diesem Medium erwogen. Denjenigen, die auch vorher explizit den Wunsch äußerten, soviel über das Verfahren kennenzulernen, daß sie es gezielter verordnen können, scheint diese Übung für ihr Anliegen ausreichend viel gezeigt zu haben.

## *Tagebuchausschnitte der Woche vom 26.4.-2.5.1992*<sup>5</sup>

### *Sonntag, 26.4.92*

- nach den beiden Telefongesprächen mit Ulrike bin ich ziemlich gespannt, positiv wie negativ, wie es mir wohl in Lindau ergehen wird; sie hat so viele Leute kennengelernt - bin ich überhaupt wirklich offen dafür?
- ziemlich einsam auf der MitarbeiterInnenbegrüßung; kenne nur eine Leiterin, und die hat kaum Zeit für mich.

---

<sup>5</sup> An dieser Woche nahm Hartmut Otto teil.

- schließlich gebe ich mir einen Schubs und spreche irgendwen an; einmal in Fahrt läuft sich der Wagen dann warm.

*Montag, 27.4.1992*

TT

- Erwartungsaustausch: die Gruppe ist bunt gemischt: Zum Teil wird aufgrund der Grenzen der "verbalen Verfahren" nach anderem gesucht; hierbei geht es auch um Anregungen für die schon gemachten eigenen professionellen Entwicklungen; zum Teil ist die ganz persönliche Suche nach etwas Neuem für den eigenen Lebensweg der Grund für die Gruppenteilnahme ("Es muß in meinem Leben etwas in Bewegung kommen!").

MT

- Begrüßung: Wollen Sie Ihre Schuhe ausziehen? Ich werde Sie am Ende fragen, ob Sie einen Eindruck davon haben, was MT ist und was sie leisten kann!  
- Vorstellung in der Gruppe: Auch hier gibt es ein bunt gemischtes Bild. Erstaunlich viele "somatische ÄrztInnen" sind anwesend. Eine Auftrennung der Erwartungen der TeilnehmerInnen an die Gruppe zwischen Selbsterfahrung oder Professionalisierung wird nicht so deutlich formuliert wie in der TT-Gruppe.

*Dienstag, 28.4.1992*

Trance

- Gruppen von vier Personen zum Kennenlernen und Austausch  
- zweimal Monochord und Berimbau; viel Zeit für die nacheinander einsetzenden Instrumente; zuvor erzählt ein Leiter als Einstimmung die Geschichte "Rabbi Löw auf Schatzsuche"  
- bei der Reflexion in der Kleingruppe ist Sprachunlust angesagt  
- Kleingruppenarbeit ist ganz nett, erfordert aber ein hohes Maß an Eigenständigkeit und Arbeitsbereitschaft.

TT

- verdammt viel, was in der Gruppe so abgeht; SE in einer Intensität, wie ich sie bislang noch nie erlebt habe und auch nicht für möglich hielt  
- TT fordert Berührungen heraus, und die haben's in sich: Intimität, Erotik, Zärtlichkeit, Lust, Grenzen, Angst ...  
- keine Forschung von außen mehr denkbar - ich bin ganz drinnen.

MT

- die SE-Anteile in der Gruppe dienen "nur" der anschaulichen Vermittlung der in der Musiktherapie möglichen Prozesse; immer wieder bricht die LeiterIn das Nacharbeiten ab, weist nur auf mögliche Fragestellungen im Rahmen einer

"echten" Therapie hin ("Vielleicht können Sie ja etwas damit anfangen"); die Gruppenatmosphäre bleibt so deutlich anonym und sachlich kälter - nicht die Erfahrungen mit anderen Einzelpersonen im gemeinsamen Musizieren, sondern mehr das Eigenerleben in der Gesamtgruppe mit ihren Facetten steht im Vordergrund; die GruppenleiterIn erscheint in einer für den Prozeß und das Erleben wichtigeren Position, als das in der vergleichbaren TT der Fall ist.

Hier bricht das spontan geführte Tagebuch ab. Es offenbart damit einerseits seinen fragmentarischen Charakter, welcher andererseits aber sicherlich auch Ausdruck der Prozesse ist, die in der und durch die Gleichzeitigkeit der teilnehmenden und forschenden Arbeit bei mir entstanden sind.

*Mittwoch, Donnerstag, Freitag, 28.-30.4.1992*

Die Prozesse in allen Gruppen nehmen mich weiter mit auf ihren Weg. Ich gebe meine beobachtende Haltung mehr und mehr zugunsten einer wohlthuenden, aber auch immer wieder schwierigen Eigenarbeit auf. Sekt oder Selters - Selbsterfahrung oder Forschung - beides geht in meinem Empfinden nicht mehr.

TT und MT berühren mich spürbar am meisten: TT als für mich neues Verfahren bietet mir enorme Möglichkeiten. MT mal wieder als Teilnehmer zu erleben, ist etwas ganz besonderes; das Vorgehen der TherapeutIn ist wohlthuend anders als meine bisherigen Erfahrungen und für mich nicht zu vergleichen mit anderen TherapeutInnen. Trance berührt mich weniger: Die große Gruppe und die damit mögliche Oberflächlichkeit sind nicht mein Fall. Sicherlich tragen auch meine spezifischen Interessen dazu bei, so daß ich eine intensivere Aufarbeitung mit intensiverem Ergebnisaustausch und entsprechenden Anmerkungen der LeiterInnen vermisste.

*Samstag, 2.5.1992*

Das gemeinsame Essen der MitarbeiterInnen am gestrigen Abend dauerte bei mir recht lang. Spannende und intensive, bereichernde Kontakte ergaben sich.

Der Abschied aus Lindau gestaltet sich sehr schön: Treffte noch auf der Brücke bei der Fahrt zur Auflösung meines Zimmers eine Bekannte und habe zum Abschluß noch ein intensives Interview, das dann aber doch mehr zu einem recht persönlichen Austausch wird.

## **Zusammenfassung**

### *Tanztherapie*

Die Erwartungen der GruppenteilnehmerInnen sind bunt gemischt: Zum einen Teil suchen die TeilnehmerInnen aufgrund der Grenzen der "verbalen Verfahren" nach anderen Möglichkeiten. Anregungen für die eigenen professionellen Entwicklungen werden gewünscht. Auf der anderen Seite steht die ganz persönliche Suche nach etwas Neuem für den eigenen Lebensweg und ist die "Begründung" für den Besuch der Gruppe ("Es muß in meinem Leben etwas in Bewegung kommen!").

Diese verschiedenen Erwartungen der TeilnehmerInnen sind in meinem Erleben letztlich sicherlich zur überwiegenden Zufriedenheit der meisten erfüllt worden. 'Letztlich' meint hier, daß die Arbeit der einzelnen in der Gruppe und auch die Gruppe insgesamt eher als SE-orientiert bezeichnet werden muß, insofern also Wünsche nach professionellem Wissenszuwachs vordergründig nicht erfüllt wurden. In einigen Gesprächen kurz nach Abschluß des eigentlichen Gruppenprozesses am Morgen des Abreisetages haben einige TeilnehmerInnen aber schon erste "professionelle" Überlegungen über die Qualität und/oder Anwendungsgebiete der Tanztherapie aus dem Erinnern ihres eigenen Erlebens heraus ziehen können. In meiner Vorstellung ist eine so frühe Reflexion eher ungewöhnlich, mag hier aber mit dem hohen Professionalisierungsgrad der einzelnen und/oder ihrer eigenen beruflichen Involvierung in Psychotherapie und ihre grundlegenden Prozesse erklärt werden.

### *Musiktherapie*

Die Vorstellung in der Gruppe zeigt ein bunt gemischtes Bild: Im Vergleich zur TT-Gruppe erstaunlich viele "somatische ÄrztInnen". Eine Auftrennung zwischen dem Wunsch nach Selbsterfahrung oder nach größerer Professionalisierung wird nicht so deutlich wie in der TT-Gruppe formuliert. Die SE-Anteile im Gruppenprozeß dienen hier "nur" der anschaulichen Vermittlung der in der Musiktherapie möglichen Prozesse. Immer wieder bricht die GruppenleiterIn das Nach- und Bearbeiten ab. Sie weist lediglich auf mögliche Fragestellungen im Rahmen einer "echten" Therapie hin ("Vielleicht können Sie ja etwas damit anfangen?!"). Die Gruppenatmosphäre bleibt so deutlich anonym und sachlich kälter. Nicht die Erfahrungen mit Einzelpersonen im gemeinsamen Musizieren, sondern mehr das Eigenerleben in der Gesamtgruppe mit ihren Facetten steht im Vordergrund.

Nach Ende der Gruppe waren unter den TeilnehmerInnen unterschiedliche Zufriedenheitsgrade zu vernehmen. Die Pro- oder Contra-Argumente zur Gruppe wurden dabei häufig identisch formuliert. Wie schon zuvor angedeutet, erschien die GruppenleiterIn in einer für den Prozeß und das Erleben wichtigeren Position, als das in dem vergleichbaren TT-Angebot der Fall war. So reizte sie z. B. im Vergleich zur TanztherapeutIn offensichtlich weitaus mehr zu einer auch negativen Gegenübertragung. Das Feld MT wird von der LeiterIn mit seinen unterschiedlichen Arbeitsmöglichkeiten möglichst breit vorgestellt; in Nachgesprächen zeigte sich auch die positive Aufnahme dieses Anliegens.

## **Interviews mit GruppenleiterInnen**

Im Rahmen der beiden LPW-Wochen interviewten die beiden ForscherInnen 11 MTV-GruppenleiterInnen. Dazu wurde der unten wiedergegebene Leitfadent entwickelt. Die Gespräche wurden z. T. frei, z. T. entlang des Leitfadens oder in einer Mischform durchgeführt.

In den Gesprächen wurden immer wieder Fragen im Hinblick auf die Wortwahl unseres *Projektnamens* aufgeworfen. Begriffe wie "künstlerisch", "avermal", "nicht-verbal", "nonverbal" tauchen auf, werden aber nie als ganz treffend empfunden. Die tiefenpsychologisch analytische Denkrichtung scheint eine von vielen verwendete Grundlage zu sein, aufgrund derer eigene Modelle weiterentwickelt wurden. Im Grunde zeichnet alle "musischen Therapieansätze" die Integration zumindest zweier Medien aus, das der Sprache und das für das jeweilige Verfahren namensgebende. Das rasche Einordnen des Begriffs "Muse" ist heute anscheinend nicht mehr in seinem ursprünglich weitgespannten Inhalt möglich. Leicht wird nur noch die Musik zugeordnet, obwohl damit alle Künste gemeint sind. Hier schloß sich dann auch gleich eine wichtige Frage an: Welche Verfahren werden auf den LPW in dieses Forschungsvorhaben einbezogen?

### *Leitfaden für das Leiterinterview*

- Warum veranstalten Sie diese Kurse?
- Was erwarten Sie von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen?
- Wodurch kommen Sie dazu, in Lindau Kurse zu geben?

- Welchen inhaltlichen Schwerpunkt wollen / wollten Sie hier setzen? (SE / Methodik, Techniken). Was erhoffen Sie sich davon?
- Wie sehen Sie die berufspolitische Wirkung diese Angebots?
- Wie sehen Sie die Meinung, daß in Lindau MT / TT gleichsam "ausverkauft" wird?
- Wird der Supermarkt der Angebote hier nur noch um ein weiteres vergrößert?
  
- Wie schätzen Sie die Gruppe ein? Ließ sie sich auf Ihr Angebot ein?
- Was war für Sie schwierig, was war für Sie günstig? (Äußerer Rahmen: Stunden, Zeit, Raum; TeilnehmerInnen: Anzahl, Zusammensetzung, Alter, Berufe, Vorbildung; Inhaltlicher Verlauf: Themen ...)
- Wie empfanden Sie meine Teilnahme? (Belastend - neutral - günstig)
  
- Wie gehen jetzt die TeilnehmerInnen nach Ihrer Einschätzung? Haben die TeilnehmerInnen profitiert / nicht profitiert? Was konnten Sie mitnehmen? Was werden die TeilnehmerInnen aus Ihrer Sicht aus dieser Übung umsetzen? (SE, Ausbildung)
  
- Was halten Sie für Lindau 1993 für sinnvoll?
- Welche Fragen würden Sie gerne mit Forschungsinstrumenten klären und wie?
- Welche Art der Zusammenarbeit können Sie sich vorstellen für 1993? (offene oder verdeckte Teilnahme an den Gruppen, Fragebögen, Bilder malen, Interviews)
- Sehen Sie sich prinzipiell bereit zu einer weiteren Zusammenarbeit?
- An welche strukturellen Grenzen stoßen Sie mit Ihrem Anliegen hier in Lindau in Ihrer Arbeit? Wie wären diese Probleme zu verändern? Wie könnte sich der Rahmen ändern?

### *Motivation der GruppenleiterInnen*

GruppenleiterInnen haben für die Leitung einer Gruppe in Lindau

- *persönliches Interesse:*

Für einige LeiterInnen sind die LPW eine wichtige Möglichkeit, in der "Szene" selbst bekannt zu werden. LPW soll auch das Renommee fördern. Erhofft werden Folgeengagements und größere Anerkennung innerhalb des Arbeitsumfelds. Den LeiterInnen ist die Abwechslung zur Arbeit mit PatientInnen willkommen; die Klientel der LPW bietet besondere Chancen für eine kurze und gleichzeitig den-

noch intensive Arbeit. Der Austausch mit FachkollegInnen wird als hoher Wert geschätzt.

- *berufspolitisches Interesse:*

Die LPW werden als Veranstaltung mit Multiplikatorenwirkung eingeschätzt. Wer in diesem Rahmen ein MTV kennengelernt hat, wird dazu einen leichteren Zugang im Arbeitsumfeld bekommen. Davon wird eine größere Anerkennung des Verfahrens erhofft und vermehrte Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und PsychologInnen.

- *finanzielles Interesse:*

Ein finanzielles Interesse ist bei den LeiterInnen kaum vorhanden. Das Honorar der LPW entspricht nicht den Verdienstmöglichkeiten des freien Marktes. Dieses Manko wird angesichts der Anreize der LPW akzeptiert.

Der Weg zu einer Gruppenleitung auf den LPW, der sicherlich auch Abbild der individuellen Motivation für diese Arbeit sein kann, ist recht unterschiedlich: Die LeiterInnen werden durch Referenzen seitens der LPW-Leitung bekannter TherapeutInnen für Lindau angesprochen, werden direkt eingeladen oder aber bewerben sich selbst um eine LeiterInnenschaft. Die Absprachen zwischen der Leitung und den GruppenleiterInnen waren unterschiedlich: Es sollten entweder Selbsterfahrungsgruppen oder aber Einführungen in das Verfahren angeboten werden.

Es werden unterschiedliche *inhaltliche* Schwerpunkte gesetzt: Interessant ist, daß bei den Angeboten, die schon über einige Jahre im Rahmen der LPW bestehen, häufig eine Veränderung in Aufbau oder inhaltlicher Gestaltung stattgefunden hat. "Stil" wird dabei nicht als eine feststehende und sich nur in der nachträglichen Reflexion verändernde Größe empfunden. Er wird als ein prozeßhaftes Gebilde betrachtet, in das neben den eigenen Schwerpunkten der GruppenleiterIn auch die Interessen der TeilnehmerInnen einfließen.

Das Ziel der meisten GruppenleiterInnen ist es, einen bewußt reflektierten Einblick in Methodik und/oder Möglichkeiten des jeweiligen MTV zu geben. Nach überwiegender Meinung der GruppenleiterInnen ist dieses Kennenlernen nur möglich, wenn vor einer verbalen inhaltlichen Vermittlung das eigene Tun und Erleben steht, sich Selbsterfahrung und Theorie ergänzen. Wichtig ist dabei, die schmale Gradwanderung zwischen positiven, heilenden einerseits und negativen, gefährlichen Aspekten des MTV andererseits zu vermitteln. Bei den TeilnehmerInnen soll ein Gefühl dafür entstehen, daß ohne eine eingehende Ausbildung das jeweilige Therapieverfahren nicht ausgeübt werden kann. Das Verfahren als solches soll erfaßbar gemacht werden, die Person des Leiters dahinter zurückstehen: "Keine 'Gurus' bitte!"

Das Spannungsfeld der inhaltlichen Schwerpunkte stellt sich wie folgt dar:

- reine Selbsterfahrung ohne konkret initiierte Methodenreflexion;
- Selbsterfahrung mit anschließender Methodik-Fragestunde am letzten Kurstag;
- ungebrochener Wechsel von Selbsterfahrung und Veranschaulichung der Methode anhand der stattfindenden Gruppenprozesse;
- Durchführung von zuvor geplanten Interventionen des MTV mit Selbsterfahrungspotenz ohne persönliche Aufarbeitung im Sinne einer Selbsterfahrung, allerdings mit entsprechenden Hinweisen zum klinischen Einsatz.

Der weitere, denkbare Schwerpunkt einer ausschließlich theoretisch methodischen Vermittlungsform ohne Selbsterfahrung scheint den MTV nicht zu entsprechen und wird während der LPW auch nicht angeboten.

Alle LeiterInnen erhoffen positive *berufspolitische Auswirkungen* ihres Engagements in Lindau: Für eine bessere Betreuung von PatientInnen wird die Notwendigkeit benannt, interdisziplinär wahrnehmen zu können, Kenntnis auch von anderen Therapieverfahren als dem eigenen zu haben.

Auftreten in Lindau bedeutet dann zum einen, daß in der Auseinandersetzung mit Fachleuten anderer Verfahren die Grenzen des eigenen Verfahrens deutlicher werden, die eigene Arbeit sich effizienter auf die jeweiligen Möglichkeiten richten kann.

Auf der anderen Seite wird durch das Lindauer Angebot das eigene Verfahren im Kreis der Psychotherapie wahrgenommen und präsent; der Austausch wird also auch in dieser Richtung gefördert.

Darüber hinaus entstehen durch den eigenen Wechsel zwischen der Position der GruppenleiterIn und derjenigen einer TeilnehmerIn in anderen LPW-Angeboten interessante Verbindungen: Die Disziplinen fließen zusammen und lassen sich integrieren.

Die eigene Arbeit bei den LPW wird auch als Öffentlichkeitsarbeit verstanden. Es wird als sehr wichtig angesehen, daß MTV in Lindau die Chance haben, auch unter ÄrztInnen und PsychologInnen bekannter zu werden und mehr Anerkennung zu finden. Deutlich wird dies an dem Wunsch, "nur die Besten der eigenen Disziplin nach Lindau zu schicken".

Keine/r der Befragten hat Angst vor einem *Ausverkauf* des eigenen Therapieverfahrens. Die Methoden seien derartig komplex und nur in persönlich durchgereiftem Verständnis anzuwenden, daß eine bloße Kopie diejenigen eher disqualifizieren würde, die MTV-Elemente einfach übernehmen.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Eine GruppenleiterIn meinte, daß MTV im Gegensatz zu anderen Psychotherapieverfahren (z. B. Psychoanalyse) in der Lage seien, auch in einem Selbsterleben von wenigen Stunden sinnvolle und

## *LeiterInnen und Gruppe*

Die LeiterInnen erwarten von den TeilnehmerInnen allgemein ein offenes Interesse, d. h. die Bereitschaft, sich auf die jeweiligen Angebote und Gegebenheiten der Gruppe einzulassen und mit ihnen konstruktiv umzugehen. Dieses Interesse darf und sollte mit einer kritisch hinterfragenden Wahrnehmung verbunden sein. Nützlich und gewünscht ist eine bewußte Entscheidung für das jeweilige Angebot anhand der im Programm veröffentlichten Inhaltsbeschreibungen einerseits und eine kontinuierliche Teilnahme bis zum Abschluß der Veranstaltung andererseits.

Die Gruppen werden aufgrund ihrer unterschiedlichen Zusammensetzung von den LeiterInnen sehr verschieden beurteilt. Im großen und ganzen ist die Bereitschaft der TeilnehmerInnen vorhanden, sich auf die MTV-Angebote einzulassen. Der Grad an Intensität dieses Prozesses hängt im hohen Maße von der Persönlichkeit der Einzelnen ab - in jeder Gruppe gibt es Beispiele mit eher intensiven und solche mit eher distanzierten Entwicklungen. Hierzu trägt auch die z. T. unterschiedliche Konzeption der GruppenleiterInnen bei (s. oben). Immer wieder kommt es vor, daß die Ratio oder das Mittel der Abwesenheit bemüht wird, um die Emotion in für das Individuum erträglichen Grenzen zu halten.

Zur Frage einer Einschätzung dessen, was TeilnehmerInnen aus den MTV-Angeboten mitnehmen, gibt es viele Beobachtungen und Ideen. Diese betreffen oft den ganz persönlichen Bereich. Das Spektrum reicht von Symptomverlusten über die Entdeckung neuer Handlungsspektren bis hin zu einer verbesserten ärztlichen Verschreibungsmöglichkeit des MTV.

## *Forschung aus der Perspektive der LeiterInnen*

Der Start des Projekts im Rahmen der LPW 1992 war für alle GruppenleiterInnen unbehaglich: Sie hatten keine oder zuwenig Information über Sinn und Zweck, Personen und Vorgehen im Projekt. Dieses löste Phantasien von Kontrolle aus und schaffte erst einmal Distanz, Unsicherheit und Abstand.

Die Teilnahme an den Gruppen durch die ForscherInnen jedoch wurde durchweg als positiv erlebt. Es war für die LeiterInnen angenehm, daß sich die beiden ForscherInnen als "normale" GruppenteilnehmerInnen erwiesen.

---

aussagekräftige Eindrücke zu vermitteln. Dies sicherlich auch kritisch zu beurteilende Meinung könnte eine zu untersuchende Hypothese für weitere Untersuchungen sein.

Zu Beginn drückte sich Unsicherheit noch durch vorübergehende Mehrbeachtung und/oder Übergabe von Skripten zur Methodik des MTV aus.

Alle Befragten zeigten sich grundsätzlich interessiert an und offen für eine Forschungsmitarbeit. Dieses kommt sicherlich auch in der Bereitschaft zur Durchführung eines Forschungsinterviews und der intensiven Auseinandersetzung mit den berührten Themengebieten zum Ausdruck.

Möglichkeiten von Forschung im Rahmen der LPW wurden verschieden ange-dacht:

Zum Teil wurden Fragebögen als "zuviel" eingeschätzt - es gäbe bereits genug davon. Demgegenüber wurden Ideen entwickelt, die ähnlich denen der Vorplanung waren: Fragebögen sollten vor, unmittelbar nach und ein halbes Jahr nach der Gruppe versendet bzw. ausgeteilt werden.

Die Teilnahme der ForscherInnen sollte:

- gerade auch ohne konkrete Forschungsaufgaben möglich sein, damit die ForscherInnen das Feld genauestens kennen, in dem sie tätig sind
- auf jeden Fall offen stattfinden, falls die ForscherIn die Gruppe ausschließlich beobachtet oder nur Fragebögen verteilt;
- auf keinen Fall verdeckt stattfinden.

Zur Frage einer Forschungsinformation im Programmheft wurden entgegengesetzte Meinungen vertreten: Entweder sollten Forschungsanliegen schon vorab ausgeschrieben oder aber erst mit der Anmeldebestätigung zu einem beforschten MTV-Angebot entsprechende Informationen verschickt werden.

Nach Ansicht der GruppenleiterInnen sollte es möglich sein, Forschungsvorhaben den Bedürfnissen der GruppenleiterInnen anzupassen. So wird z. B. vorgeschlagen, manche Gruppen intensiv zu beforschen, dagegen bei weiteren Gruppen nur Interviews mit den LeiterInnen durchzuführen.

Der gute persönliche Kontakt zwischen GruppenleiterInnen und ForscherInnen ist allen Befragten sehr wichtig.

Die GruppenleiterInnen nannten einige Fragen, die sie im Zusammenhang mit Forschung besonders interessieren würden. Einige wurden spezifisch für die LPW formuliert, andere beziehen sich mehr auf das MTV im allgemeinen. Folgende Fragebereiche wurden genannt:

- Psychotherapievergleich (Ist die Arbeit zentriert an der Biographie, an Konflikten)
- Systematisierung der Verfahren, die in Lindau angeboten werden;
- Themenkreis der Persönlichkeitsbildung der TherapeutInnen: "Was ist wichtig, um therapeutisch arbeiten zu können?" Braucht der Therapeut ein gutes eigenes Körpergefühl, um mit körpergestörten Menschen zu arbeiten? Auf welcher Ebene (Körper, verbale Sprache) muß der Therapeut jeweils geschult sein, wenn er mit welchen

Patienten (z. B. Eßgestörte) arbeitet? Kann die Effizienz der Verfahren aufgezeigt werden?

- Gibt es ganz grundlegende Phänomene der TT/MT/GT, um das psychoanalytische Vokabular zu erweitern? Es geschieht einiges, was bisher so nicht in psychoanalytischen Begriffen vorhanden ist (Interagieren), (interaktives Intervenieren).

- Wie kann man erfassen, was da wirklich passiert? Skepsis gegenüber Fragebögen.

- Welche Angebote brauchen die TeilnehmerInnen wirklich von den LPW?

- Wie gehen ÄrztInnen mit den Erfahrungen um, die sie hier machen?

- Am Ende der LPW kann nie jemand so recht sagen, was "es" gebracht hat. Welche Auswirkungen hat solch eine Intensivwoche? Nach 6 Monaten nochmal nachfragen: LeiterInnen haben schon erlebt, daß Leute, die in der Gruppe so wirkten, als hätten sie wenig mitgenommen und seien 'nur' mäßig interessiert bis distanziert, in einem Brief acht Wochen später mitteilten, was sich bei ihnen durch die Teilnahme an dem MTV-Angebot erheblich verändert habe.

- Fragen in offener Form sollten gestellt werden: "Welche Erinnerungen, welche Gefühle haben Sie an diesen Kurs?"

- Wie lassen sich die tiefen Prozesse bewußtseinsfähig machen? Wann und wie geschieht der Übergang vom Gestalten ins Wort? Was verändert sich durch die Hinzunahme eines weiteren Mediums? (Nur Malen. Malen und Musik. Malen und Musik und Bewegung ...)

- Welche Unterschiede gibt es zwischen den improvisatorischen Verfahren und denen, in denen feste Strukturen angeboten werden? Wen schützen feste Strukturen, damit Kreativität gerade an diesem Halt frei wird? Wem hilft gerade der "chaotische" Zugang der Improvisation? These: Die einfache Form fördert zutage, nicht das Komplexe.

- "Durch wen, wie kommen Sie zu dieser SE-Anmeldung?" (auch bei den TeilnehmerInnen läuft die Teilnahme oft nur über Empfehlungen)

- "Was versprach Ihnen der Titel des Angebotes?" "Was haben Sie wirklich erfahren?" Wie stark ist die Potenz des Verfahrens? Ist es eine "kleine Form der Psychotherapie" oder stellt sich das Einlassen als Gang mitten in die "Höhle des Löwen" heraus?

- These/Erfahrung: Den TeilnehmerInnen sind die nonverbalen Angebote der LPW sehr wichtig.

- Verändert sich die Anzahl der Anmeldungen, wenn ein Forschungsprojekt in der Ausschreibung bekannt gemacht wird?

- "Hatten die Erlebnisse, die Sie in der Gruppe gemacht haben, für Sie neue oder alte Erlebnisqualitäten?" ('Progression' versus 'Wiederbelebung / Regression')

Abschließend wurde die Frage diskutiert, welche Verfahren unter den Sammelbegriff "Musische Therapieverfahren" fallen sollten. Vorgeschlagen wurden dabei Kunsttherapie, Maltherapie, Tanztherapie, Musiktherapie, Gestaltungs-therapie, Gestalttherapie, Bibliothherapie, Feldenkrais und Psychodrama.

## *Wünsche und Anregungen*

Die meisten Antworten der GruppenleiterInnen beschäftigen sich mit der äußeren und inneren Realität der LPW:

Zum einen wird die Raumfrage, ein generelles Problem der LPW, angesprochen. Gerade für TT-Angebote mit großen Menschen wäre z. B. eine genügende Raumhöhe zwecks Bewegungsfreiheit wichtig: "Der Traum wäre ein Raum mit endlos hoher Decke und warmem Boden!" (Einsparungen für die Versicherung mangels zerbrochener Lampen wären positiver Begleiteffekt!) Ebenso wird eine größere relative "Schall- und Lautstärkefreiheit" nach innen und außen gewünscht. Letzteres gilt gerade auch für die MT-Angebote.

Im Hinblick auf die TeilnehmerInnen wird eine Gruppe als positiv empfunden, in der sich trotz einer Gruppenbelegung nach dem Zeitpunkt der Anmeldung ein gemischtes Verhältnis zwischen Frauen und Männern ergeben hat: "Je mischiger, desto besser."

Die Gruppengröße ist den LeiterInnen z. T. zu groß. Es wird vermutet, daß die LPW aus finanziellen Erwägungen keine kleineren Gruppen ermöglichen können.

Mit dem zeitlichen Rahmen der Angebote waren die LeiterInnen - vielleicht auch aus Mangel an Erfahrung mit anderen Tageszeiten im Rahmen der LPW - zufrieden. Ein Doppelblock ermögliche eine intensivere persönliche Arbeit. LeiterInnen mit einem Konzept überwiegender Selbsterfahrungsanteile zogen die Zeit des Nachmittags für ihr Angebot vor.

Manche GruppenleiterInnen wünschten sich explizit eine Runde der DozentInnen und/oder GruppenleiterInnen zum Austausch und auch Initiieren bzw. Intensivieren einer vergleichenden Diskussion über die verschiedenen Ansätze der MTV.

Den MTV sollte im Rahmen der LPW mehr Raum gegeben werden. Es sollte die Einstellung gefördert werden, daß MTV keine Zusatz-, Neben-, oder Begleiterscheinungen der LPW sind, sondern Therapieangebote und -verfahren mit Gleichberechtigung. Ebenso sollte nicht unterschieden werden zwischen "Pflicht-" und "Luxusangeboten", als welche die Vorlesungen, Seminare auf der einen Seite und die MTV-Angebote auf der anderen Seite anscheinend erlebt werden.

## **Ergebnisextrakt**

1. Die Resonanz auf diese Vorstudie war durchweg sehr positiv.
2. Alle interviewten LeiterInnen begrüßen eine Forschung im Bereich der Musischen Therapieverfahren (MTV) innerhalb der Lindauer Psychotherapie-wochen (LPW).
3. Die LeiterInnen freuen sich ausdrücklich über die Teilnahme der ForscherInnen an den Angeboten der MTV. Die ForscherInnen sollten das beforschte Feld durch Eigenerleben bestens kennen.
4. Die LeiterInnen ziehen eindeutig eine offen angelegte Forschung möglichen verdeckten Formen vor.
5. Das Interesse ist groß, eine vergleichende Studie innerhalb der MTV einzuleiten, wofür gerade die LPW ein ausgezeichnetes Forum bieten würden.
6. Die befragten LeiterInnen würden sich gerne selbst aktiv an einer gemeinsamen, verfahrensübergreifenden Studie beteiligen.
7. Das Interesse von seiten der musischen TherapeutInnen ist groß, vergleichende Arbeiten zwischen den sog. verbalen und den musischen Therapieverfahren durchzuführen. Hierfür seien die LPW ein geeignetes Forum, wenn nicht gar das am besten geeignete.
8. Die LeiterInnen sind an einer Studie interessiert, in welcher der Verlauf der Motivation, der Aufarbeitung und der Umsetzung zu und von MTV herausgearbeitet wird.

## Projekt für die Lindauer Psychotherapiewochen 1993

Zwischen der Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen und der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart wurde folgendes Vorgehen für 1993 ins Auge gefaßt:

Im Programmheft werden alle Selbsterfahrungsgruppen, analytische wie musische Angebote, <sup>7</sup> als Teile der Studie angekündigt. Die TeilnehmerInnen erklären sich dann mit ihrer Anmeldung zum Ausfüllen von Fragebögen vor und nach den Lindauer Psychotherapiewochen 1993 bereit.

Der im Rahmen der LPW bereits bekannte Fragebogen "CCQ" <sup>8</sup> wird mit der Anmeldebestätigung verschickt. Für dessen Bearbeitung werden etwa zwei Stunden benötigt, wobei diese Zeit eine gute Möglichkeit zur Reflexion über den eigenen beruflichen Werdegang sein kann. Dem CCQ wird ein kurzer Fragebogen beige-fügt, der speziell das individuelle Interesse an den Selbsterfahrungsgruppen erfassen will. Die anonymisierten Kürzel als "Code" sollen auf beiden Instrumenten gleich sein, so daß die Daten verknüpft werden können.

Am letzten Kurstag erhalten die TeilnehmerInnen einen kurzen "Verlaufsfragebogen". Dabei ist gerade von Interesse, wie sich das Erlebte in den Vorstellungen der TeilnehmerInnen in der eigenen Arbeit bzw. in der persönlichen Entwicklung auswirken wird.

---

<sup>7</sup> Hierunter verstehen wir diejenigen Angebote, die von den GruppenleiterInnen ausdrücklich als selbsterfahrungsorientiert angegeben werden. Sie sind tiefenpsychologisch / psychodynamisch orientiert. Es wird in einem assoziativen / improvisatorischen Medium (Sprache - Musik - Malen - Plastizieren - Körper - Tanz - Bewegung) gearbeitet. Der Prozeß wird reflektiert.

<sup>8</sup> Wir werden das "Common Core Questionnaire" verwenden, weil es die uns interessierenden Fragen stellt. Viele der TeilnehmerInnen der LPW haben es bereits ausgefüllt. Für diese TeilnehmerInnen entfällt ein erneutes Ausfüllen, wenn sie ihren Code-Kürzel auch auf den weiteren zwei Kurzfragebögen dieser Studie angeben.

# **Persönliche und berufliche Entwicklungen von Psychotherapeuten**

## **Die Einflüsse auf die Programmauswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei den Lindauer Psychotherapiewochen - eine empirische Studie**

M. Cierpka, P. Buchheim, I. Gitzinger, Th. Seifert, D. Orlinsky in Zusammenarbeit mit dem "Collaborative Research Network (CRN)" \*

### *Der Therapeut als Gegenstand der Forschung*

Der Beitrag des Therapeuten zum Prozeß und zur Effektivität in der psychotherapeutische Behandlung wird in der Forschung in den letzten Jahren verstärkt berücksichtigt. Beutler et al. (1986) geben einen Überblick über die empirische Untersuchung von Therapeutenvariablen. Untersucht wurden die soziodemographischen Daten, der berufliche Hintergrund, die Persönlichkeitsvariablen, und das Beziehungsverhalten des Therapeuten u. a. m. Der Stand der Forschung in diesem Gebiet ist noch sehr uneinheitlich. Bislang konnten z. B. keine eindeutigen Schlußfolgerungen aus den vorliegenden Studien zur Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten gewonnen werden (Kächele 1992). Die Untersuchung anderer Therapeutenvariablen scheint für das Erreichen von psychotherapeutischen Effekten ergebiger zu sein. Das persönliche Wohlergehen des Therapeuten, seine soziale Haltung, seine Erwartungen und seine psychotherapeutische Kompetenz erweisen sich in einigen Studien als konsistente und bedeutsame Variablen für den Behandlungserfolg (Beutler et al. 1986). Die Autoren fordern, daß gerade Studien zur persönlichen und professionellen Entwicklung der Therapeuten durchgeführt werden sollten. Im Gegensatz zu Untersuchungen der persönlichen Entwicklung bei Patienten besteht immer noch eine Scheu, Persönliches und Privates nicht nur bei unseren Patienten sondern auch bei uns selbst zu reflektieren.

---

\* Die Untersuchung wurde im Rahmen der "International Study of the Development of Psychotherapists (ISDP)" im Verbund mit "the Collaborative Research Network (CRN), Orlinsky D, Gerin P, Davis J, Ambühl H, Dazord A, Davis M, Willutzki U, Davidson Ch, Aapro N, Backx W, Botermans J-F, Buchheim P, Cierpka M, Jahns J-F, Backfield J" durchgeführt.

## *Fragen und Daten für ein neues Forschungsfeld*

Um den Einfluß der persönlichen und professionellen Entwicklung von Therapeuten auf den Therapieverlauf untersuchen zu können, benötigen wir Daten zur normativen Entwicklung von Psychotherapeuten. In diesem relativ neuen Forschungsfeld interessieren uns z. B. die folgenden Fragen: Was trägt zur persönlichen und beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten bei? Welche Anforderungen müssen Therapeuten zu bestimmten Zeitpunkten in ihrer Karriere erfüllen? Gibt es Stufen in der Entwicklung? Was kann zur Stagnation in der Entwicklung beitragen? Was kann zum sog. "Burn-out" führen?

Die Literatur zur Entwicklung von Therapeuten kommt überwiegend aus dem Gebiet der Supervisionsforschung. In einer ersten Arbeit (Buchheim et al. 1992) haben wir den Stand der Weiterbildungsforschung in der Psychotherapie zusammengefaßt.

## *Einflüsse der Weiterbildungsveranstaltungen*

Eine Fragestellung, die uns - v. a. in Lindau - beschäftigt, befaßt sich mit dem Einfluß einer psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltung auf die berufliche und persönliche Entwicklung von Psychotherapeuten. Die Einflüsse auf die Psychotherapeuten müssen als sehr heterogen angenommen werden. Die Erfahrung der Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen (LPW) ist, daß die Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr unterschiedlich zusammengesetzt ist. Zur Gruppeneinteilung können sehr unterschiedliche Kriterien verwendet werden. Eine Einteilung kann z. B. entsprechend der beruflichen Qualifikation vorgenommen werden. Rein deskriptiv läßt sich die berufliche Entwicklung in verschiedene Stufen einteilen. Zu den LPW kommen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich für Psychotherapie interessieren oder gerade dabei sind, sich für eine psychotherapeutische Ausbildung zu bewerben. Ein Großteil nimmt bereits an der Ausbildung zum Psychotherapeuten, entweder im Bausteinprinzip oder als Mitglied an einem psychotherapeutischen Institut, teil. Nach dem Erwerb des Zusatztitels arbeiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als niedergelassene Kollegen oder in einer Institution. Auf einer weiteren Stufe steht die Fortbildung ganz im Vordergrund. Über viele Jahre sucht der Psychotherapeut seine berufliche Identität, entwickelt seine eigenen Vorstellungen über die therapeutische Arbeit und durchwandert Phasen von Stagnation und persönliche und berufliche Reifung. Mit zunehmender Entfernung vom Abschluß der psychotherapeutischen Aus-

bildung nimmt das systematische Wissen über die Entwicklung von Therapeuten ab. Der Zeitraum, in dem Psychotherapeuten hauptsächlich mit Patienten arbeiten, ist eine nahezu unberührte Wiese in der Forschungslandschaft.

## **Ein Stufenmodell zur Entwicklung von Psychotherapeuten**

Skovholt u. Rønnestad (1992) haben ein empirisch gewonnenes Stufenmodell zur Entwicklung von Psychotherapeuten vorgelegt. In semistrukturierten Interviews mit 100 Psychotherapeuten konnten sie mit qualitativen Methoden Themen herausarbeiten, die offensichtlich in verschiedenen Phasen der beruflichen Entwicklung von Therapeuten mehr oder weniger relevant sind. Die gewonnenen Daten aus den semistrukturierten Interviews wurden innerhalb der Forschungsgruppe diskutiert und zu Kategorien weiterentwickelt und den entsprechenden Themen zugeordnet. Zwei Jahre nach Forschungsbeginn wurden diese Themen, die persönlich für jeden einzelnen der Psychotherapeuten herausgearbeitet wurden, mit den Therapeuten selbst noch einmal durchgesprochen. Fünf Gruppen ließen sich dann bilden, die durch unterschiedliche "Entwicklungsziele" charakterisiert werden können: 1. Therapeuten zu Beginn ihrer Ausbildung, 2. in der Ausbildung bereits fortgeschrittene Therapeuten, 3. praktizierende Therapeuten mit annähernd fünf Jahren Erfahrung nach Abschluß der Ausbildung, 4. praktizierende Therapeuten mit annähernd 15 Jahren Erfahrung, und 5. praktizierende Therapeuten mit annähernd 25 Jahren Erfahrung. In ihrem Stufenmodell können die Forscher zeigen, daß bestimmte Entwicklungslinien bestehen und Entwicklung sich in Stufen vollzieht. Beispielsweise besteht eine erhebliche Unsicherheit bei den Psychotherapeuten in der Übergangszeit zwischen Beendigung der Ausbildung und eigener beruflicher Orientierung. Während man sich innerhalb des Instituts an der Identität des Instituts und dessen Arbeitsstil orientieren kann, kommt es im Beruf zu einer Auseinandersetzung zwischen der angelernten Theorie und den Anforderungen der Praxis. Ähnlich wie in den Krisenpunkten der lebenszyklischen Phasen in der Entwicklung von Individuen scheint es auch kritische Punkte in der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten zu geben. Diese Prozesse während der Entwicklungskrisen müßten uns mehr interessieren, um den Therapeuten Hilfestellungen anbieten zu können, die für die Bewältigung dieser Krisen notwendig sind. Skovholts u. Rønnestads (1992) Identifizierung von phasenspezifischen Themen legt nahe, daß die berufliche Entwicklung von Therapeuten einer bestimmten Richtung folgt: Zunächst verlassen sich die Anfänger auf die Autoritäten in ihren Ausbildungsprogrammen und das Ausbildungsschema selbst, in der Folge verändert sich dies dergestalt, daß sich Psychotherapeuten mehr auf

ihre eigenen persönlichen Erfahrungen stützen, die sie sich durch die Interaktion mit den verschiedensten Einflußgrößen wie den Patienten selbst, anderen Kollegen, Supervisoren, Büchern, Fortbildungsveranstaltungen, erwerben. Dies kann man ohne Zweifel als professionellen Individuationsprozeß bezeichnen, der über eine Zeitspanne von mindestens 20 bis 30 Jahren anhält. Am Ende dieser Entwicklung steht ein Phänomen wie das "therapeutische Selbst" als Entwicklungsziel. Um dieses Ziel zu erreichen, scheint eine Integrationsleistung des professionellen Selbst mit dem persönlichen Selbst des Therapeuten erforderlich zu sein.

## Untersuchungshypothesen

Wir nehmen an, daß die Programmauswahl und auch die Zufriedenheit mit den gewählten Veranstaltungen während der Lindauer Psychotherapiewochen von den verschiedenen persönlichen und beruflichen Anforderungen abhängt. Unsere zugrundeliegende Hypothese für die folgende Studie ist, daß die einzelnen Phasen in der beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten als Prädiktoren für die Programmauswahl und für die Zufriedenheit anzusehen sind.

In Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart (Leiter: Prof. Dr. H. Kächele) wurde von der Leitung die Beteiligung 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. Die "International Study of the Development of Psychotherapists" (ISDP) ist als naturalistische und gleichzeitig systematisch explorative Studie zu betrachten. Psychotherapeuten haben als Forscher einen Fragebogen für die Untersuchung ihrer Berufsgruppe entwickelt. Die Konzeption und Struktur des "Common Core Questionnaire (CCQ)" haben wir anderenorts bereits referiert (Buchheim et al. 1992). Dort finden sich auch detailliertere Angaben zur Datenerhebung während der Veranstaltung.

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. Die

Leitung der LPW bat die von Projektbeginn an beteiligte Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart (I. Gritzinger) die Daten zu erheben und auszuwerten.

### *Welche Therapeuten suchen sich welche LPW-Veranstaltungen aus?*

Welche Therapeuten suchen sich welche LPW-Veranstaltungen aus und welche Therapeuten berichten dann auch über die größte Zufriedenheit bei den verschiedenen Veranstaltungen und zwar sowohl in beruflicher als auch in persönlicher Hinsicht? Die Ergebnisse der Auswertung der ersten 132 CCQ-Fragebögen gaben einen ersten orientierenden Überblick über die Daten und die beruflichen Qualifikationen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Buchheim et al. 1992). Außerdem erhielten wir Hinweise zur Teilnahme an den verschiedenen Veranstaltungen in Lindau. Diese erste Untersuchung gab Anstöße zur Formulierung folgender möglichst aussagekräftiger Hypothesen zur Programmauswahl:

1. Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Übungen und Kursen berichten häufiger über persönliche Zufriedenheit und auch Zufriedenheit im Hinblick auf ihre berufliche Entwicklung als Teilnehmerinnen und Teilnehmer von theoretischen Seminaren und Vorlesungen.
2. Ausgebildete Psychotherapeuten/innen und Psychiater/innen sind nicht nur an psychodynamisch orientierten Veranstaltungen interessiert, sondern darüber hinaus auch an Veranstaltungen wie Familientherapie, Gruppentherapie, und körperorientierten Verfahren. Im Gegensatz zu Psychoanalytikern nehmen sie an Veranstaltungen mit diesen Methoden häufiger teil.
3. Psychotherapeuten/innen, die am Anfang ihrer Ausbildung stehen, sind eher daran interessiert, an Veranstaltungen teilzunehmen, die ihrer Schulorientierung entsprechen. Psychotherapeuten/innen mit absolvierter Ausbildung sind dagegen eher daran interessiert, neue Methoden (z. B. Familientherapie, Gruppentherapie, körperorientierte Verfahren oder andere) zusätzlich zu ihrer bisherigen Schulorientierung zu erlernen. Entsprechend werden sie auch diese Veranstaltungen belegen.

*Stichprobe*

Von insgesamt 3565 Teilnehmerinnen und Teilnehmern in beiden Wochen der Lindauer Psychotherapiewochen 1991, darunter 197 wissenschaftliche Mitarbeiter/innen, haben 550 Psychotherapeuten/innen den CCQ-Fragebogen und einen zusätzlichen Fragebogen für die Weiterbildungssituation in Lindau ausgefüllt und abgegeben. Somit haben sich an der Untersuchung 15 % der Teilnehmer/innen und Mitarbeiter/innen beteiligt. Um in die Untersuchungsstichprobe aufgenommen zu werden, mußten die folgenden Einschlußkriterien erfüllt sein: (i) Die Psychotherapeuten sollten mindestens einen Patienten zur Zeit der Befragung behandeln, (ii) sie sollten über mindestens 3 Monate praktische Erfahrung in der Psychotherapie verfügen, und (iii) sie sollten zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht älter als 70 Jahre sein. 432 der Befragten erfüllten diese Kriterien und bilden die Stichprobe für die empirische Untersuchung.

**Tabelle 1.** Vergleich der soziodemographischen Daten in beiden Stichproben

	CCQ- Stichprobe (n = 432)		Teilnehmer der LPW 1991 (n=3565)	
	n	(%)	n	(%)
Geschlecht (fehlende Daten n = 6, bzw. n = 4)				
weiblich	188	44%	2120	57%
männlich	238	55%	1441	43%
Alter (fehlende Daten in der LPW-Stichprobe n = 68)				
< 35 Jahre	84	19%	842	23%
35 - 44	204	47%	1462	42%
45 - 54	115	27%	827	22%
55 +	29	7%	366	13%
Berufe (> als 100%, weil n = 55 zwei Ausbildungen angaben)				
Ärzte	281	65%	2450	69%
Psychologen	122	28%	633	18%
andere	25	6%	344	9%
keine Angaben	22	5%	138	4%

Um unsere Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lindauer Psychotherapiewochen 1991 ( $n = 3565$ ) verallgemeinern zu können, wurden die soziodemographischen Daten dieser Stichprobe mit den soziodemographischen Daten aller Teilnehmer der LPW 1991 verglichen. Tabelle 1 zeigt, daß die Geschlechterverteilung in beiden Stichproben nicht übereinstimmt. An der Lindauer Veranstaltung nahmen 57% weibliche und 43% männliche Besucher teil, das Verhältnis in der Untersuchungsstichprobe ist annähernd umgekehrt. Weibliche Teilnehmer waren möglicherweise eher bereit, die Fragebögen auszufüllen. Dagegen sind sowohl die Altersverteilung als auch die Anteile der beruflichen Qualifikationen in den beiden Stichproben annähernd gleich verteilt. In der Untersuchungsstichprobe sind keine Teilnehmer über 70 Jahre enthalten, dadurch ist der Anteil der über 55jährigen in dieser Gruppe entsprechend geringer.

Die Untersuchungsstichprobe wird gekennzeichnet durch die folgenden beruflichen Charakteristika. 362 Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügen über einen abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung und/oder einen Zusatztitel. Lediglich 64 befinden sich in Ausbildung. Nähere Informationen bietet Tabelle 2:

**Tabelle 2.** Berufliche Charakteristika der Therapeutinnen und Therapeuten

Berufliche Identität (> als 100% durch Mehrfachangaben)		
Psychiater	107	25%
Psychologe	111	26%
Sozialarbeiter	11	3%
Psychoanalytiker	59	14%
Psychotherapeut	220	51%
Berater	25	6%
Arzt	235	54%
Krankenschwester	6	1%
andere	47	11%
Selbsteinschätzung der Entwicklungsstufe in der beruflichen Karriere ( $n = 320$ ) [von 112 Therapeuten liegen keine Daten vor]		
Anfänger	28	9%
in der Ausbildung fortgeschritten	28	9%
unabhängige Praxis	81	25%
erfahrener Praktiker	77	24%

sehr erfahrener		
Praktiker	67	21%
Lehrtherapeut	39	12%
<hr/>		
berufliches Tätigkeitsfeld (> als 100% durch Mehrfachangaben)		
<hr/>		
Klinik, stationär, ange- stellt	147	34%
Klinik, ambulant, ange- stellt	96	22%
Klinik, stationär, privat	29	7%
Klinik, ambulant, privat	49	11%
Gemeinschaftspraxis	62	14%
Einzelpraxis	172	40%
<hr/>		

Die Tabelle 3a. zeigt, daß die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über eine relative große psychotherapeutische Erfahrung verfügen. Das Ausmaß der Erfahrung kann mit sehr verschiedenen Kriterien erfaßt werden: Ausbildungszeit, Supervisions-erfahrung, Jahre der Erfahrung im Beruf.

**Tabelle 3a.** Die Erfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten

Ausbildungsjahre (Durchschnitt 5,7 Jahre, SA = 3,8)	Supervisionszeit (Durchschnitt 3,6 Jahre, SA = 3,6)	Erfahrung in Jahren (Durchschnitt = 8 Jahre, SA = 6,4; Bereich 1/3-48 Jahre)
< 1 Jahr = 32	< 1 Jahr = 78	< 1 Jahr = 12
1-3 Jahre = 88	1-3 Jahre = 157	1-3 Jahre = 105
4-6 Jahre = 166	4-6 Jahre = 114	4-6 Jahre = 100
7-9 Jahre = 70	7-9 Jahre = 38	7-9 Jahre = 64
10-20 Jahre = 71	10-20 Jahre = 39	10-20 Jahre = 124
		> 20 Jahre = 27

**Tabelle 3b.** Die Erfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten, gemessen nach der Anzahl der Therapien

Einzel-therapien	Paar-therapien	Familien-therapien	Gruppen-therapien	andere Therapien
1-3 Pat. = 73	1-3 Paare = 98	1-3 Fam. = 51	1-3 Grup. = 185	1-3 Ther. = 16
4-6 Pat. = 89	4-6 Paare = 17	4-6 Fam. = 13	4-6 Grup. = 10	4-6 Ther. = 12
7-9 Pat. = 47	> 6 Paare = 3	> 6 Fam. = 6	> 6 Grup. = 14	> 6 Ther. = 21
10-14 Pat. = 73				
15-24 Pat. = 72				
> 24 Pat. = 54				

Die abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlungen können ebenfalls ein Maß für die psychotherapeutische Erfahrung darstellen. Durch die Differenzierung der Behandlungsmethoden erhält man einen Überblick über die Art der therapeutischen Tätigkeit.

Aus den Ergebnissen der ersten Teilstichprobe (n=132) konnten einige Tendenzen im Hinblick auf die Beschreibung der Stichprobe abgelesen werden (s. Buchheim et al. 1992), die sich in der jetzt vorliegenden größeren Untersuchungstichprobe fast durchgehend bestätigten.

## Methoden

Nur 341 Teilnehmerinnen und Teilnehmer füllten den Lindauer Fragebogen aus, also 91 weniger als in der CCQ-Stichprobe. Die Daten aus dem Lindau-Fragebogen über den persönlichen bzw. beruflichen Nutzen der belegten Veranstaltungen dienten als abhängige Variablen.

Alle Veranstaltungen der LPW wurden von der Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen im Hinblick auf die Therapiemethoden, auf ihre Orientierung hinsichtlich von Theorie/Praxis/Selbsterfahrung, und auf ihre Patienten- bzw. Therapeutenzentrierung beurteilt.

1. Durch Konferenzzrating wurden alle Therapiemethoden entsprechend ihrer psychotherapeutischen Schulorientierung kategorisiert.

Nachdem die Experten diese Veranstaltungen zunächst unabhängig werteten, wurde im Konsensusverfahren jede einzelne Veranstaltung in die folgenden Kategorien eingeteilt:

- die psychodynamisch orientierten Therapieformen (PSY)
- die Verhaltenstherapie (VT)
- die Gesprächstherapie (GT)
- die Gestalttherapie (Gth)
- die Körpertherapien (Kö)
- die Musiktherapie (Mu)
- die Gestaltungstherapien (Gung)
- die Paar- und Familientherapie (Fam)
- die Gruppentherapien (Gru)
- die Hypnoseverfahren (Hyp)
- das autogene Training (AT)
- das Psychodrama (PDR)
- das Katathyme Bilderleben (KB)
- die Transaktionsanalyse (Trans)
- andere (a) (z. B. psychiatrische Therapie, Psychopharmaka)

2. Alle Veranstaltungen wurden auf einer 7-Punkte-Skala entsprechend ihrer Theorie-, Praxis- und Selbsterfahrungsorientierung kategorisiert:

- Theoriezentrierung (ThW) = 1
- Theorie mit Praxisanteilen (ThW/Pr) = 2
- Praxis mit Theorieanteilen (Pr/ThW) = 3
- Praxis (Pr) = 4
- Praxis mit Selbsterfahrungsanteilen (Pr/Se) = 5
- Selbsterfahrung mit Praxisanteilen (Se/Pr) = 6
- Selbsterfahrung (Se) = 7

3. Alle Veranstaltungen wurden dann noch *inhaltlich* auf einer 5-Punkte-Skala eingestuft, je nachdem, ob sie als therapeutenzentriert oder patientenzentriert anzusehen sind. Übungen oder Kurse die theoretisch oder praktisch auf den Patienten fokussieren, wurden als "patientenzentriert" bezeichnet, "therapeutenzentrierte" Kurse und Übungen beschäftigten sich mit Behandlungstechniken bis hin zur reinen persönlichen Selbsterfahrung.

- hohe Patientenzentrierung = 1  
(der Patient als Objekt, z. B. allgemeine und spezielle Neurosenlehre)
- Patientenzentrierung mit Therapeutenanteil = 2  
(z. B. Interventionstechniken, Erstinterviewtechnik)

- Zentrierung auf die erlebte Beziehung zwischen Therapeut und Patient = 3  
(z. B. die Balintgruppe, Supervision)
- für den Therapeuten erlebnisnahe Vermittlung von Methoden, Erfahrungen und Wissen = 4  
(Rollenspiele, Entspannungstechniken, Psychodrama, Katathymes Bilderleben)
- Therapeutenzentrierung = 5  
(hoher Selbsterfahrungscharakter, z. B. analytische Selbsterfahrungsgruppe, Familienselbsterfahrung)

Alle Einstufungen wurden nach dem Grad der Sicherheit von drei Ratern bewertet: 1 = sicher, 2 = fraglich sicher, 3 = unsicher. Die drei Experten erreichten eine Interraterreliabilität von 0,90.

Wir erstellten die folgenden kreuztabellarischen Übersichten, um die oben genannten Hypothesen überprüfen zu können:

1. Frage: Wie hängen die beruflichen Qualifikationskriterien, wie sie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im CCQ angaben und a) die Therapiemethoden, b) die Orientierung der Veranstaltungen nach Selbsterfahrung/Praxis/Theorie, und c) die Orientierung der Veranstaltungen zwischen Patienten - und Therapeutenzentriert nach den Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Lindau-Fragebogen, zusammen?
2. Frage: Wie hängen die Erfahrung der Therapeuten (gemessen mit 2 Kriterien): a) Länge der praktischen Erfahrungen in Jahren und b) die von den Therapeutinnen und Therapeuten selbst angegebenen therapeutischen Fertigkeiten (Items 201 bis 212 im CCQ) und wiederum a) die Therapiemethoden b) die Orientierung der Veranstaltungen nach Selbsterfahrung/Praxis/Theorie, und c) die Orientierung der Veranstaltungen zwischen Patienten - und Therapeutenzentriert nach den Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Lindau-Fragebogen, zusammen?

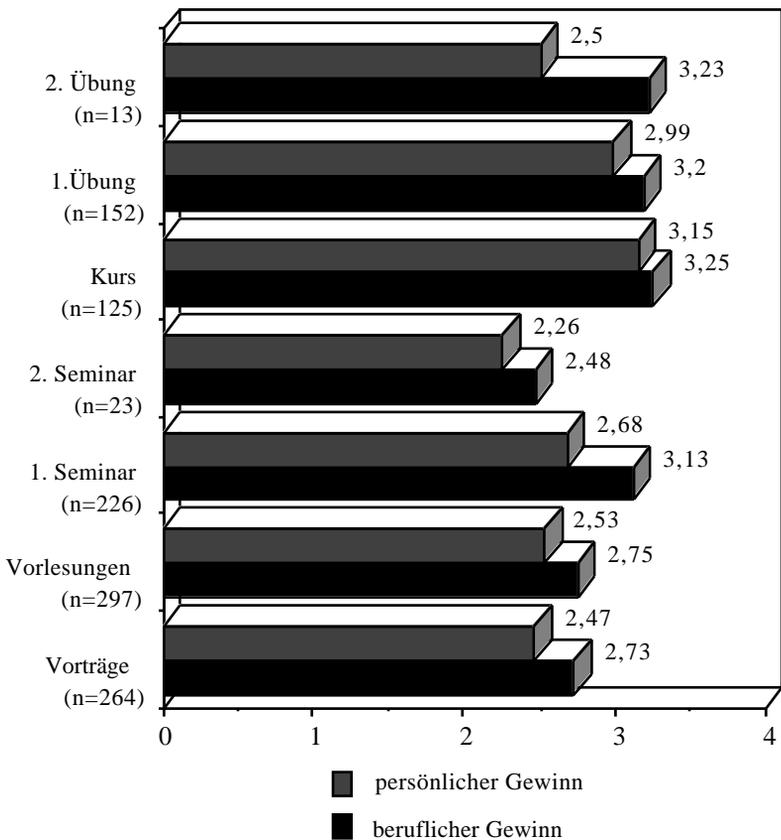
Die auffälligen Zusammenhänge in den Kreuztabellen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft.

3. Frage: Welchen Einfluß üben die verschiedenen Therapeutenvariablen auf die Programmauswahl und die Zufriedenheit aus?. Methodisch statistisch gingen in die Regressionsanalyse solche Variablen wie der Beruf, und wiederum das Ausmaß an klinischer Erfahrung (gemessen an Jahren und am Niveau der selbsteingeschätzten psychotherapeutischen Fertigkeiten) ein.

## Ergebnisse

*Berichten Teilnehmer von Übungen und Kursen häufiger über persönliche Zufriedenheit und auch Zufriedenheit im Hinblick auf ihre berufliche Entwicklung als Teilnehmer von theoretischen Seminaren und Vorlesungen?*

Die allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Lindauer Psychotherapiewochen 1991 scheint ziemlich hoch zu sein (Abb. 1). Da Mehrfachbelegungen einer Veranstaltungsart vorkommen können, wurde in erstes und zweites Seminar, bzw. erster und zweiter Kurs differenziert. Die Angaben über den erfahrenen Gewinn variieren zwischen "unentschieden (2)" bis "sehr nützlich (4)", mit einem Schwerpunkt um die Einschätzung "nützlich (3)".



**Abb. 1.** Persönlicher und beruflicher Gewinn

Sowohl der persönliche Gewinn als auch die berufliche Zufriedenheit mit den Vorlesungen, Seminaren, Übungen und Kursen liegen im "nützlichen" Bereich. Zwischen dem persönlichen Gewinn und der beruflichen Zufriedenheit besteht also relativ wenig Unterschied.

Größere Unterschiede zeigen sich in den Einstufungen der verschiedenen Veranstaltungsarten. Die berufliche Zufriedenheit, gerade was theoretisch orientierte Vorlesungen und Seminare anbetrifft, wird in jeder Veranstaltungsart als maßgebender angegeben als der persönliche Gewinn. Die theoretisch orientierten Vorlesungen und Seminare rangieren auf dem niedrigsten Niveau. Vor allem jene Seminare, die zusätzlich zu einem anderen Seminar als Erstwahl belegt werden, führen zu größerer Unzufriedenheit bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Hier erscheint die Interpretation zulässig, daß die Wahl eines zweiten Seminars zu einer Übergewichtung der Theorie führt, was von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer als unattraktiv oder als überfordernd angesehen wird.

*Kann die Annahme bestätigt werden, daß ausgebildete Psychotherapeuten und Psychiater nicht nur an psychodynamisch orientierten Veranstaltungen interessiert sind, sondern darüber hinaus auch an Veranstaltungen wie Familientherapie, Gruppentherapie, und körperorientierten Verfahren?*

88% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der LPW bezeichnen sich als psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten. Alle anderen Scholorientierungen sind auf der Tagung seltener vertreten. Abb. 2 zeigt, welche Veranstaltungen von den Therapeutinnen und Therapeuten ausgewählt wurden. Sowohl in den Seminaren als auch in den Übungen und Kursen rangiert die psychodynamische Orientierung an erster Stelle. Es gibt jedoch einige interessante Unterschiede zwischen den Veranstaltungsarten. Bei den theoretischen Seminaren wurden von den Ratern immerhin zwischen 70% und 90% als psychodynamisch orientiert klassifiziert. Bei den Kursen sind es noch zwischen 50% und 70%, während die Übungen, die ja überwiegend selbsterfahrungsorientiert angeboten werden, nur noch 10% als psychodynamisch orientiert beurteilt wurden. In den Kursen und Übungen werden auch andere Methoden, wie z. B. die Familientherapie, die Gruppentherapie, die körperorientierten Therapien usw. angeboten.

Ein großer Teil der psychodynamisch orientierten Therapeuten nehmen an Kursen und Übungen mit Selbsterfahrungscharakter teil. Dabei fällt auf, daß gerade solche Veranstaltungen besucht werden, deren Kursleiter andere Methoden anbieten. Das Datenmaterial zeigt, daß insgesamt 176 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Untersuchungsstichprobe (also rund 41%) an Veranstaltungen mit Selbsterfahrungscharakter teilnehmen. Die Therapeuten beurteilen diese Kurse als nützlich bis sehr nützlich im Hinblick auf persönliche und berufliche Zufriedenheit.

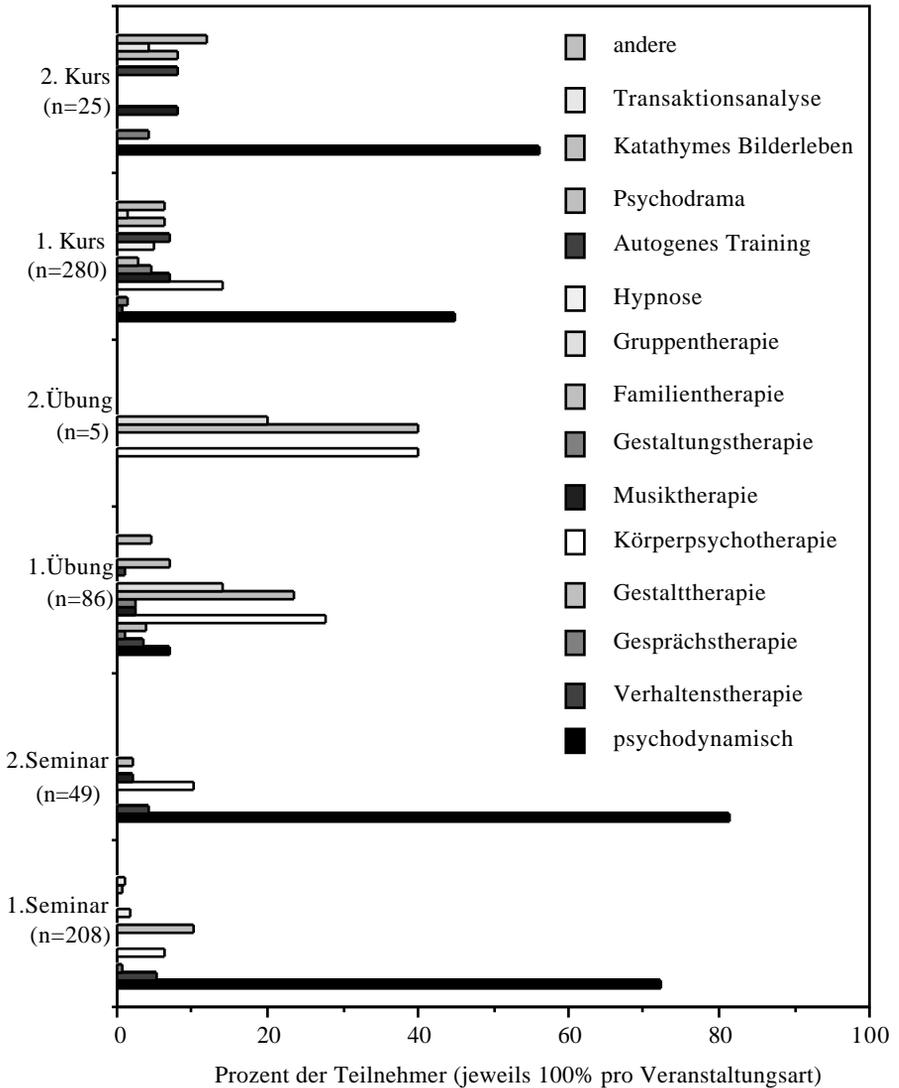


Abb. 2. Vergleich der Therapiemethoden pro Veranstaltungsart

Hinsichtlich der Belegungsrate für das Kriterium Theorie/Praxis/Selbsterfahrung finden sich folgende Auffälligkeiten: Übungen mit hohem Selbsterfahrungsanteil werden statistisch signifikant häufiger von bereits ausgebildeten Psychotherapeuten ausgewählt ( $\chi^2 = 19,6$ ;  $DF = 12$ ;  $p = 0,07$ ). Praxisorientierte

Kurse werden statistisch signifikant häufiger von den Psychologen besucht ( $\chi^2 = 25,3$ ; DF = 10;  $p = 0,005$ ).

Welche psychotherapeutischen Therapiemethoden werden von welchen Berufsgruppen bevorzugt? Deskriptiv läßt sich aus den Kreuztabellen entnehmen, daß Psychiater, Psychologen und Psychoanalytiker überwiegend an psychodynamisch orientierten Vorlesungen, Seminaren und Kursen teilnehmen. Dieser Zusammenhang wird im Chi-Quadrat-Test für die Kursveranstaltungen auch statistisch signifikant ( $\chi^2 = 32,9$ ; DF = 22;  $p = 0,006$ ). Ärzte, wenn sie als Psychotherapeuten oder Psychiater ausgebildet sind, nehmen häufig an Kursen und Übungen mit Selbsterfahrungscharakter teil, die sich von den körperorientierten, familientherapeutischen und gruppentherapeutischen Ansätzen ableiten. Psychologen scheinen Übungen mit körperorientierten Verfahren zu bevorzugen. Aus der Charakteristik der Stichprobe können wir entnehmen, daß viele dieser Psychologen sich als humanistisch orientiert bezeichnen, im Gegensatz zu Ärzten, die eine psychodynamische Orientierung angeben. Es fällt auf, daß Psychoanalytiker zwar an keinen Übungen mit körperorientierten Methoden teilnehmen dafür aber an theoretischen Seminaren über Körpertherapie (Trend zur Signifikanz mit  $\chi^2 = 24,2$ ; DF = 16)! Unsere zweite Hypothese wird durch dieses Ergebnis unterstützt.

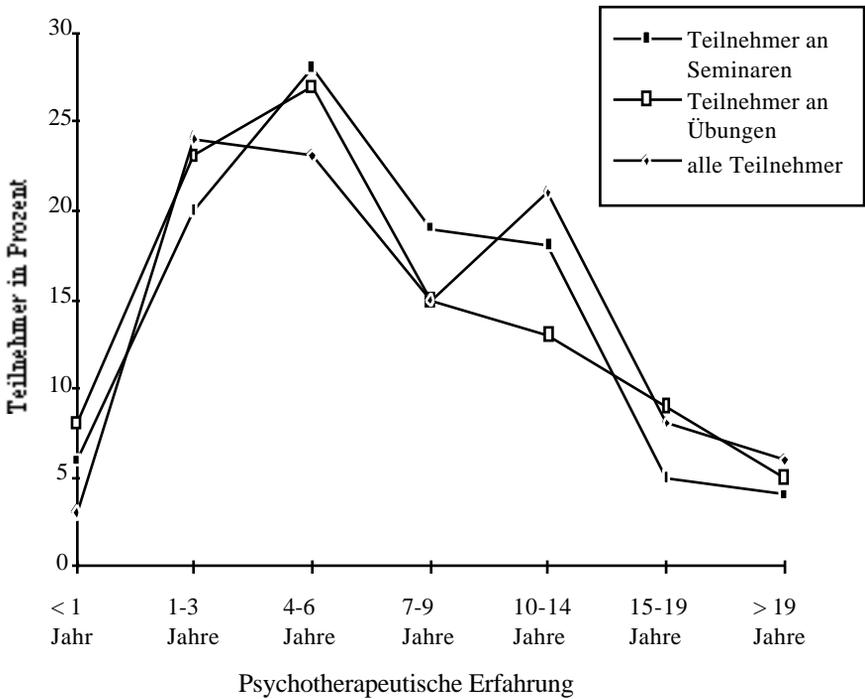
Zur Bestimmung des Einflusses des Faktors "Beruf" auf die Programmauswahl wurde eine Regressionsanalyse angewandt. Die Variablen für den Beruf "Arzt, Psychiater, Berater, Sozialarbeiter, Krankenschwester, Psychoanalytiker, Psychologe, andere Berufe" wurden (schrittweise) als abhängige Variable eingegeben. Die verschiedenen Veranstaltungen, wie Seminare, Kurse, Übungen und darüber hinaus die unterschiedlichen Methoden, waren als die unabhängigen Regressionsvariablen festgelegt. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigten, daß Psychiater statistisch signifikant häufiger an Seminaren teilnehmen ( $r^2 = 0,12$ ;  $F = 3,1$ ;  $p = 0,07$ ). Ein ähnliches Ergebnis konnte für diejenigen Berater berechnet werden, die als Grundberuf die Psychologie oder die Sozialarbeit angaben. Diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen überzufällig häufig an Übungen teil ( $r^2 = 0,04$ ;  $F = 3,7$ ;  $p = 0,20$ ;  $p = 0,05$ ).

Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, daß Ärzte, die eine Weiterbildung als Psychotherapeut oder als Psychiater abgeschlossen haben, häufiger Methoden wie die Familientherapie, Gruppentherapie, körperorientierte Verfahren wählen als Psychoanalytiker. Obwohl sich nur wenige statistisch signifikante Ergebnisse in der Regressionsanalyse und im Chi-Quadrat-Test zeigen, weisen die deskriptiv analysierten Daten doch darauf hin, daß gerade Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung offensichtlich an der Teilnahme von Veranstaltungen interessiert sind, die die psychodynamische Orientierung ergänzen. Übungen mit hohem Selbsterfahrungsanteil werden präferiert: Eine Überprüfung des Zusammenhangs zwischen patienten- versus therapeutenzentrierten Übungen mit den Berufsgruppen

zeigt auf statistisch signifikantem Niveau, daß die Berufsgruppe der Psychotherapeuten überzufällig häufig eine erlebnisnahe, an der eigenen Person orientierte Selbsterfahrung sucht ( $\chi^2 = 12,7$ ;  $DF = 6$ ;  $p = 0,04$ ).

*Welchen Einfluß nimmt die Erfahrung der Psychotherapeuten auf ihre Programmauswahl?*

Um diese Frage zu untersuchen, werden die Teilnehmer/innen von Seminaren und von Kursen verglichen. Befinden sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer langjährigen Erfahrung in Psychotherapie eher in den Kursen und Therapeuten in Ausbildung eher in theoretisch orientierten Seminaren? Die Variable Erfahrung der Therapeuten wurde wiederum mit den beiden Maßen aus dem CCQ (psychotherapeutische Erfahrung in Jahren und subjektiv eingeschätzte Fertigkeiten) operationalisiert.



**Abb. 3.** Vergleich der Teilnehmerzahlen von Seminaren und Kursen abhängig von der psychotherapeutischen Erfahrung

Abb. 3 zeigt die Teilnehmerproportionen für die verschiedensten Methoden im Hinblick auf die Übungen und Seminare. Wenn man die Prozentzahl der Teilnehmer (da die absolute Zahlen für die Seminare und die Kurse unterschiedlich sind) pro Veranstaltungsart der psychotherapeutischen Erfahrung gegenüberstellt, erhält man einen auffällig parallelen Verlauf für die Profile. Die zum Vergleich aufgetragene Kurve über die Anzahl der Teilnehmer an allen Veranstaltungen zeigt auf den ersten Blick eine nahezu identische Entwicklung. Die Erfahrung des jeweiligen Therapeuten scheint keinen Einfluß darauf zu nehmen, ob die Teilnehmer Kurse oder Seminare auswählen. Tatsächlich finden wir in der Statistik auch keine signifikanten Zusammenhänge. Bei näherem Hinschauen erkennt man jedoch, daß sich Psychotherapeuten zwischen 4-6 Jahren Erfahrung am häufigsten in Seminaren befinden, während der prozentual größte Teil der Untersuchungsstichprobe (in der Abb. 3 'alle Teilnehmer') über 1-3 Jahre Erfahrung verfügt. Abb. 4 verdeutlicht diese Besonderheit.

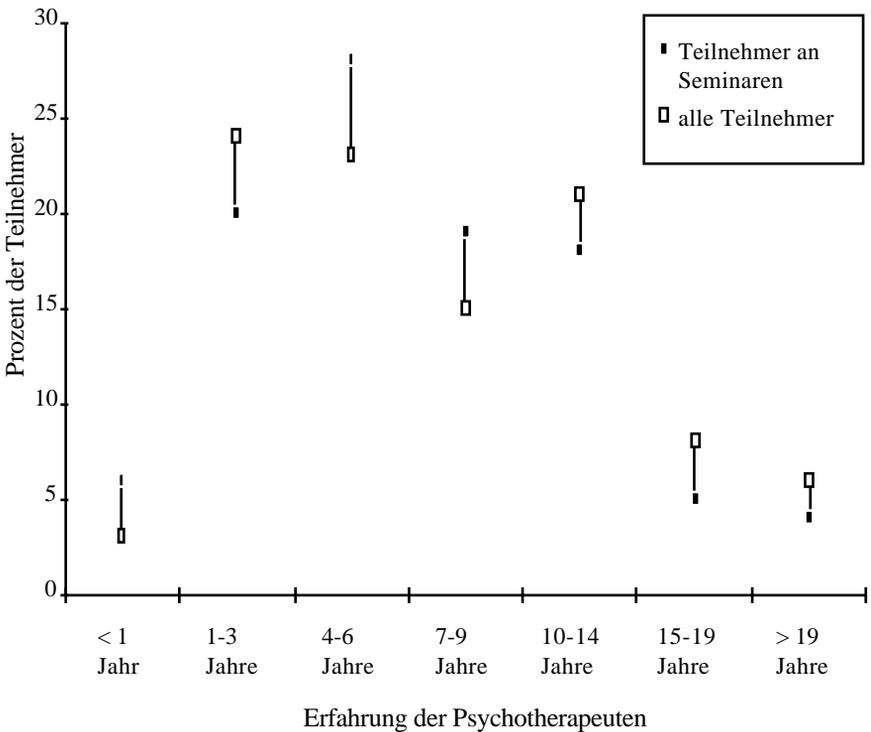


Abb. 4. Teilnehmeranteile für die Seminare und für die Untersuchungsstichprobe

Es finden sich auch keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Auswahl von psychotherapeutischen Methoden und der Erfahrung des Psychotherapeuten. In den Kreuztabellen fällt deskriptiv auf, daß psychodynamisch orientierte Übungen nur dann von Psychotherapeuten gewählt werden, wenn sie 4 bis 6 Jahre Erfahrungen mit Psychotherapie-Patienten haben.

Erst eine detailliertere Analyse zeigt signifikante Zusammenhänge zwischen den Erfahrungszeiträumen und der Programmauswahl. Die Gruppen der Seminare und Übungen sind in ihrer inhaltlichen Ausrichtung heterogen, zum Beispiel können sowohl Seminare als auch Übungen Selbsterfahrungs- Praxis-, bzw. Theoriecharakter haben. Im Chi-Quadrat-Test wird auf annähernd statistisch signifikantem Niveau bestätigt ( $\chi^2 = 272,4$ ;  $DF = 240$ ;  $p = 0,07$ ), daß weniger erfahrene Kongressteilnehmer (zwischen 4 und 6 Jahren Erfahrung) eher praxisorientierte Veranstaltungen wählen und erfahrene (über 10 Jahre Erfahrung) eher selbsterfahrungsorientierte Übungen. Das Ausmaß der Erfahrung scheint jedoch keinen Einfluß auf die Entscheidung zu haben, ob Therapeuten eher patienten- oder therapeutenorientierte Übungen besuchen. Die Überprüfung dieses Zusammenhangs mithilfe des Chi-Quadrat-Tests ergab keine statistisch signifikanten Ergebnisse.

Zusätzlich wurde wiederum die schrittweise Regressionsanalyse als methodisch statistisches Verfahren angewandt, um den einzelnen und gemeinsamen Einfluß der klinischen Erfahrung auf die Programmauswahl zu bestimmen. Hier ergeben sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

## Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen zum Teil unsere Hypothesen:

1. Die Teilnahme an der LPW 1991 wird als überwiegend "nützlich" eingeschätzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Kursen und Übungen schätzen den persönlichen Gewinn und die berufliche Zufriedenheit dieser Veranstaltungen größer ein als Teilnehmerinnen und Teilnehmer an theoretischen Seminaren und Vorlesungen. Überraschenderweise werden die Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Veranstaltungen im Hinblick auf berufliche und persönliche Zufriedenheit als sehr gering angegeben. Der berufliche Gewinn wird als etwas höher angesehen, die berufliche Entwicklung steht für die Therapeuten im Vordergrund. Die Angaben über die Zufriedenheit in persönlicher und beruflicher Hinsicht mit den Veranstaltungen der LPW 91 scheinen mit den Angaben der LPW- Teilnehmerinnen und -teilnehmer über die Zufriedenheit in der psychotherapeutischen Tätigkeit zu korrespondieren. Orlinsky et al. (1992) berechneten aus

den CCQ-Daten derselben Stichprobe Zufriedenheitswerte von durchschnittlich 3,43 (SA = 0,9; 5 = extrem). Die Angaben über die Unzufriedenheit im Beruf lagen bei durchschnittlich 1,95 (SA = 1,00; 5 = extrem).

2. Ärzte, die eine Weiterbildung als Psychotherapeut oder als Psychiater abgeschlossen haben, belegen häufiger Methoden wie die Familientherapie, Gruppentherapie, körperorientierte Verfahren als jene Therapeuten, die sich der Berufsgruppe der Psychoanalytiker zuordnen. Therapeuten mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung sind offensichtlich an der Teilnahme von Veranstaltungen interessiert, die die psychodynamische Orientierung ergänzen. Dies gilt insbesondere für Übungen mit hohem Selbsterfahrungsanteil. Auch die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen patienten- versus therapeutenzentrierten Übungen mit den Berufsgruppen zeigt, daß die Berufsgruppe der Psychotherapeuten überzufällig häufig eine erlebnisnahe, an der eigenen Person orientierte Selbsterfahrung sucht. Nach vollendeter Ausbildung scheint das Interesse zu bestehen, sich anderen Verfahren zuzuwenden und diese kennenzulernen. Das Ergebnis, daß Psychoanalytiker zwar an keinen Übungen jedoch an theoretischen Seminaren über Körpertherapie teilnehmen, ist bemerkenswert. Wird hier die von den Körperpsychotherapeuten angeführte Angst der Analytiker vor dem Körper bestätigt?

3. Die Zeitspanne von 4 bis 6 Jahren charakterisiert in der Regel die kritische Phase, in der Psychotherapeuten ihre Ausbildung beenden. Zum Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie ist eine bestimmte Anzahl von Theoriestunden nachzuweisen. Da die überwiegende Anzahl von Therapeuten eine psychodynamisch ausgerichtete Ausbildung durchführen, kann der hohe Anteil von Seminaren und psychodynamisch orientierten Übungen mit diesem Nachweis von Bausteinen in dieser Zeitspanne erklärt werden. Kongressteilnehmer mit 4 bis 6 Jahren Erfahrung suchen auch praxisorientierte Veranstaltungen. Möglicherweise besteht bei ihnen gegen Ende der Ausbildungszeit der Wunsch, sich auf die Durchführung von Psychotherapien verstärkt vorzubereiten. Dieses Ergebnis kann auch mit dem Versuch zusammenhängen, die in dieser Phase der beruflichen Karriere anzunehmende Entwicklungsaufgabe zu bewältigen.

Erfahrene Therapeuten mit über 10 Jahren Berufspraxis belegen eher selbsterfahrungsorientierte Übungen. Man kann vermuten, daß die Teilnahme an Veranstaltungen mit hohem Selbsterfahrungsanteil nicht nur mit dem Erlernen von neuen Methoden zusammenhängt. Die persönliche Weiterentwicklung durch Selbsterfahrung wird wahrscheinlich gesucht, wobei der psychohygienische Anteil im Sinne einer Regeneration für den beruflichen Alltag nicht zu vernachlässigen sein dürfte.

Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen dient der Fort- und nicht der Weiterbildung. Präventiv könnte die Teilnahme an diesen Veranstaltungen wirksam sein, um der persönlichen und beruflichen Stagnation entgegenzutreten.

*Zusammenfassend* bestätigen unsere Ergebnisse den allgemeinen Eindruck von Lehrtherapeuten der psychodynamisch orientierten Ausbildungsgänge: Selbsterfahrung wird als sehr wesentlich, nicht nur von den Lehrtherapeuten sondern auch von den Teilnehmerinnen und den Teilnehmern der Ausbildungsgänge, angesehen. Dies trifft sowohl für den persönlichen Gewinn als auch für die berufliche Zufriedenheit zu.

Überhaupt fällt auf, daß sehr viele Psychotherapeuten über den eigenen Zaun ihrer psychotherapeutischen Schule schauen und sich für den Garten des Nachbarn interessieren. Sie wählen Methoden, die entweder verstärkt die interpersonellen Aspekte betonen (also z. B. Familientherapie oder Gruppentherapie) oder körperorientierte Verfahren, offensichtlich, um ihre psychodynamisch orientierte Arbeitsweise mit Einzelpatienten zu ergänzen. Möglicherweise drückt sich darin das Bestreben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus, psychotherapeutische Behandlungsverfahren zu erlernen, um flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können.

Nicht zu unterschätzen dürfte aber auch der Aspekt der persönlichen Regeneration für die Tagungsteilnehmer sein. Als vorbeugende Maßnahme oder bereits als Bewältigung von bereits eingetretener Stagnation in der beruflichen und persönlichen Entwicklung von Psychotherapeuten, kommt den selbsterfahrungsorientierten Veranstaltungen der Lindauer Psychotherapiewochen eine große Bedeutung zu.

## Literatur

- Beutler L, Crago M, Arizmendi T G (1986) Research on therapist variables in psychotherapy. In: Garfield S, Bergin A E (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 257-310
- Buchheim P, Cierpka M, Gitzinger I, Kächele H, Orlinsky D (1992) Entwicklung, Weiterbildung und praktische Tätigkeit von Psychotherapeuten. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) Lindauer Texte 1992. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 251-288
- Kächele H (1992) Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten. Z Psychosom Psychoanal 38 : 227-239
- Orlinsky D, Gerin P, Davis J, Ambühl H, Dazard 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"

Orlinsky D, Davis J, Davis M, Buchheim P, Cierpka M, Howard K and the Collaborative Research Network (1992) Aspects of professional development in psychotherapists: Preliminary findings. Eingereicht in Psychother Research

Skovholt T M, Rønnestad M H (1992) The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development. Wiley, New York