

PSYCHOANALYSE

Texte zur Sozialforschung

ISSN 1615-8393

16. Jahrgang, Heft 3/4 (30), 2012



Schwerpunktthema:

Psychoanalyse in Forschung und Praxis

Gast-Herausgeber:

*Brigitte Boothe, Lina Arboleda,
Nicole Kapfhamer & Vera Luif*

- **Psychoanalyse in der Forschung**
 - Konzeptuelle Beiträge zur psychoanalytischen Forschung
 - Erzählanalyse, Gesprächsanalyse, Inhaltsanalyse
 - Psychotherapieforschung im klinischen Kontext

- **Klinische Praxis der Psychoanalyse**

Herausgeber: Oliver Decker



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Schwerpunktthema:

Psychoanalyse in Forschung und Praxis

Gast-Herausgeber: Brigitte Boothe, Lina Arboleda,

Nicole Kapfhamer & Vera Luif

317 *Vera Luif*
Editorial

319 *Michael Frei, Rebecca Melliger, Lea Richter & Dragica Stojkovic*
Tagungsbericht

Psychoanalyse in der Forschung

Konzeptuelle Beiträge zur psychoanalytischen Forschung

324 *Peter Schneider*
Psychoanalyse und Wissenschaftsforschung

335 *Stephan Hau*
Traum-Spiel

343 *Simone Mosch*
Können Honigbienen wünschen?

349 *Achim Stephan*
Emotionen und existenzielle Gefühle

357 *Brigitte Boothe, Simone Mosch & Georg Schönbächler*
„...bewege ich doch die Unterwelt“ – Zur Aktualität der Psychoanalyse des Wunsches

369 *H. Andrés Sánchez Guerrero*
Affektive Intentionalität, die fundamentale Begründbarkeit unserer Emotionen und die Unbeschreibbarkeit des depressiven Erlebens

Erzählanalyse, Gesprächsanalyse, Inhaltsanalyse

- 381 *David Lätsch & Michael Bamberg*
Skizzen zu einer psychologischen Analyse des Erzählens zwischen interaktiver Pragmatik und intrapsychischer Regulation
- 395 *Marc Luder*
Erzählanalyse und Konstruktionsgrammatik
- 406 *Lina Arboleda & Vania Zschokke*
Sprachgeschehen struktureller Störungen. Narrative und interaktive Beziehungsgestaltung bei Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
- 419 *Geneviève Grimm-Montel & Thomas Seeholzer*
Autobiografisches Erzählen als Ressource zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse
- 429 *Valérie Boucsein, Hanspeter Mathys & Dragica Stojkovic*
„Was führt Sie zu uns?“ – ein Plädoyer für die Erfassung des Anliegens von Ratsuchenden
- 445 *Lisa Schäfer-Fauth, Joachim Küchenhoff, Martin Haug, Gabriele Lucius-Hoene & Daniel Sollberger*
„Mit diesem Gesicht...“ – Stigmatisierung und face-work in der Identitätsarbeit gesichtschirurgischer Patientinnen und Patienten
- 458 *Michael Frei, Konrad Michel & Ladislav Valach*
Humorvolle Taktlosigkeit, Kreditierung interaktiv: Ein gesprächsanalytischer Werkstattbericht
- 472 *Marius Neukom & Tamara Lewin*
Die Verarbeitung von Lungentransplantationen aus psychodynamischer Perspektive

Psychotherapieforschung im klinischen Kontext

- 484 *Stephan Hau*
Die Kluft zwischen kontrollierter Forschung und klinischer Praxis in der Psychotherapie. Ein Blick in den Abgrund

494 *Svenja Taubner*
Erklären Mentalisierungsfähigkeiten den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und aggressivem Verhalten in der Adoleszenz?

503 *Susanne Hörz*
Diagnostik und Veränderung der Persönlichkeitsstruktur bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Klinische Praxis der Psychoanalyse

514 *Gerhard Dammann*
Grundprinzipien der psychoanalytisch-orientierten stationären Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen

530 *Antje Frackenpohl & Ulrich Streeck*
Beziehungen im Brennpunkt – Möglichkeiten stationärer psychodynamisch orientierter Behandlung von Patienten mit schweren Entwicklungsbeeinträchtigungen der Persönlichkeit

544 *Manfred Cierpka*
Die Beziehungsepisode als Zugang zur Psychodynamik

557 *Rudolf Lachauer*
Fokussieren bei Behandlungskrisen

567 *Mario Erdheim, Carmelo Campanello & Marc Stoll*
Das Verhältnis zwischen Kindheit und Adoleszenz – zum Konzept der Adoleszenz als zweite Entwicklungschance

582 *Erika Toman*
Fallbeispiel Bulimie im Kontext psychodynamischer Denkkonzepte

592 *Horst Kächele*
Nachwort: Wem gehört die Psychoanalyse?

595 AutorInnen in diesem Heft

Herausgeber/innen:

Oliver Decker (Siegen/Leipzig)
Wolfgang Mertens (München)
Bernd Nitzschke (Düsseldorf)
Katharina Rothe (New York)
Timo Storck (Kassel)

Roberto P. Neuburger, Buenos Aires
Christa Rohde-Dachser, Frankfurt/M.
Jochen Schade, Leipzig
Irmingard Staeuble, Berlin
Gunzelin Schmid-Noerr, Frankfurt
Rolf-Peter Warsitz, Kassel
Siegfried Zepf, Saarbrücken

Geschäftsführender Herausgeber:

Oliver Decker

Anschrift der Redaktion:

PD Dr. phil. Oliver Decker, Dipl.-Psych.
Vertretungsprofessor für Sozialpsycho-
logie und Organisationspsychologie
Universität Siegen
Adolf-Reichwein-Straße 2
D-57068 Siegen
Tel.: ++49 (0) 271/740-3439
E-Mail: decker@fb2.uni-siegen.de

Beirat:

Ada Borkenhagen, Berlin
Elmar Brähler, Leipzig
Christina von Braun, Berlin
Hans-Joachim Busch, Frankfurt
Helmut Dahmer, Wien
Günter Götde, Berlin
Bernard Görlich, Wiesbaden
Sebastian Hartmann, Pulsnitz
Rolf Haubl, Frankfurt
Wolfgang Hegener, Kleinmachnow
Eva Jaeggi, Berlin
Horst Kächele, Ulm
Ulrich Kobbé, Lippstadt
Joachim Küchenhoff, Basel
Hans-Martin Lohmann, Heidelberg
Emilio Modena, Zürich
Heidi Möller, Berlin



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0) 5484 / 308
Fax. +49 (0) 5484 / 550
E-Mail: pabst.publishers@t-online.de
Internet: www.pabst-publishers.de
www.psychologie-aktuell.com
Konto: 709772405
BLZ: 26580070

Die Texte erscheinen ab 2012 viermal im Jahr
(vorher: zweimal). Der Preis des Einzelheftes
beträgt 12,- EUR, ein Jahresabonnement kos-
tet 35,- EUR inkl. Versandkosten (bis Jahr-
gang 2011: 20,- EUR).

Bild auf der Titelseite:
© Sunnydays - Fotolia.com

Editorial

Psychoanalyse in Forschung und Praxis

Vera Luif

Als Studentin der Psychologie Mitte der 1990er Jahre in Zürich stand mir der Weg offen, Psychoanalyse an der Universität zu studieren. In wenigen Monaten geht diese Ära mit der Emeritierung von Professorin Brigitte Boothe zu Ende. Sie hat als Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse über zwanzig Jahre lang das Ziel verfolgt, Forschung und Praxis der Psychoanalyse zusammenzubringen. Innovativ, interdisziplinär, originell, komplex, sprachaffin – dies nur einige wenige Adjektive, anhand derer man die forschende Tätigkeit von Professorin Boothe und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zu denen auch ich zehn Jahre gehören durfte, umschreiben kann. Die qualitative Forschung des Lehrstuhls umfasste ein breites Spektrum an Themen, zu denen unter anderem Studien zu Wunsch und Traum in der Psychoanalyse und zu therapeutischer Interaktion und Kommunikation, aber auch die Entwicklung der Erzählanalyse JAKOB gehörten. Letztere diente zwei Jahrzehnte lang Studierenden und Promovierenden dazu, psychotherapeutische Gespräche mikroanalytisch zu erkunden. Als literaturinteressierte Studentin war ich fasziniert von der Möglichkeit, Textanalyse mit psychologischen Fragestellungen zu verbinden. Diese spannende und einzigartige Synergie ermöglicht demjenigen, der sich auf die komplexe Methodik einlassen kann, einen unerschöpflichen Fundus sowohl text- und sprachwissenschaftlicher als auch psychologischer und psychoanalytischer Anregungen und Befunde. Zudem durfte ich mein Interesse daran, was in Psychotherapien passiert, als Leserin, Hörerin oder Zuschauerin psychotherapeutischer Gespräche in Text, Ton oder sogar Bild stillen und nähren: Die ideale Verbindung von Forschung und Praxis!

In diesem Sinne konzipierten Brigitte Boothe, Lina Arboleda, Nicole Kapfhamer und ich die Tagung *Psychoanalyse in Forschung und Praxis*, deren Referate, Symposien und Werkstätten den Texten des vorliegenden Bandes zugrundeliegen. Mit zahlreichen deutschsprachigen Referenten aus dem In- und Ausland wurde an zwei Tagen der Frage nachgegangen, wie die Psychoanalyse beforscht und praktiziert wird. Die Beiträge geben einen Einblick in unterschiedliche Forschungsschwerpunkte und Methoden, die als qualitative Psychotherapieforschung im weiteren psychoanalytischen Kontext für den deutschsprachigen Raum charakteristisch sind. Aber es wurde nicht

in der Akademie verharret, sondern der Schritt in die Praxis gegangen, indem namhafte forschende Kliniker zu institutionellen, diagnostischen und therapeutisch-technischen Themen aus psychoanalytischer Sicht Stellung bezogen, Fallbeispiele präsentierten und die klinische Diskussion anregten.

So verdankt dieser Band seinen Wert den Autorinnen und Autoren, die engagiert zum Gelingen unseres Projekts beigetragen haben. Wir danken den Referenten der Zürcher Tagung *Psychoanalyse in Forschung und Praxis*, und wir danken dem Pabst-Verlag für die Unterstützung und Begleitung dieses Tagungsbandes. Und nicht zuletzt lässt mich das Engagement der Tagungs-Teilnehmenden weiter hoffen, dass das Interesse am Erhalt der akademischen Psychoanalyse im Austausch mit der Praxis trotz einer sich abzeichnenden Marginalisierung immer wieder entfacht werden wird.

Vera Luif

Zürich, im August 2012

Tagungsbericht

*Michael Frei, Rebecca Melliger,
Lea Richter & Dragica Stojkovic¹*

Am 2. und 3. September 2011 lud die Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse des Psychologischen Instituts der Universität Zürich unter Brigitte Boothe zu ihrer letzten interdisziplinären Tagung mit dem Titel *Psychoanalyse in Forschung und Praxis*. Um die 120 Teilnehmer und Referenten fanden den Weg nach Zürich. Der zweitägigen Veranstaltung, der ein äußerst reichhaltiges Tagungsprogramm beschieden war, ging eine eintägige Pre-Conference zum Thema *Therapeutisierung im Alltag und in den Massenmedien* voraus.²

Die Tagungsteilnehmer/Innen standen an diesen zwei spätsommerlich schönen Tagen vor der nicht ganz einfachen, aber durchaus beneidenswerten Aufgabe, sich aus den 21 angebotenen Veranstaltungen ein individuelles Tagungsprogramm zusammenzustellen. Neben den fünf Plenarvorträgen, die der Tagung den gemeinsamen Rahmen gaben, wurden am Freitagnachmittag sechs parallele Symposien und anschließend vier parallele Werkstätten sowie am Samstagnachmittag wiederum sechs parallel stattfindende Fallgruppen angeboten. Die Teilnehmer/Innen standen also sprichwörtlich vor der Qual der Wahl, mussten sie sich doch für eine der 144 Möglichkeiten, die Tagung zu begehen, entscheiden.³ Eines der erklärten Ziele der Tagung war es, Forschung und Praxis der Psychoanalyse zusammenzubringen. Es sollten diesbezügliche Perspektiven aufgezeigt und Rückschau gehalten werden. Die beiden Veranstaltungstage waren dementsprechend thematisch aufgeteilt: Am Freitag lag der Schwerpunkt auf der Forschung, am Samstag auf der Praxis.

Die Tagung wurde am Freitagmorgen nach einer warmen Begrüßung und einer geistreich-humorvollen Einleitung von Brigitte Boothe durch die zwei Plenarvorträge von Stefan Hau und Michael Bamberg eröffnet. Stephan Hau befasste sich in seiner Präsentation ganz im Sinne des Tagungstitels mit der *Kluft zwischen kontrollierter For-*

¹ In alphabetischer Reihenfolge.

² Auf die Pre-Conference wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Diesbezüglich interessierte Leser/Innen verweisen wir auf die entsprechende Veröffentlichung in *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* (Heft 13/1, 2011) zum Thema *Therapeutisierung durch Sprache*.

³ Vorausgesetzt, das Nicht-besuchen einer (oder mehrerer) Veranstaltung zählt nicht als Option – was bei einem so anregenden Tagungsprogramm ja auch tatsächlich nicht der Fall war.

schung und klinischer Praxis. Dazu malte er das Bild dieses komplexen Spannungsfeldes zwischen der klinischen Praxis und der Forschungspraxis in lebhaften Farben und umriss die vielfältigen, damit einhergehenden Missverständnisse und Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Kliniker und dem empirischen Psychotherapeutforscher. Nebst den Schwierigkeiten betonte der Referent jedoch auch die positiven Seiten dieses Spannungsfeldes. Es sei interessant, sich in beiden Feldern zu betätigen und es berge Chancen wie Herausforderungen für die persönliche Weiterentwicklung sowie für die Weiterentwicklung der beiden Bereiche. Die angeregte Diskussion im Anschluss an das Referat spiegelte die Brisanz des Themas wieder. Die Psychoanalyse könne und dürfe sich den Forschungszwängen nicht entziehen, der Vortragende sprach sich jedoch klar dafür aus, dass die Messungen und die entsprechenden Operationalisierungen sowie die Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung einer kritischen Hinterfragung durch den Kliniker bedürften, um eine qualitativ hochstehende Forschung, die das Kriterium der Anwendbarkeit in der Praxis erfülle, zu gewährleisten. Des Weiteren müsse uns bewusst sein, dass durch die momentane Favorisierung und Priorisierung sog. RCT-Studien andere Informationen, wie sie z.B. die Prozessforschung liefert, systematisch ausgeklammert werden.

Als zweiter Referent trat Michael Bamberg auf, der in seinem Vortrag *Erzählen, Selbstoffenbarung und der Therapeutische Diskurs* der Frage nachging, ob, und wenn ja, wie sich Erzählen zur Identitätsanalyse eigne. Der Referent, der seiner Präsentation das Caveat vorausschickte, dass er kein Psychotherapeut sei, kontrastierte hierzu die monologische oder „cartesianische“ Sichtweise und die von seiner Gruppe vertretene dialogische Sicht. Dieser interaktiv-konversationelle Ansatz misse der narrativen Selbstthematization innerhalb des therapeutischen Diskurses eine herausragende Bedeutung bei. Die Frage „wer bist du“ verlange nach einer Erzählung. Im therapeutischen Prozess ereigne sich solche Infragestellung und Neukonstitution des Selbstverständnisses insbesondere im Erzählen der Patienten, wobei dieses Erzählen von sich selbst kein bloßes Abrufen und Ausdrücken sei. Bezüglich dieser erzählenden Konstruktion und Darstellung von Identität macht Michael Bamberg jedoch drei Dilemmata aus: Auf einer ersten Ebene setzen sich Patienten mit Fragen der Gleichheit und Andersartigkeit auseinander, wodurch eine Differenzierung und Integration des eigenen Identitätsgefühls geleistet wird. Auch auf der zweiten Ebene, der Beziehungsfindung zwischen dem Selbst und der Welt, wird das Selbstgefühl (*sense of self*) durch Erzählen konstituiert, während die dritte Ebene, in der ein Zusammenhang zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft hergestellt wird, zu einem kohärenten Identitätsgefühl (*identity*) beiträgt. Zur Untersuchung erzählter Identität stelle der Referent die Positionierungsanalyse vor, ein differenziertes Verfahren zur Erschließung narrativ arrangierter Beziehungsmuster in der Erzähldramaturgie. Der Vortrag wurde durch eine angeregte Diskussion beschlossen, die wegen der begrenzten Zeit und knurrender Mägen viel zu früh beendet werden musste.

In einem ersten Block paralleler Veranstaltungen konnte am Freitagnachmittag, nach dem Mittagessen, dann aus sechs parallelen Symposien gewählt werden, wobei die

folgenden Symposien, meist mit separaten Beiträgen der einzelnen Referenten, auf dem Programm standen:

- I. *Psychoanalytische Erforschung der Borderline-Persönlichkeitsstörung* mit Dr. Dipl.-Psych. Susanne Hörz, Dr. des. Lina Arboleda & Dr. des. Vania Zschokke
- II. *Emotion und Mentalisierung* mit Prof. Dr. Achim Stephan, Andrés Sánchez Guerrero MD BA & Jun. Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Svenja Taubner
- III. *Traum und Wunsch* mit Prof. Dr. Stephan Hau, Dr. des. Nicole Kapfhamer & Dipl. Psych. Simone Mosch
- IV. *Forschungsprojekt: Psychodynamische Aspekte der psychischen Verarbeitung von Lungentransplantationen* mit Dr. med. Gabrielo Mauro Tini, Dr. phil. Marius Neukom & lic. phil. Tamara Lewin
- V. *Eine neue Wissenschaftstheorie für die Psychoanalyse? Überlegungen zu einem Paradigmenwechsel* mit Dr. med. Dr. phil. Daniel Strassberg, PD Dr. Peter Schneider und Dr. med. Joseph Zwi Guggenheim
- VI. *Erzählanalyse Jakob: Erträge aus Forschung und Entwicklung* mit Dr. phil. Geneviève Grimm, lic. phil. Corinne Picard Hein & Dr. phil. Marc Luder

Nach diesem facettenreichen ersten Block wurde der erste Tagungstag, bevor man sich zum gemeinsamen Abendessen traf, mit einem zweiten Block von vier parallelen Werkstätten beschlossen, wobei in folgende Forschungsprojekte Einblick genommen werden konnte:

- I. *Anliegen von Ratsuchenden in Erstgesprächen* mit Dr. phil. Hanspeter Mathys & lic. phil. Valérie Boucsein
- II. *Textanalytische Verfahren* mit Prof. Dr. med, Dipl. Psych. Gabriele Lucius-Hoene, Dr. phil. Katrin Lindemann & Dipl. Psych. Lisa Schäfer
- III. *Therapeutische Beziehung und Kreditierung* Dr. phil. Marie-Luise Hermann & lic. phil. Michael Frei
- IV. *Positionierungsanalyse und moralische Agency* Prof. Dr. Michael Bamberg & lic. phil. David Lätsch

Der zweite Kongresstag wurde durch die einleitenden Worte von Vera Luif eröffnet: Nachdem am Freitag die psychoanalytische Forschung im Mittelpunkt stand, sollte nun am Samstag die psychoanalytische Praxis in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden. Den ersten Plenarvortrag übernahm Gerhard Dammann, Klinikdirektor und Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Der Referent bot in seinem Vortrag zu den *Möglichkeiten und Grenzen der psychoanalytisch-orientierten stationären Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen* einen aufschlussreichen Einblick in die Arbeit und das Behandlungskonzept der Psychotherapiestation für schwere Persönlichkeitsstörungen in der Klinik Münsterlingen. Das

interdisziplinäre Team verfolgt einen störungsspezifischen Behandlungsansatz mit Schwerpunkt auf gruppen- und milieuthérapeutischen Elementen, der auf der intensiven Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen und Pflegekräften basiert. Das Behandlungskonzept der Station folgt Kernbergs übertragungsfokussierter psychodynamischer Psychotherapie, es sind jedoch auch verhaltenstherapeutische Verfahren in die stationäre Behandlung mit eingeflochten. Das therapeutische Setting auf der Station wird dabei immer als *total situation* (Betty Joseph) betrachtet. Entlang des Ablaufs eines in der Regel dreimonatigen Aufenthalts auf der Station stellt der Referent die spezifischen Herausforderungen des fokussierten Therapieplans und der therapeutischen Beziehungsgestaltung bei schweren Persönlichkeitsstörungen dar. Dabei wurden auch die theoretischen Einflüsse verschiedener Vorgehen erläutert und es wurde auf die spezifischen Gefahren stationärer Behandlungen und auf deren Handhabung verwiesen.

Im Anschluss daran eröffnete Manfred Cierpka seine Präsentation, die er als eine Werbeveranstaltung für die explizite Eruiierung von Beziehungsepisoden im Erstgespräch titulierte, mit einem sehr persönlichen Dank an und einer Würdigung von Brigitte Boothe. Cierpkas Referat befasste sich mit der *Beziehungsepisode als Zugang zur Psychodynamik*. Psychische Krankheiten seien in erster Linie Beziehungskrankheiten und deren Symptomatik sei mit repetitiven Beziehungserfahrungen und dem entsprechenden Beziehungserleben verknüpft. Diese können als typische Beziehungsepisoden bereits im Erstgespräch erhoben werden. Die beziehungsanalytische Betrachtung erzählter Beziehungsepisoden liefere wertvolles Material zur Beurteilung der Psychodynamik von Patienten. Als Mitbegründer der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) verwies er diesbezüglich erläuternd auf die Beziehungssachse dieses psychodynamischen Diagnoseinstruments, die auf der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas von Luborsky (ZBKT) beruht. Dabei wies Herr Cierpka auf die große Relevanz von erzählten Beziehungserfahrungen im psychotherapeutischen Prozess hin; sie ließen sich unter anderem dazu nutzen, charakteristische Erfahrungen der Patienten in ihrem Beziehungsumfeld zu modellieren. Er zeigte ein Videobeispiel mit einem Gespräch mit einer bulimischen Patientin, um zu verdeutlichen, wie er die explizite Eruiierung solcher Beziehungsepisoden in seine Gesprächsführung integriert. Die anschließende Diskussion drehte sich mitunter um die Frage, wie in der Psychotherapie mit Opfererzählungen umgegangen werden soll. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung musste die rege Diskussion wieder auf das anschließende Mittagessen verschoben werden. Dies jedoch nicht, bevor der Referent noch einmal darauf hingewiesen hatte, dass er mit seinem Referat auch dafür geworben haben möchte, solche Beziehungsepisoden zu beforschen. Diese könnten nämlich sehr zuverlässig und stabil erhoben werden.

Am Samstagnachmittag standen dann die folgenden sechs parallelen Fallgruppen auf dem Programm, die allesamt interessante klinische Diskussionen versprachen:

- I. *Stationäre psychodynamische Psychotherapie in der Spät-Adoleszenz* mit Dr. phil. Bernhard Grimmer

- II. *Fallbeispiele Essstörungen* mit Dr. phil. Erika Toman
- III. *Psychoanalytische Psychotherapie mit Kindern und ihren Eltern* mit Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl
- IV. *Interpersonelle Beziehungen im Brennpunkt. Zur Psychotherapie schwerer Persönlichkeitsstörungen* mit Prof. Dr. med. Ulrich Streeck & Dr. med. Antje Frackenhohl
- V. *Frühe Kindheit und ihre Wiederaufnahme in der Adoleszenz* mit Dr. phil. Mario Erdheim, lic. phil Carmello Campanello & PD Dr. phil. Marc Stoll
- VI. *Fokussieren bei Behandlungskrisen* mit Dr. med. Rudolf Lachauer

Mit den Worten, „also irgendwann geht’s zu Ende“, leitete Brigitte Boothe das von ihr zu bestreitende, abschliessende Referat der Tagung ein, bevor – in Form eines ausklingenden Apéros – die Teilnehmenden sich noch einmal ausgiebig austauschen und in vertrauter Atmosphäre verabschieden konnten. Brigitte Boothe geleitete die Zuhörerinnen und Zuhörer in ihrem Vortrag gekonnt durch die *Psychoanalyse des Wünschens* und zeichnete Wunschscenarien in verschiedenen Kontexten nach: Einem Blick auf Martin Luther Kings Rede „I have a dream“ folgte die Betrachtung eindrücklicher Patientenerzählungen sowie der von Freud beschriebene Traum „das brennende Kind“. Nach Brigitte Boothe besteht die psychische Funktion des Wünschens vor allem in seiner befindlichkeitsregulierenden, auf die Zukunft gerichteten, imaginativen, hedonischen Funktion. Charakterisiert werde es durch eine primäre Handlungsabstinenz, Präferenzorientierung und eben die Imagination. Der Wunsch als desiderative Formulierung ist im Gegensatz zum Wollen nicht festlegend und auch nicht verpflichtend oder begründungspflichtig. Kant: „Das Begehren ohne Kraftanwendung zur Hervorbringung des Objekts ist der Wunsch“. Wünschen sei ein höchst kreativer, evozierender Akt im Sinne der Weltverwandlung, der es einem Individuum ermögliche, zu warten und hoffend auszuharren, der aber auch das Risiko des Selbst- und Weltverlustes in sich berge. Zum Schluss des Vortrags und der Tagung kam die Trauer mannigfaltig: Betörend schön, in Form von Hebels ergreifender Geschichte „unverhofftes Wiedersehen“, wehmütig als Reaktion auf einen rundum gelungenen, sich aber dem Ende zuneigenden Kongress und als Betroffenheit über die anstehende Emeritierung Brigitte Boothes und den damit einhergehenden Verlusten.

Psychoanalyse und Wissenschaftsforschung

Peter Schneider

Zusammenfassung

Die Frage, ob sie eine Wissenschaft sei und wenn ja, was für eine, begleitet die Psychoanalyse nahezu vom Anfang ihrer Geschichte an. In der Tradition der Wissenschaftsforschung („science of science“) möchte ich die normative durch eine ‚affirmative‘ Perspektive konterkarieren. Meine Frage lautet daher nicht: Ist die Psychoanalyse eine richtige Wissenschaft und welche Form der Rationalität (hermeneutische oder naturwissenschaftliche) zeichnet sie aus und legitimiert sie?, sondern: Was können wir über die spezifische Weise der Psychoanalyse, Wissen zu erzeugen, in Erfahrung bringen, wenn wir sie – in der Art ethnologisch teilnehmender Beobachtung – zugleich von innen als auch von außen betrachten?

Schlüsselbegriffe

Psychoanalyse, Erkenntnisgegenstand, Erkenntnistheorie, Wissenschaftsforschung, Wissenschaftsgeschichte, Falsifikationismus, wissenschaftliche Methoden, Ethnopsychanalyse, Paradigmenwechsel, Denkstile, Sozialwissenschaften, Unbewusstes, Widerstand

Was ist Wissenschaftsforschung?

In der Wissenschaftsforschung geht es nicht darum, wie Wissenschaft vorgehen sollte, damit sie zu wahren Erkenntnissen gelangt, sondern darum, wie einzelne Wissenschaften jeweils tatsächlich ihr Wissen herstellen und wie sie die Gegenstände hervorbringen, die sie untersuchen und über die sie Aussagen machen. Lange Zeit waren Wissenschaftsgeschichte und Wissenschaftssoziologie einerseits und Wissenschaftstheorie andererseits zwei verschiedene Weisen, wissenschaftliche Praxis zu reflektieren. Die Wissenschaftstheorie hatte gleichsam die Rolle der Moralthologie der Wissenschaft inne, sie schrieb vor, wie Wissenschaft dem wissenschaftlichen Ideal nach zu sein hatte, während die Wissenschaftsgeschichte und –soziologie beschrieben, was Wissenschaftler tatsächlich getan hatten, nicht zuletzt unter der Einwirkung äußerer Einflüsse, politischer und sozialer Gegebenheiten, gegen den Widerstand von Autoritäten usw. Diese Betrachtung fungierte gleichsam als Kirchengeschichte der Wissenschaft. Zuweilen brachte die Wissenschaftsgeschichte zu Tage, wie große Sünder wider die wissenschaftlichen Tugenden letztlich doch zu Heiligen der Wissenschaft

wurden. Aber an der grundsätzlichen Trennung zwischen wissenschaftstheoretischer und –historischer Betrachtungsweisen änderte sich dadurch nichts.

Man könnte von der Wissenschaftsforschung als dem Produkt eines ‚realistic turn‘ in der Erkenntnistheorie sprechen: Weg vom Normativen, hin zur Erforschung der ‚realen‘ Praxis, zum Beispiel im Laboratorium. Die Forschergemeinschaft wird auf diese Weise zum Gegenstand einer Wissenschaftsethnologie.

Die Auffassung vom wissenschaftlichen Vorgehen, das in der Öffentlichkeit am weitesten verbreitet sein dürfte, könnte man als eine Art popularisierten Popperianismus beschreiben: Ein Wissenschaftler beginnt mit einer Beobachtung und/oder Vermutung, daraufhin formuliert der Wissenschaftler eine operationalisierbare Hypothese, die ihrerseits als Elementarbaustein einer Theorie fungiert. Nun ersinnt er ein Experiment, das je nach Ausgang – *heads I win, tails I lose* – über das weitere Schicksal der Hypothese entscheidet. Bestätigt sich die theoretische Annahme dadurch, dass sich im Experiment das zu erwartende Ergebnis zeigt, wird die Hypothese als Theoriebaustein weiterverwendet; tut sie es nicht, muss eine neue Hypothese formuliert werden. Wobei Hypothesen grundsätzlich so formuliert werden müssen, dass sie empirisch – das heißt in einer anzugebenden Versuchsanordnung – widerlegt werden können, „falsifizierbar“ sind. Nur dieses Vorgehen darf sich wissenschaftlich nennen, alles andere ist bestenfalls ein gelungener moderner Mythos, schlimmstenfalls Hokuspokus.

Der „kritische Rationalismus“ Poppers (Popper, 1935) war zunächst gegen den „logischen Positivismus“ des Wiener Kreises gerichtet, die Vorstellung, Wissenschaft könne aus verifizierbaren Beobachtungssätzen, Elementarsätzen, nach mathematisch-logischem Modell zu immer größerer Komplexität zusammengefügt werden. In diesem Prinzip erkannte Popper das Problem, dass die Verifikation einer Theorie durch Induktion daran krankt, dass sie eine unendliche Menge an Beobachtungen voraussetzt. Oder, in einem heute sehr geläufig gewordenen Bild, ausgedrückt: Der logische Positivismus ist niemals gefeit vor dem Auftauchen eines schwarzen Schwans, der die Theorie über den Haufen wirft. Aus dieser Not macht Popper eine Tugend: Er geht vom Primat der Theorie aus. Aus dieser Theorie müssen sich Beobachtungsmöglichkeiten ableiten lassen, die so formuliert sind, dass sie eine Falsifikation durch eine Beobachtung oder durch ein Experiment erlauben. Die Vorläufigkeit des Wissens ist damit ein wesentlicher Zug von Wissenschaft geworden und nicht mehr etwas, das man als Wissenschaftler zu fürchten hätte wie der Teufel das Weihwasser.

In seinem Falsifikationismus geht es nicht zuletzt darum, echte Wissenschaft von Schein-Wissenschaft zu unterscheiden, so wie man echte Invalide von Schein-Invaliden unterscheiden möchte. Denn sonst könnte ja jeder dahergelaufene Scheinwissenschaftler (Wissenschaftsschmarotzer) Drittmittel beanspruchen und Forschungsgelder beantragen.

Man kann sich vorstellen, dass Popper kein Freund der Psychoanalyse (als Wissenschaft) war. Nicht, weil steile Thesen nicht ins Konzept des falsifikationistischen kritischen Rationalismus passen, sondern weil der Psychoanalyse in den Augen Poppers

die Zerlegung ihrer Theorie in falsifikationsfähige Aussagesätze nicht gelingt. („Söhne von dominanten Müttern werden homosexuell“ wäre ein solcher Satz – aber welcher Psychoanalytiker würde das allen Ernstes behaupten wollen – jedenfalls offiziell als Proposition mit wissenschaftlichem Anspruch?) Die Theorie Freuds scheint Popper darum bestenfalls interessant, aber eben keine Wissenschaft.

Dem würden psychoanalysefreundliche Kritiker Poppers möglicherweise entgegen, dass es auch in der Psychoanalyse durchaus das Spiel von Behauptung und Korrektur gibt, wie nicht zuletzt an der Geschichte der Freudschen Theorieentwicklung zu sehen sei. Worauf Popperianer antworteten: Der Fortschritt von einer Spekulation zur nächsten sei nicht das, was man sich unter falsifikationsgetriebenem wissenschaftlichem Fortschritt vorstelle...

Vorerst muss man aber gar nicht im Detail auf die Diskussion um Popper und die Psychoanalyse einsteigen, um zu erkennen, dass unter dem strengen Kriterium der Falsifizierbarkeit von Aussagen immerhin doch manches, was an unseren Universitäten gelehrt wird, kaum wissenschaftlich genannt werden dürfte, wenn man unter Wissenschaft nicht nur Fußnoten und ein langes Literaturverzeichnis versteht: nicht nur Theologie fällt darunter, sondern auch Archäologie, Altphilologie, Germanistik, Paläontologie, große Teile der Ökonomie, der Soziologie und auch der Psychologie, soweit sie sich nicht einzig als Experimentalwissenschaft versteht.

Der Falsifikationismus krankt daran, dass er nicht zuletzt auch in den klassischen Experimentalwissenschaften merkwürdig realitätsfern argumentiert. Welche Wissenschaft in einem richtigen Labor funktioniert schon als experimentelles Trial-and-Error-Verfahren? Paul Feyerabend, ein Philosoph, der bis zu seiner Emeritierung 1990 auch an der ETH in Zürich gelehrt hat, und den man vor allem durch seinen Slogan „Anything Goes“ kennt, hat sich – vormals selber Popperianer – Ende der sechziger, anfangs der siebziger Jahre vehement gegen diese Wissenschaftskonzeption ausgesprochen. 1970 schrieb er einen Aufsatz mit dem Titel „Against Method“, aus dem später dann sein vielleicht einflussreichstes gleichnamiges Buch wurde, das auf Deutsch übersetzt heißt: „Wider den Methodenzwang“ (Feyerabend, 1975). Man betrachtet Feyerabend als Vertreter einer „anarchistischen Erkenntnistheorie“ und eines wissenschaftstheoretischen Relativismus. Seine Botschaft, dass es keinen Königsweg zum richtigen Wissen gibt, ist tatsächlich auch von den antiautoritären Impulsen der Studentenbewegung beeinflusst. Einen Grossteil seiner Argumentation bezieht er aber nicht zuletzt auch aus einer historischen Analyse des tatsächlichen Erkenntnisfortschritts in der Physik, welche sich nicht in das Popper-Schema einfügen lässt. Kurz: Wissenschaft ist gerade fruchtbar, weil sie nicht EINER Methode folgt, sondern bei ihrer Methodenwahl, bei ihren Versuchsanordnungen und Hypothesenbildungen improvisiert.

Psychoanalyse als Wissenschaft?

Nach Popperschen Kriterien kommen wir bei der Psychoanalyse zu einem widersprüchlichen Befund: Von außen betrachtet ist sie (vielleicht) keine Wissenschaft, nach innen jedoch wird sie – mindestens was ihre Funktion als Therapie betrifft – von einem einigermaßen rigiden Methoden-Zwang beherrscht. Psychoanalyse als Therapie wird mit der Anwendung eines ziemlich streng umrissenen Kanons von Methoden, eines als “klassisch“ umschriebenen Kanons therapeutischer Techniken identifiziert. Also z.B.: Liegen auf der Couch, freie Assoziation, Abstinenz des Analytikers, freischwebende Aufmerksamkeit (also: keine Notizen), 50 Minuten-Sitzungen mindestens vier- bis fünfmal die Woche ... Was davon abweicht, gilt als nicht-klassische Anwendung der Psychoanalyse. Oder als deren liberale Handhabung.

Es scheint manchmal, als wäre dieses Standardverfahren gleichsam vom Himmel gefallen. Oder Freud vom Unbewussten höchstpersönlich diktiert worden, auf dass er seine Eingebungen in den „Schriften zur Behandlungstechnik“ den künftigen Generationen zur Kenntnis und Befolgung niederschreibe. Und darum tut es gut, sich – wie es die Wissenschaftsforscher machen – nicht nur mit der tatsächlichen aktuellen Praxis der Psychoanalyse, sondern auch der Geschichte dieser Praktiken zu beschäftigen und zum Beispiel die Fallgeschichten der „Studien über Hysterie“ von 1895 zu lesen. Freud hat eine Vorstellung von dem, was das Unbewusste ist, wie es zustande kommt und wie es sich – zum Beispiel im hysterischen Symptom – bemerkbar macht, dann, wie dieses Symptom möglicherweise dadurch zum Verschwinden gebracht werden kann, indem das Unbewusste als Ursache des Symptoms bewusst gemacht wird. In diesem Netz von Annahmen experimentiert Freud mit der Hypnose, aber auch mit anderen Techniken wie dem Druck auf die Stirn und schließlich der „freien Assoziation“. Das Ziel ist es, Aufschlüsse über das Unbewusste zu gewinnen und diese therapeutisch zu nutzen. Freud arbeitet zwar nicht in einem Labor, aber Vieles, was er mit seinen Patientinnen anstellt, hat durchaus experimentellen Charakter. Seine Motive sind: Wissen- und Beeinflussen-Wollen. Mindestens in den fünfziger und sechziger Jahren konnte man allerdings oft genug den Eindruck haben, dass auch die Psychoanalyse einer Dynamik unterliege, die Freud in „Totem und Tabu“ der Magie zuschreibt: „Mit der Zeit verschiebt sich der psychische Akzent von den Motiven der magischen Handlung auf deren Mittel, auf die Handlung selbst“ (Freud, GW IX, S. 104). Psychoanalyse ist dann, wenn der eine fünfzig Minuten lang liegt und redet, und der andere hinter ihm sitzt und möglichst wenig sagt.

Es gab so etwas wie eine Freudsche Orthodoxie, und wenn jemand aufgrund historischer Untersuchungen oder aufgrund der veröffentlichten Erinnerungen ehemaliger Patienten nachweisen konnte, dass Freud selber gar kein so orthodoxer Freudianer war wie gewisse seiner Anhänger, dann ging es immer darum, zu zeigen, dass auch in der Psychoanalyse die Suppe nicht so heiß gegessen wird, wie sie gekocht wird.

Ethnopschoanalyse

Von einer historischen Überschneidung von Psychoanalyse und Wissenschaftsforschung kann man bei der Ethnopschoanalyse sprechen: Zu ihr gehörte nicht nur die psychoanalytische Erkundung fremder Kulturen, sondern auch der psychoanalytische Blick auf die eigene Gesellschaft, so, als wäre diese ein fremder Stamm. Die große Zeit der Ethnopschoanalyse waren in der Schweiz die siebziger und achtziger Jahre, ihre wichtigsten Zürcher Exponenten Paul Parin, Goldy Parin-Matthey, Fritz Morgenthaler und Mario Erdheim. Dem langsam, aber sicher altherwürdig werdenden Frankfurter Projekt einer psychoanalytisch aufgeklärten kritischen Sozialforschung wurde in den 1980er Jahren mit frischem Zürcher Wind neues Leben eingehaucht. Die 80er-Jugendunruhen dienten dabei als ein ähnlicher politischer Katalysator wie der Mai 68. Man fragte sich: Was stabilisiert Gesellschaften, wie funktioniert Fortschritt, wie Autorität, wie werden Konflikte ausgetragen, verarbeitet, erstickt usw.? Die Feldforschung konnte vor, ja sogar hinter der Haustüre beginnen. Zwar gab es vereinzelte Versuche, die (Ethno-) Psychoanalyse auch auf die Ethnie der Psychoanalytiker anzuwenden (Parin, Erdheim), doch sind diese episodisch geblieben.

In derselben Zeit, in welcher die (Zürcher) Ethnopschoanalyse ihre Hochblüte hatte, formierte sich das, was man heute allgemein als Wissenschaftsforschung bezeichnet. Während die klassische Wissenschaftstheorie in all ihren Ausprägungen sich zur wissenschaftlichen Praxis verhielt wie die Missionare zu den Wilden, verstanden sich die modernen Wissenschaftsforscher als moderne Ethnologen, welche sich für die wissenschaftlichen Praxen in all ihrer Heterogenität interessierten. Es ging und geht ihnen nicht darum, den einen wahren Gott der Falsifikation zu verkünden, Pseudowissenschaft von richtiger Wissenschaft zu trennen und die heidnischen Anhänger der pseudowissenschaftlichen Schamanen-Kirchen für die wahre Glaubens-, oder genauer Wissensgemeinde der Scientific Community zu gewinnen, sondern darum, zu schauen wie die Wissenschaften als Teil der alltäglichen Praxen, welche die Menschen sonst noch teilen, funktionieren. Wissenschaftsforschung in diesem Sinne unterscheidet sich damit nicht nur von der Wissenschaftstheorie, sondern auch von der herkömmlichen Wissenschaftsgeschichte und Wissenschaftssoziologie. Sie ist a-modern holistisch (während die Moderne sich fortwährend durch Dualismen legitimiert: als Trennung von Politik und Wissenschaft, Natur und Kultur, Theorie und Praxis ... – Dualismen in Wirklichkeit permanent unterlaufen werden), und sie ist – in einem heuristischen Sinne – affirmativ: Inspiriert von Feyerabends Methoden-Anarchismus, aber ohne dessen polemische Spitze. Wissenschaft ist, was Wissenschaftler tun. Wissenschaft ist somit nicht DAS Gütesiegel als das sie immer wieder gebraucht wird (zum Beispiel im empörten Ausruf, dieses oder jenes sei doch keine Wissenschaft – ganz so, wie man auch immer wieder klagt, irgendetwas sei gar keine Kunst), sondern vor allem eine Gattungsbezeichnung neben anderen wie Literatur, Musik oder Verkehrsplanung. Und statt die Gattung der Wissenschaft vor allem von anderen Gattungen ein für alle Mal abzugrenzen, ist es sicher interessanter zu schauen, in welchen Verbindungen sie zu diesen Gattungen steht.

Konstitution des Gegenstandes

Die Frage „Ist etwas ontologisch oder epistemologisch?“ wird von der Wissenschaftsforschung tendenziell unterlaufen: Dass ein Gegenstand wirklich UND konstruiert ist, ist kein Widerspruch in sich, sondern lediglich eine – leider immer wieder ausgeblendete – Trivialität. Die Wissenschaftsforschung untersucht die Art und Weise, wie eine Wissenschaft ihre Gegenstände „präpariert“. Vielleicht ist dieser Terminus der „Präparation“ dem der „Konstruktion“ insofern vorzuziehen, als er weniger mit dem Makel einer konstruktivistischen Willkür behaftet ist. Die Präparation kommt dem Gegenstand einerseits entgegen, bringt ihn jedoch in eine Form, die ihm nicht „an sich“ zukommt. Sie ist gleichsam ein Dialog zwischen Wissens-Objekt und -Subjekt, in dessen Verlauf etwas Neues, eben das epistemische Ding entsteht. Epistemische Dinge werfen nicht erst Fragen auf (das tun sie natürlich auch), sie sind in sich auch schon immer Antworten auf (oft erst ungefähre) Fragen. Man kann wissenschaftliche Dinge auf unterschiedliche Weise präparieren: ein Bakterium zum Beispiel als Gen-Sequenz oder als durch ein Färbemittel besser sichtbar gemachtes mikroskopisches Präparat. Dadurch erhält der Gegenstand Bakterium nicht nur eine andere Gestalt, er steht auch an je einem anderen Ort im Netz möglicher Verweise zu anderen Gegenständen.

Insofern wäre es z.B. naiv, vom Unbewussten als DEM Gegenstand der Psychoanalyse zu sprechen. Als epistemisches Ding wird das Unbewusste von der Psychoanalyse ganz unterschiedlich präpariert: als traumatische Szene („Studien über Hysterie“), als Produkt der Verweigerung einer Übersetzung („Entwurf“), als Niederschlag der menschlichen Gattungsgeschichte („Totem und Tabu“), als unvergänglicher Wunsch, der dem Bewusstsein unerträglich ist („Traumdeutung“), als unsichtbares Signifikat einer sichtbaren Spur („Moses des Michelangelo“) usw. – die Liste ließe sich um etliche andere Präparationsweisen dieses Gegenstandes erweitern. Wobei man sich tatsächlich fragen kann, ob es sich tatsächlich um EINEN Gegenstand handelt oder um mehrere Gegenstände, welche freilich durch eine bestimmte Weise der „Familienähnlichkeit“ (Wittgenstein) miteinander verknüpft sind und durch gewisse Verfahren eines „morphing“ vielleicht sogar wechselseitig ineinander überführt werden können, etwa, indem man den Wunsch- und Trauma-Charakter des Unbewussten aufeinander zu beziehen versucht. Das Unbewusste ist aber nicht nur epistemischer Gegenstand; die Vorannahme eines dynamisch wirksamen Unbewussten schafft ihrerseits den Rahmen eines Modells, innerhalb dessen andere Gegenstände – Fehlleistungen, Träume und Witze – erklärbar werden. Und im Rahmen der psychoanalytischen Technik wird das Unbewusste auf der Seite des Analytikers in seiner Gestalt der Gegenübertragungsreaktion zum Instrument – zum technischen Ding.

Anlehnungen

Die Versuche, die Psychoanalyse in „Anlehnung“ an andere Disziplinen zu definieren, sind Legion: Die Psychoanalyse erweitert die Sozialwissenschaft um die Dimen-

sion des Unbewussten – sie gehört mit ihrer antipositivistischen Haltung darum zur „kritischen Theorie“. Die Psychoanalyse ist eine Tiefenhermeneutik, eine auf das Unbewusste gerichtete Deutungskunst. Da das Unbewusste „wie eine Sprache strukturiert ist“ (Lacan), ist sie (auch) eine Art Tiefenlinguistik der „symbolischen Ordnung“. Das Unbewusste ist „inneres Ausland“ (Freud), und damit ist Psychoanalyse per se immer schon Ethnopschoanalyse. So lauten – stark verkürzt – Argumente, mit denen die Psychoanalyse im Lichte anderer wissenschaftlicher Paradigmata gedeutet wurde. Wiederum sehr pointiert formuliert, laufen diese Deutungen auf die folgende Argumentationsfigur hinaus: Im Grunde ist die Psychoanalyse nur eine besondere Form von ... So problematisch (und zugleich fruchtbar) diese Vereinnahmungen der Psychoanalyse für je eine besondere Art von Denken auch waren und sind, so nehmen sie doch einen Zug der Psychoanalyse auf, welcher dieser immer schon inhärent war: ihrer historischen Konstitution durch eine Vielzahl von „Anlehnungs“-Verhältnissen. Die Psychoanalyse entstand als Als-Ob-Neurologie („Entwurf einer Psychologie“), sie trägt die Form einer medizinisch-psychologischen Novellistik („Studien über Hysterie“), sie geriert sich als Entwicklungspsychologie („Drei Abhandlungen“), als „Als-Ob-Biologie“ (Laplanche) im „Jenseits des Lustprinzips“, als Vertiefung der Ethnologie und Historiographie („Totem und Tabu“, „Mann Moses“), als Text – wie als Bildwissenschaft („Traumdeutung“, „Schreber“, „Moses des Michelangelo“), als Soziologie („Massenpsychologie“, „Unbehagen in der Kultur“) usw. Keine der vorgenommenen Zuordnungen zu Texten Freuds ist dabei eindeutig – so kann der „Witz“ als Beitrag zur „Ökonomie“ ebenso wie als Beitrag zu einer „Sozialpsychologie“ gelesen werden. Was ergibt sich daraus für eine Wissenschaftstheorie der Psychoanalyse? Vor allem eines: Eine Ahnung davon, dass es vergeblich sein dürfte, die Psychoanalyse einer bestimmten Form von wissenschaftlicher Rationalität und Rhetorik unterzuordnen. Vielmehr scheint sie ihr Wissen gerade dadurch zu generieren, dass sie die Disziplinen überschreitet. Sie ist möglicherweise nicht nur inhaltlich eine Wissenschaft von Übergängen (Stichwort: „Traumarbeit“), sondern generiert ihr Wissen auch an und mithilfe solcher disziplinärer Übergänge.

Paradigmen-Erschöpfung

In den sechziger Jahren hat der Physiker Thomas S. Kuhn mit seinem Buch „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ (Kuhn, 2009) mit den Termini des Paradigmas und des Paradigmenwechsels zwei der einflussreichsten Begriffe der Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsgeschichte geprägt. Er greift dabei zurück auf Ludwik Flecks Untersuchungen zum „Denkstil“ und „Denkkollektiv“ aus den 30er Jahren, in welchem Fleck vor allem den sozialen Charakter der Wissenschaft betont (Fleck, 1993). Während Fleck den Übergang von einem Denkstil zu einem anderen weniger interessiert als die Frage nach dem Prozess der Verfestigung eines Denkstils und der Einübung in diesen Stil, so rückt Kuhns Rede von wissenschaftlichen Revolutionen als Paradigmenwechseln diesen eher unterbestimmten Aspekt von Flecks

Denken in den Vordergrund des Interesses. Was macht ein Paradigma unzulänglich? Wie kommt es zum Umsturz eines bisherigen Paradigmas und seiner Ersetzung durch ein Neues?

Ein Paradigma gerät in eine Krise, wenn neu entdeckte Tatsachen oder neu auftauchende Fragestellungen den Rahmen der bisherigen wissenschaftlichen Annahmen, Methoden und Modellierungen sprengen. Wie bei einer richtigen Revolution zerbricht ein Paradigma an seinen inneren Widersprüchen oder Unzulänglichkeiten. Die Basis revoltiert gegen den Überbau und schafft einen neuen – mittelfristig. Der Übergang von einem alten zu einem neuen Paradigma ist dabei kein geregelter Prozess – das neue Paradigma steht nicht einfach zur Verfügung wie ein neuer Schlauch, in dem der alte Wein und der gegenwärtige und künftige neue nun besser aufgehoben sind. Bis ein neues Paradigma etabliert ist, ein Denken stilbildend geworden ist, sind etliche Kämpfe auszufechten.

Zur Dynamik von Paradigmenwechseln gehören zwei Momente, die voneinander abhängig sind: das Moment der Krise und das der Normalisierung. Das Eine setzt das Andere voraus: Nur da, wo Normalisierung angestrebt wird, kann eine Krise eine Revolution hervorrufen.

Wer Ludwik Flecks Überlegungen zum Denkstil kennt, wird große Mühe haben, diesen Terminus nicht auf die Psychoanalyse anzuwenden – vermutlich in der Variante, dass im Denkstil der Psychoanalyse viele unterschiedliche Denkstile Platz haben, deren Konflikte untereinander aber gerade nicht zu dem geführt haben, was Kuhn als Paradigmenwechsel bezeichnet. Die Dialektik von Normalität und Krise scheint im Falle der Psychoanalyse (und anderer Disziplinen wie der Ethnologie, der Literaturwissenschaft usw.) nicht in vergleichbarer Weise zu spielen wie in der Physik, deren Geschichte Kuhn untersucht.

Wohl aber scheint ein anderer Mechanismus zu wirken, für den ich den Begriff der „Paradigmenerschöpfung“ vorschlagen möchte – ein hochtrabender Terminus für das zunächst einmal sehr banale Phänomen der Trivialisierung: In einem eigentümlichen Vortrag von 1910 spricht Freud über die „Zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie“ (Freud, GW, VIII, S. 104-15). Diese würden durch die Fortschritte, welche einerseits das psychoanalytische Wissen, andererseits die psychoanalytische Technik machten, laufend gesteigert. Mit den zunehmenden Erfolgen kann natürlich auch die Autorität der Psychoanalyse gesteigert werden. Zwar werde sich die im Widerstand befindliche Gesellschaft nicht gerade beeilen, der Psychoanalyse die ihr gebührende Autorität einzuräumen, langfristig aber setze sich die Vernunft durch. Der dritte Punkt, den Freud erwähnt, betrifft die „Allgemeinwirkung“ der psychoanalytischen Arbeit – kurz, die Vorstellung, dass die allgemeine Aufklärung über die Bedeutung neurotischer Symptome die Produktion dieser Symptome unmöglich mache. Der letzte Triumph der Psychoanalyse bestünde also in ihrer Selbstabschaffung. Gewiss, die Argumentation ist deprimierend kurzschlüssig und von einem bezeichnenden Selbstmissverständnis der psychoanalytischen Arbeit durchdrungen; aber sie betrifft genau jenen Punkt, der die Psychoanalyse immer wie ein Gespenst begleitete: Die

Tatsache, dass ihre Überzeugungskraft nicht zuletzt davon abhängt, wie ihr Publikum einerseits bereit ist, ihre Subjektivität in den Termini der Psychoanalyse zu denken und sich andererseits durch diese Einbindung in den psychoanalytischen Denkstil zugleich auf eine produktive Weise fremd und überraschend erscheinen kann. In diesem Sinne ist es leicht verständlich, wie Suggestion und Übertragung einerseits und Widerstand andererseits gleichermaßen die theoretische wie therapeutische Überzeugungsarbeit der Psychoanalyse prägen. Und ebenso verständlich wird, wie das Selbstverständlichwerden des psychoanalytischen Denkstils diesen weit gravierender erodieren lässt, als jedweder äußerer Widerstand dies vermöchte.

Nach außen hin wird die Psychoanalyse platt, nach innen hin erneuert sie sich entweder durch Ausdehnung mittels Anbiederung oder durch esoterische Ausdifferenzierung. Sterile Feinsinnigkeit und produktive Dumpfheit sind in einer solcherart erschöpften, ausgeschöpft anmutenden Psychoanalyse zwei Seiten einer Medaille. Die „Revolution der Psychoanalyse“ (Robert, 1979), die Neuschöpfung des psychoanalytischen Paradigmas aus einer Vielzahl von Einflüssen, aus welcher Freud etwas Eigenes geschaffen hat, das sich durch Teilung und Spaltung fortpflanzt, nimmt die Form der mexikanischen Regierungspartei, der „Partei der Institutionellen Revolution“ (PRI) an, eines institutionellen Mittels zur Selbsterhaltung.

Eine Möglichkeit, dieser Erschöpfung zu entkommen, dürfte weder in verstärktem Aktivismus, noch in der Erneuerung einer revolutionären Attitüde bestehen. Auch die Hoffnung auf einen erlösenden Paradigmenwechsel im Sinne einer „Aufhebung“ der Psychoanalyse – zum Beispiel die Ablösung der alten Psychoanalyse durch eine neue Neuropsychoanalyse – dürfte eine vergebliche sein, nicht nur deshalb, weil der legitimatorische Charakter dieser Transformation allzu durchsichtig ist.

Kuhn selbst war mit den von ihm in die Welt gesetzten, ungeahnt erfolgreichen Begriffen des Paradigmas und des Paradigmenwechsels nicht besonders glücklich. Dies hängt mit der Rezeption zusammen, welche das Paradigma als Modell, das von einem Denkkollektiv geteilte Fragen, Probleme und Lösungsstrategien umrahmt, zu einer Art wissenschaftlichen Weltanschauung, zu einem sicheren Hort geteilter Auffassungen, hat werden lassen (vgl. Forrester, 2007, S. 806f). Die Diskontinuität, die Kuhns „Paradigmenwechsel“ betont, wird dabei zu einer Dynamik, in welcher ein Konformismus den nächsten hervorbringt.

In der Fallgeschichte des „Wolfsmannes“ macht sich Freud Gedanken über den Zusammenhang von Wissen und Fortschritt: „Die in kurzer Zeit zu einem günstigen Ausgang führenden Analysen werden für das Selbstgefühl des Therapeuten wertvoll sein und die ärztliche Bedeutung der Psychoanalyse dartun; für die Förderung der wissenschaftlichen Erkenntnis bleiben sie meist belanglos. Man lernt nichts Neues aus ihnen. Sie sind ja nur darum so rasch geglückt, weil man bereits alles wusste, was zu ihrer Erledigung notwendig war“ (Freud, GW XII, S. 32).

Das Paradigma funktioniert: Es ist gelungen, den Wald vor lauter Bäumen zu sehen, diesen bestimmten Fall als einen Fall, dessen Singularität zugunsten der Ähnlichkeit

mit allen anderen korrekt verstandenen und behandelten Fällen nicht entscheidend ins Gewicht fällt.

„Der Student“, schreibt Kuhn, „findet eine Möglichkeit, seine Aufgabe wie eine andere zu sehen, die ihm schon einmal begegnet ist. Ist die Ähnlichkeit oder Analogie einmal erkannt, so gibt es nur noch technische Schwierigkeiten.“ „Das gleiche Muster“, so lautet der nächste Satz, „zeigt sich ganz deutlich in der Wissenschaftsgeschichte“ (Kuhn, 1977, S. 400).

Freud seinerseits fährt fort: „Natürlich belehrt ein einzelner Fall nicht über alles, was man wissen möchte. Richtiger gesagt, er könnte alles lehren, wenn man nur imstande wäre, alles aufzufassen und nicht durch die Ungeübtheit der eigenen Wahrnehmung genötigt wäre, sich mit wenigem zu begnügen“ (Freud, GW XII, S. 32). Dieser einzelne Fall wäre der Super-Fall: Singularität und Differenz fielen in ihm gleichsam zusammen. Doch der Fall, der alles lehrt und damit zum Ur-Meter aller weiteren Fälle werden könnte, würde auch das Ende der Theorie bedeuten.

Die Ausdehnung des therapeutischen Erfolgs und die Steigerung der „Bedeutung“ der Psychoanalyse sind offensichtlich mit dem verknüpft, was ich die Erschöpfung eines Paradigmas nenne. Man könnte es ja durchaus als Erfolg der Psychoanalyse verbuchen, dass sie in dem Maße, wie sie als eigenständige Marke an Bedeutung verliert, erfolgreich in andere Therapien diffundiert und zu deren „günstigem Ausgang“ beiträgt, als sie brauchbare Versatzstücke der therapeutischen Beeinflussung bereitgestellt hat. Freud selbst neigt immer wieder dazu, den Widerstand – den er zugleich als Wahrheits-Beweis versteht – zu externalisieren und ihn so auf oftmals triviale Weise zu rationalisieren: Widerstand ist, wenn wir eine Wahrheit der Psychoanalyse nicht hören wollen. In der eben von mir angeführten Passage aus dem „Wolfsmann“ ist das anders: Nicht die Arbeit am Widerstand stellt die erschöpfende Tätigkeit des Psychoanalytikers dar; vielmehr ist es das Fehlen eines Widerstandes in der Sache – dem Fall, dem Problem – welches die Psychoanalyse erschöpft.

Literatur

- Feyerabend, P. (1975). *Against Method. Outline of anarchistic theory of knowledge*. London: Verso.
- Feyerabend, P. (1976). *Wider den Methodenzwang: Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fleck, L. & Schäfer, L. (1993). *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Forrester, J. (2007). On Kuhn's Case: Psychoanalysis and the Paradigm. *Critical Inquiry*, 33, 806f.
- Freud, S. & Freud, A. (Hrsg.) (1940). *Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet*. 18 Bände (mit Gesamtregister); 1 Nachtragsband. London: Imago Publ.
- Kuhn, T. S. & Krüger, L. (Hrsg.) (1977). *Die Entstehung des Neuen. Studien zur Struktur der Wissenschaftsgeschichte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Kuhn, T. S. (2009). *The structure of scientific revolutions*. 3. ed., [Nachdr.]. Chicago: University of Chicago Press.
- Popper, K. R. (1935). *Logik der Forschung: Zur Erkenntnistheorie der modernen Naturwissenschaft*. Wien: Springer (Schriften zur wissenschaftlichen Weltauffassung; Bd. 9).
- Robert, M. (1979). *La révolution psychanalytique: la vie et l'oeuvre de Sigmund Freud*. 2 Bände. Paris: Payot.

Kai Baumann und Michael Linden

Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie

Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen

Die Weisheitspsychologie ist ein vergleichsweise neues Forschungsgebiet, das im Rahmen der Lebensspannenforschung und Gerontopsychologie entwickelt wurde. Weisheit kann definiert werden als Expertise zur Bewältigung schwieriger Lebensfragen und ist ein Resilience- und Copingfaktor im Umgang mit negativen Lebensereignissen. In dem vorliegenden Band wird dieses Konzept übertragen in die klinische Psychologie und Psychotherapie. Weisheitskompetenzen umfassen (1) die Fähigkeit zum Perspektivwechsel, (2) Empathiefähigkeit, (3) Emotionswahrnehmung und -akzeptanz, (4) Serenität, (5) Fakten- und Problemlösewissen, (6) Kontextualismus, (7) Wertrelativismus, (8) Nachhaltigkeitsorientierung, (9) Ungewissheitstoleranz, (10) Selbstdistanz und Anspruchsrelativierung.

Empirische Studien haben zeigen können, dass Menschen mit höheren Weisheitskompetenzen sich von belastenden Ereignissen besser distanzieren können, bessere Bewältigungsformen haben, erworbene Lebenserfahrungen auf neue Situationen übertragen können, sich mehr mit dem Wohlbefinden von anderen befassen und weniger an vergangenen unangenehmen Ereignissen festhalten.

Es konnte gezeigt werden, dass Weisheit lehr- und lernbar ist. Darauf aufbauend wurde im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie eine "Weisheitstherapie" entwickelt zur Behandlung von Belastungsreaktionen.

132 Seiten, ISBN 978-3-89967-490-3, Preis: 15,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Traum-Spiel

Stephan Hau

Zusammenfassung

Die meisten Traumtheorien sehen den Traum in einem funktionalen Zusammenhang. Träumen ist jedoch als kreativer Prozess auch mit dem Spielen vergleichbar, vom kritischen Wachbewusstsein entkoppelt. Im Spiel wie im Traum finden sich Spannungsverläufe, mit dem Ziel der Spannungsreduktion. Das nächtliche Traum-Spiel bedarf eines festen Rahmens, hat einen abgrenzbaren zeitlichen Verlauf mit festen Regeln. Es wird davon ausgegangen, dass zu dieser spielerischen Dimension des Träumens die funktionale Dimension des Träumens (sekundär) hinzukommt. Ohne die spielerische Grundaktivität und das Bereitstellen der symbolischen Simulation von Erleben und Erinnertem, könnte der Traum seine funktionalen Aufgaben nicht erfüllen.

Schlüsselwörter

Traum, Träumen, Spiel, psychische Struktur, Kreativität

Viel ist über das Träumen geforscht und geschrieben worden. Besonders in Zürich kann man auf eine lange Tradition empirischer und klinischer Traumforschung zurückblicken (vgl. Boothe 2006, 2009, Strauch & Meier 2004, Moser & v. Zeppelin 1996). Viele Merkmale und Funktionen von Träumen sind durch die im Rahmen dieser Forschungen entwickelten Modelle zum Traumgeschehen beschrieben und erklärt worden. Berücksichtigt man auch die psychoanalytische Traumtheorie (Freud 1900), in der Träumen als der Versuch einer Wunscherfüllung beschrieben wird, und welche die Konflikthaftigkeit der menschlichen Existenz als Triebfeder für das Traumgeschehen konzipiert, offenbart sich eine recht komplexe Situation. Mit Hilfe der verschiedenen Beschreibungsdimensionen von Traum und Träumen lassen sich diese Vorgänge besser erfassen. Den jeweiligen Modellen zum Traum unterliegen nicht nur genaue Vorstellungen über die charakteristischen Traummechanismen, dem Traum werden auch bestimmte Funktionen zugewiesen. Die psychoanalytische Traumtheorie und die von ihr beschriebenen spezifischen Mechanismen der Ausgestaltung von Traumerlebnissen ist dafür das markanteste Beispiel. Auch im wohl komplexesten Modell über den „geträumten Traum“ (Moser & v. Zeppelin, 1996) werden dem Traum zwei Prinzipien zugeschrieben, von denen angenommen wird,

dass sie den Traumverlauf maßgeblich beeinflussen: ein Interaktionsprinzip und ein Sicherheitsprinzip.

Es geht hier nicht darum, die bisherigen Traumtheorien zu widerlegen oder den Modellen zum Traum noch ein weiteres hinzuzufügen, sondern es geht darum, auf einen wesentlichen Aspekt des Traumgeschehens aufmerksam zu machen, der oft zu kurz zu kommen scheint, unterschätzt oder marginalisiert wird. Neben den unbestrittenen multifunktionalen Eigenschaften des Traumes, lässt sich eine weitere Eigenschaft des Träumens beschreiben: Der Traum ist vor allem ein Spielplatz, der Nacht für Nacht erschaffen, betreten und wieder verlassen wird. Auf dieser zeitlich begrenzten Bühne werden spielerisch Ereignisse geschaffen, Handlungen erprobt und bestimmte Themen oder Abläufe „durchgespielt“. Mit der Annahme, dass der Traum *auch* ein spielerischer Vorgang ist, können wir davon ausgehen, dass das Potential für die Dimension des Kreativ-Spielerischen im Traum immer mit vorhanden ist, auch wenn im Bericht des erinnerten Traumerlebnisses manifest keine lustvollen oder positiven Erlebnisse auftauchen sollten. Vor dem Hintergrund der spielerischen Dimension der mentalen Aktivität 'Traum', erscheinen einschränkend (mono)kausal konzipierte Vorstellungen zum Traum und seinen Funktionen als zu einseitig ausgelegt.

Spiel-Aktivität

Träumen kann man also auch als eine Spielaktivität verstehen. Aber was macht diese spielerische Dimension in den Manifestationen der mentalen Aktivität des Träumens aus, die in den meisten funktionsbetonenden Traummodellen nicht berücksichtigt wird? Warum ist dieses Moment des Spielerischen von Bedeutung? Zur Beantwortung dieser Fragen ist ein Exkurs nötig, um ein wichtiges Merkmal des Mensch-Seins und der Kultur zu beschreiben: das Spielen. Der niederländische Kulturhistoriker Johan Huizinga beschrieb in seinem fundamentalen Werk „Homo ludens“ (Der spielende Mensch, 2009/1956) Spiel als grundlegend für die menschliche Existenz. Huizingas Idee war, dass Kultur im Spiel generiert, gewissermaßen zuerst gespielt werde. Gekennzeichnet sei das Spiel durch seine Freiheit. Zu spielen sei freies Handeln. Spielen zu wollen wäre etwas, das dem Menschen wie auch den Tieren innewohne. Allerdings lasse sich ein Unterschied zu den Tieren feststellen. Tierisches Spiel wirke nicht so formalisiert und regelgeleitet wie etwa die Kampf- und Konkurrenzspiele oder die regelgeleiteten Spiele der Menschen.

Wichtig erscheint hier der Freiheitsgedanke, der für das Spielen charakteristisch ist. Fragt man sich, was dies für den Traum bedeutet, dann stößt man hier zunächst auf einen Widerspruch. Alle Traumtheorien verstehen den Traum als funktional motiviert, sei es, um einen Konflikt zu bearbeiten, einen Wunsch zu erfüllen, Triebabfuhr zu erreichen, Gedächtnisinhalte zu konsolidieren, usw. Den menschlichen Drang, zu spielen hingegen, würde man zunächst nicht als eigenständiges Traummotiv akzeptieren. Der Traum wird vielmehr als bereits determiniert und funktionalisiert konzipiert. Die „Freiheit“, ein Spiel zu beginnen, wird demnach zwar dem Bewusstseins-

zustand „Wachleben“ zugestanden, nicht aber dem Traum. Neben den funktionalen Aspekten, die während des Träumens wirksam sind, lässt sich aber vermuten, dass es auch „spielerische“ Anteile gibt, die, ohne ernsten oder funktionalen Hintergrund, „spielend“ einfach geträumt werden und eine Art Traum-Spiel darstellen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Spiels ist, nach Huizinga (2009), dass sich die Teilnehmer darüber im Klaren sind, dass das Spiel nicht das „eigentliche“ Leben ist. Es ist gewissermaßen eine zweite Sphäre, in die man sich wissentlich hinein begibt und die einen „als ob“ Charakter hat. Dessen sind sich auch schon kleine Kinder bewusst, wenn sie Dinge „nur zum Spaß“ machen, womit ein Gegensatz zwischen Spiel und Ernst, dem eigentlichen Leben, markiert ist. Dennoch gibt es Momente im Wachleben, in denen die Spieler ganz im Spiel aufgehen, sich gewissermaßen in dieser anderen Sphäre verlieren und das Bewusstsein um den Unterschied zwischen Spiel und Ernst verschwindet. Aus dem Spiel wird Ernst. Auch im Traum befindet man sich in einem „altered state of consciousness“, einem als-ob-Modus vergleichbar, einem Anders-Sein als die Lebensrealität des Alltags, mit den darin verbundenen Zwängen, Konflikten und Entwicklungsaufgaben.

Huizinga (2009, S. 17) sieht das Spiel als „außerhalb der unmittelbaren Befriedigung von Notwendigkeiten und Begierden“ befindlich. Es unterbreche vielmehr diesen Prozess, sei deshalb nicht das „gewöhnliche Leben“. Spiel ist sowohl für das einzelne Individuum als auch für die Gesellschaft unentbehrlich, und zwar „wegen des Sinnes, der in ihm enthalten ist, wegen seiner Bedeutung, wegen seines Ausdruckswertes und wegen der geistigen und sozialen Verbindungen, die es schafft: kurzum als Kulturfunktion“ (S. 17).

Traum-Aktivität oder Traum-Spiel

Es zeichnet sich nun eine verblüffende Ähnlichkeit zwischen den soeben beschriebenen Spielprozessen und gängigen Konzeptionen des Traumerlebens ab: Man braucht nur den Begriff „Spiel“ im obigen Zitat durch den Begriff „Traum“ zu ersetzen: Der Traum ist unentbehrlich, sowohl für das einzelne Individuum als auch für die Gesellschaft, „wegen des Sinnes, der in ihm enthalten ist, wegen seiner Bedeutung, wegen seines Ausdruckswertes und wegen der geistigen und sozialen Verbindungen, die er schafft“ (ebd. S.17). Kurzum – und hier würde man „Kulturfunktion“ mit „psychische Funktion“ ersetzen: zum Aufbau und Erhalt psychischer Strukturen.

Weitere Merkmale und Eigenschaften für das Spielen lassen sich mit dem Träumen in Bezug setzen: Spiele sind zeitlich und räumlich vom übrigen Leben abgegrenzt. Man denke etwa an die Abgeschlossenheit einer Arena, eines Theaters oder, was die zeitliche Dimension betrifft, an den An- und Abpfiff eines Schiedsrichters, an das Heben und Senken des Theatervorhanges.

Diese Merkmale lassen sich auch auf den Traum beziehen. Für das Träumen bedarf es der Abgeschlossenheit eines umschriebenen (psychischen) Ortes oder Zustandes

(wobei man gleichzeitig zurückgezogen im Bett liegt). Auch der Traumzustand während des Schlafes ist zeitlich begrenzt, wenn man von einem Korrelat REM-Schlaf – Traum-Schlaf ausgeht. Sowohl innerhalb eines Spiels, als auch im Traum gibt es eine gültige Ordnung und Abfolge. Für das Spiel sind dies die jeweiligen Regeln, die befolgt werden müssen, für den Traum wären dies die Mechanismen der Traumarbeit, die einen bestimmten Ablaufrahmen vorgeben. So wie im Spiel das Bewusstsein für den „als-ob“ Charakter verloren gehen kann und aus dem Spiel dann Ernst wird, ist auch das Traumdenken eindimensional, man spricht von „single-mindedness“ des Träumens. Träumen ist unmittelbares Erleben, ohne darüber zu Reflektieren (wenn man einmal vom Phänomen des Klarträumens absieht). Sobald das Reflektionsvermögen einsetzt, kommt es zum Perspektivwechsel, eine Distanz entsteht, die auf den Traum blicken lässt, etwa im Rückblick, aus der Erinnerung im Wachzustand. Das reflektierende Nachdenken über den Traum ist gewissermaßen der Spielverderber, der das Traumspiel beendet, den Traum als Traum erkennt und damit das unmittelbare Erleben beendet.

Eine weitere Parallele: Wie im Spiel Spannungselemente entstehen (Ungewissheiten über das Resultat; Chancen, die sich bieten), die nach Entspannung streben, versucht auch der Traum einen Spannungsbogen zu schaffen und schließlich Entspannung zu erreichen, was nicht immer gelingt, wenn man etwa an Angstträume denkt.

Huizinga benennt für das Spiel Elemente, die auch zur Beschreibung des Traumerlebens dienen können. Dabei geht es um „Spannung, Gleichgewicht, Auswägen, Ablösung, Kontrast, Variation, Bindung und Lösung, Auflösung. Das Spiel bindet und löst. Es fesselt. Es bannt, das heißt: es bezaubert“ (2009, S. 19). Auch im Traum werden Themen aufgegriffen, kontrastiert, variiert, abgelöst, auch hier kommt es, so die Traumarbeit gelingt, schließlich zur Entspannung.

Spiel ist gleichzeitig auch immer die Darstellung von etwas anderem, ein Symbolgeschehen. Gleiches gilt für den Traum, in dem Erfahrungselemente aufgegriffen, in einer inneren „psychischen Mikrowelt“ (Moser, 2008) simuliert und zur Darstellung gebracht werden. Etwas Unsichtbares, nicht Ausgedrücktes, so Huizinga, nehme im Spiel Form an. Das kann man auch für den Traum behaupten. So wie das Spiel – und Huizinga (2009) rechnet zum Beispiel den Kult zum Spiel – etwas Geschehenes wiederholt und beim Ausagieren hilft, ist auch der Traum Darstellungsmedium für Identifikationsprozesse. Beim Träumen wird teilgenommen, erlebt und gehandelt. Der Traum ist ein simuliertes acting out.

In der psychoanalytischen Traumtheorie wird der Traum als ein Kompensationsversuch angesehen, eine Handlung, die determiniert ist und die als Ersatz für die eigentliche Realität kreierte wird, also eine versuchte Wunscherfüllung. Wie in anderen psychologischen Theorien zum Traum, findet sich auch hier eine Zweckvorstellung, ein Kausalitätsgedanke, der dem Traum als Motiv zugrunde gelegt wird. Dass der Traum als multifunktionales Geschehen verstanden werden kann, sei hier auch gar nicht in Abrede gestellt.

Wie das Spiel für das Wachbewusstsein eine Entlastungsfunktion bedeutet, gleichzeitig aber einen Akt der Kreativität und des lustvollen Erlebens darstellt, so lässt sich auch der Traum als Simulation der Erlebenswelt, mit festem Rahmen, zeitlichem Ablauf (Startsignal und Ende) sowie gegebenen Regeln als eine Variante des Spiels verstehen. Mit anderen Worten, beugt man sich dem von den Traumtheorien nahegelegten Funktionalisierungszwang nicht, dann kann man im Träumen auch einen spannenden Prozess erkennen. Wie das Spiel für die Kultur, hat der Traum für die psychische Struktur und für das Funktionieren im Wachbewusstsein seine Bedeutung. Das Traum-Spiel ist dabei zunächst eine Möglichkeit, zu entspannen, zu spielen, auszuprobieren. Das Traum-Spiel erscheint regelhaft, hat seine eigene Ordnung, erzeugt Bewegungs- und Spannungsbögen, doch erst in einem zweiten Schritt wird eine Bedeutung zugemessen, wie dies auch für das regelgeleitete Spiel, für den Kult, für den Wettkampf, usw. als kulturelle Ereignisse, im Gegensatz zum kindlichen oder tierischen Spiel, vorgeschlagen wurde. Spiel und Traum sind somit einerseits selbstverständliche Äußerungsweisen des Menschen, Möglichkeiten, das In-der-Welt-Sein auszudrücken, andererseits werden diese Prozesse dann nachträglich mit Bedeutungen und Funktionen versehen. Würde der Traum ausschließlich in seiner funktionalen Bedeutung beschrieben, ginge die spielerische Dimension des Traumgeschehens verloren.

So wie Kultur im Spiel entsteht, Kultur, so Huizinga, „anfänglich gespielt wird“ (2009, S. 57), ist auch der Traum ein Spielfeld, auf dem Entwürfe spielerisch ausprobiert und Lösungsversuche durchgespielt werden. Was im kindlichen Spiel und im Übergangsraum (Winnicott, 1973) seinen Anfang nahm und später im Leben in engem Zusammenhang mit Kreativität und wahrem Selbsterleben steht, findet in der sich entwickelnden Fähigkeit zu träumen, die ungefähr im 13. Lebensjahr eines Menschen ihren Abschluss findet, ein weiteres Spiel- und Experimentierfeld.

Halten wir also fest: Es erscheint nicht unbedingt zwingend, alle Träume dem Diktat einer Funktionserfüllung zu unterstellen. Träumen ist mit dem Spielen vergleichbar. Traum-Spiel ist eine Aktivität, in die sich der Mensch hinein begibt, die einen festen Rahmen braucht (Schlaf, Bett), einen zeitlichen Verlauf hat (Anfangssignal, Endsignal) und nach festen Regeln abläuft (Traumarbeit). Im Spiel wie im Traum finden sich Spannungsverläufe, mit dem Ziel der Spannungsreduktion.

Der Traum als kreativer Prozess ist, dem Spiel gleich, vom kritischen Wachbewusstsein entkoppelt. So wie es möglich ist, in die Spiel-Welt einzutreten, besteht auch mit dem Eintritt in das Träumen die Chance, in dieser abgegrenzten Traum-Welt zu spielen und erleben. Verletzt man eine Regel, steigt man aus dem Spiel oder aus dem Traum aus. Erkennt man etwa, dass man sich in einem Traum befindet, ist das Spiel vorbei, bricht der Rahmen und die Voraussetzung für Spiel zusammen. Findet dies jedoch nicht statt, was beim ungestörten Schlaf für die meiste Zeit in der Nacht gilt, dann liegt die Vermutung nahe, dass der Mensch, unabhängig vom jeweiligen Schlafstadium, während der ganzen Nacht mental aktiv ist oder, einem Default mode oder Hintergrundprozess vergleichbar, mental am Spielen ist. Dies würde auch das Phäno-

men erklären, dass man Traumerinnerungen hat, egal aus welchen Schlafzuständen die Menschen geweckt werden. Zwar unterscheiden sich die Erinnerungshäufigkeiten prozentual, sie sind bei Weckungen aus dem REM-Schlaf am höchsten, aber auch aus anderen Schlafphasen oder aus den Einschlaf- und Aufwachphasen sind immer wieder Traumerinnerungen erhoben worden (Foulkes 1962).

Diese permanente mentale Aktivität während der ganzen Nacht ließe sich, so der Vorschlag, als spielerische Hintergrundaktivität verstehen, als ein stattfindender, grundlegender Prozess, der dann in den Vordergrund tritt, wenn gerade keine anderen Aufgaben zu erfüllen sind. Von dieser Überlegung ausgehend ließe sich auch verstehen, warum Träumen für die geistige und körperliche Gesundheit so wesentlich erscheint. Den Träumen liegt ein strukturschaffender Prozess zugrunde. Spielerisch werden Lebenserfahrungen simuliert, variiert, getestet und weiter entwickelt, und dies geschieht ununterbrochen. So wie die Menschen auch im Wachzustand damit beschäftigt sind, das momentane Erleben zu strukturieren, einzuordnen, zu kommentieren, zu planen und sich in der Lebenswelt zurechtzufinden, wobei das Spiel, als umschriebener zeitlicher Vorgang mit einem bestimmten Ort, eine Möglichkeit der kreativen Weiterentwicklung darstellt, finden auch in anderen Bewusstseinszuständen während des Schlafes diese Strukturierungsvorgänge statt.

Mit dem Ausgangspunkt einer permanenten „Traum-Spiel“-Aktivität als Hintergrundprozess entfällt auch die Notwendigkeit der Annahme, dass alle Träume in einem Funktionszusammenhang stehen. Es werden eben nicht alle Träume zum Funktionsträger. Vieles im Laufe der Nacht bleibt unvollständig, fragmentarisch, anderes wird immer wieder in die Bearbeitung genommen, etwa bei überwältigenden affektiv-belastenden Erfahrungen (vgl. Hartmann 1998) oder beim Bearbeiten wichtiger aktueller Probleme. Dann versucht der Träumer durch das wiederholte Aufgreifen eine Umarbeitung und Affektregulierung zu erreichen. Doch kann man nicht davon ausgehen, dass dies für alle Träume und für die gesamte Nacht zu gelten habe. Zwar haben Untersuchungen nachgewiesen, dass es zu emotionalen Veränderungen im Laufe einer Nacht aufgrund der Traumverarbeitung kommen kann (Kramer 1993), aber es fällt schwer nachzuvollziehen, dass der einzelne Mensch permanent mit der Bewältigung der immer gleichen Problematik beschäftigt sein soll. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es Zeitabschnitte und Bewusstseinszustände gibt, in denen andere Prozesse ablaufen, sich der/die Einzelne mit den unterschiedlichsten Erlebnissen auseinandersetzt oder eben einfach auch nur „spielt“.

Dieses erneute Betrachten und das Spiel mit den im Traum symbolisch wiedererzeugten oder simulierten Erlebniszusammenhängen verlaufen permanent, einem Hintergrundrauschen vergleichbar. Werden die funktionalen Prozesse während des Träumens wirksam, bauen sie somit auf der spielerischen Dimension auf. Gerade weil im Bewusstseinszustand Schlaf auch gespielt wird, also, im Sinne Mosers (2008), innere Welten und Erlebniszusammenhänge simuliert und weiter entwickelt werden, kann das psychische System bei der Bewältigung von Konflikten oder beim Versuch der Problemlösung auf diese bereits vorhandenen Prozesse zurückgreifen. Auf diese Wei-

se bekommt die ansonsten ziellose spielerische Aktivität eine Richtung. Hier ließen sich Anschlüsse zum Konzept von Primär- und Sekundärprozess herstellen.

Eine Traumfunktion in ihrem Prozesscharakter, sei es die der Wunscherfüllung, der Gedächtniskonsolidierung, der Affektbearbeitung usw., kann nicht losgelöst vom restlichen Lebenszusammenhang des Träumers gesehen werden. In diesen Kontext ist die Funktionsdimension des Traumes eingebunden. Hier existieren Richtung, Zweck, Ziel. Anders beim Spielen, für das zunächst der Rahmen wichtig ist, also die Bedingungen für Spiel, nicht so sehr, was gespielt wird. Der spielerische Prozess erscheint jedenfalls nicht zielgerichtet, eher mit dem Primärprozesshaften vergleichbar. Spielen bedeutet, aus der realitätsbetonten, funktionalen Welt auszusteigen und sich dem Fortlauf der einzelnen Spielsequenzen zu überlassen. Wann immer die funktionale Gerichtetheit des Denkens gelockert ist, und das ist im Schlaf der Fall (vgl. Hartmann 1999), tritt der spielerische Simulationsprozess hervor und lässt sich in den Traumerinnerungen einfangen. Vieles von dem, was gespielt wird, wird vergessen, bleibt irrelevant. Doch wenn einige Spielkomponenten sich mit der funktionalen Ebene verbinden, dann bekommen Träume Bedeutung.

Erst wenn in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Traum der funktionale Zusammenhang nicht mehr allumfassend vorausgesetzt wird, lässt sich der Hintergrundprozess „Traum-Spiel“ eingehender untersuchen und deutlicher beschreiben. Gleichzeitig wäre der so unendlich vielseitige, überraschende und kreative Traumprozess von der Bürde entlastet, immer gleichzeitig einer bestimmten Traumfunktion dienen zu müssen. Erst dann könnte man dem großartigen Beitrag des Träumens zur Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Struktur und Gesundheit wirklich gerecht werden.

Literatur

- Boothe, B. (2006). Körpererleben in der Traummitteilung und Körpererfahrung im Traum. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (2), 185-190.
- Boothe, B. (2009). Die Traummitteilung. Von der Erinnerungscollage zur narrativen Traumanalyse. *Psychotherapie im Dialog*, 10 (2), 137-143.
- Foulkes, D. (1962). Dream reports from different stages of sleep. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 14-25.
- Freud, S. (1900a). Die Traumdeutung. G.W. 2/3.
- Hartmann, E. (1998). *Dreams and nightmares*. New York: Plenum.
- Hartmann, E. (1999). Träumen kontextualisiert Emotionen. Eine neue Theorie über das Wesen und die Funktion des Träumens. In H. Bareuther, K. Brede, M. Ebert-Saleh, K. Grünberg & S. Hau (Hrsg.), *Traum, Affekt und Selbst* (S. 115-157). (Psychoanalytische Beiträge aus dem Sigmund-Freud-Institut, 1). Tübingen: Edition diskord.
- Huizinga, J. (2009/1956). *Homo Ludens. Vom Ursprung der Kultur im Spiel*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Kramer, M. (1993). The selective mood regulatory function of dreaming. An update and revision. In A. Moffitt, M. Kramer & R. Hoffmann (eds.), *The functions of dreaming* (pp. 139-196). New York: State University of New York Press.
- Moser, U. (2008). *Traum, Wahn und Mikrowelten*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Moser U. & v. Zeppelin, I. (1996). *Der geträumte Traum*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Strauch, I. & Meier, B. (2004). *Den Träumen auf der Spur* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Winnicott, D. W. (1973). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett.

Thomas Fuchs, Kai Vogeley, Martin Heinze (Hrsg.)

Subjektivität und Gehirn

Nachdem das neuzeitliche Subjekt im Laufe der letzten 150 Jahre einige Kränkungen (z.B. durch Darwin, Freud oder die so genannte Postmoderne) erfahren hat, scheint ihm die jüngste neurowissenschaftliche Forschung den Todesstoß zu versetzen. Will man aber das Projekt einer aufgeklärten Gesellschaft nicht aufgeben, in der Menschen als freie und bewusste Subjekte handeln, muss Subjektivität restituiert und reformuliert werden.

In diesem Band stellen renommierte Philosophen und Psychiater unterschiedliche Konzeptionen von Subjektivität vor, die nicht nur die Herausforderungen der Neurowissenschaften am Beginn des 21. Jahrhunderts annehmen, sondern auch zwischen den oftmals verhärteten Fronten produktiv vermitteln. Der Band ist aus der Jahreskonferenz 2006 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im Berliner ICC hervorgegangen und schließt an den Vorjahresband „Willensfreiheit – eine Illusion“ an.

302 Seiten, ISBN 978-3-89967-433-0, Preis: 25,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Können Honigbienen wünschen?

Simone Mosch

Zusammenfassung

Die Suche nach den neuronalen Substraten des Wünschens ist besonders unter dem evolutionsbiologischen Blickwinkel aufschlussreich. Vorgestellt und diskutiert wird die phylogenetische Entwicklung der hirnhysiologischen Strukturen, unter besonderer Berücksichtigung der Fragestellung, ab welchem stammesgeschichtlichen Zeitpunkt so etwas wie ein rudimentärer Wunsch entstanden sein könnte. Aktuelle neurowissenschaftliche Befunde aus der Traumforschung werden im Hinblick auf Freuds Kernthese „Der Traum ist eine Wunscherfüllung“ gewürdigt und kritisch hinterfragt.

Schlüsselbegriffe

Wunsch, Wunscherfüllung, dopaminerges System, seeking-system, Evolution des Wunsches

Freuds Bestimmung des Traums als Versuch einer Wunscherfüllung wird anhand einer Bedürfnis-Befriedigungs-Sequenz für einen postulierten Trieb abgeleitet: Die Grundannahme besteht darin, dass schon der Reflexapparat des Säuglings danach strebt, eine von außen an ihn herangetragene sensible Erregung auf motorischem Wege abzuführen. Zunächst treten Erregungen in Gestalt von körperlichen Bedürfnissen an ihn heran, deren Abfließen als momentane Befriedigung, welche den inneren Reiz vorübergehend aufhebt, erlebt wird. Assoziiert bleibt eine Gedächtnisspur der Befriedigungserregung. „Eine solche Erregung ist das, was wir einen Wunsch heißen; das Wiedererscheinen der Wahrnehmung ist die Wunscherfüllung, und die volle Besetzung der Wahrnehmung von der Bedürfniserregung her der kürzeste Weg zur Wunscherfüllung“ (Freud, 1900, S. 571).

Die Bedeutsamkeit des Wunsches ist sowohl psychoanalytisch als auch sprachwissenschaftlich ausführlich untersucht und kommentiert worden (Boothe, 2010, Laplanche-Pontalis, 1973, Schmidt-Hellerau, 2008).

Die neurowissenschaftlichen Grundlagen zum Thema weisen dem Wunsch und der Wunscherfüllung die physiologischen Korrelate des dopaminergen Belohnungssystems (SEEKING-System, Panksepp, 1998) einerseits, diencephaler Opiatschaltkreise im periäquiduktalen Grau (PNG) andererseits zu (Kringelbach & Berridge, 2010; 2011; auch dargestellt in diesem Band bei Boothe, Mosch und Schönbachler).

Die Suche nach den neuronalen Substraten des Wünschens ist besonders unter dem evolutionsbiologischen Blickwinkel aufschlussreich. Betrachten wir die phylogenetische Entwicklung der hirnpfysiologischen Strukturen genauer, so stellt sich die Frage, zu welchem stammesgeschichtlichen Zeitpunkt so etwas wie ein rudimentärer Wunsch entstanden sein könnte. Roth (2010) stellt die aktuelle neurowissenschaftlich-stammesgeschichtliche Befundlage in seinem Übersichtsbuch zusammen:

Die Entwicklung des Steuerapparats respektive der neuronalen Struktur innerhalb der biologischen Systematik zeigt auf, dass bei Einzellern zwischen Mechano- und Chemorezeptoren unterschieden wird, wobei Bakterien und Archaeen bereits über ein Ultrakurzzeitgedächtnis mittels Rückkopplungsprozessen verfügen. Eukaryotische Einzellern wie zum Beispiel Pantoffeltierchen verfügen über eine zelluläre Signalverarbeitung, einschließlich Aktionspotentialen. Bei wirbellosen Mehrzellern (Metazoa) differenziert sich das Nervensystem, z.B. in ein Ringnervensystem bei Quallen, paarige Markstränge bei Strudelwürmern, ein Oberschlundganglion bei Cephalopoden oder ein Ober- und Unterschlundganglion verbunden als ein Strickleiternnervensystem bei Insekten. Erst im Wirbeltierstamm finden wir den uns wohlbekannten fünfteiligen Grundtypus des Gehirns wieder, er geht mit einem starken Zuwachs struktureller Komplexität hinsichtlich Volumen, Kernen und Neuronentypen einher. Entwicklungsbiologisch neu ist bei Vögeln und Säugern, dass ein direkter Eingang von der Retina zum Kortex führt, außerdem ist ein Entwicklungssprung hinsichtlich primärer sensorischer Bahnen über den dorsalen Thalamus zum Entopallium respektive Neokortex zu bemerken (s. Abb. 1).

Kehren wir nun zu unserer Ausgangsfrage zurück, so lässt sich der Wunsch biologisch ausdrücken als die Konzeption eines mit Belohnungsspuren (per Kontingenz) verknüpften, späteren eigenen Verhaltens durch Abgleich von Erinnerungsbildern, die diese Kontingenz enthalten müssen. Dafür sind neuronale Verknüpfungen zu den entsprechenden Bildspeichern (oder analogen Speichern anderer Modalitäten) nötig, was

Tierstamm	Einzelner	«Mehrzeller», Metazoa, «Wirbellose»	Wirbeltiere
Steuerapparat, neuronale Struktur	Mechano- und Chemorezeptoren, Unterteilung zwischen Motorium und Sensorium, Ultrakurzzeitgedächtnis über Rückkopplungsprozess (Bakterien und Archaeen); zelluläre Signalverarbeitung, einschließlich Aktionspotentialen bei eukaryontischen Einzellern (Pantoffeltierchen)	Ringnervensystem (Quallen), paarige Markstränge (Strudelwürmer), Tetraneurales Nervensystem der Mollusken (Aplysia), Oberschlundganglion (Cephalopoden), Ober- und Unterschlundganglion verbunden als Strickleiternnervensystem bei Insekten	fünfteiliger Grundtypus des Gehirns, starker Flächen- und Rindenzuwachs, Zunahme struktureller Komplexität (Volumen, Kerne, Neuronentypen); bei Vögeln und Säugern: direkter Eingang von Retina zum Kortex, primäre sensorische Bahnen vom dorsalen Thalamus zum Entopallium/Neokortex

Abbildung 1

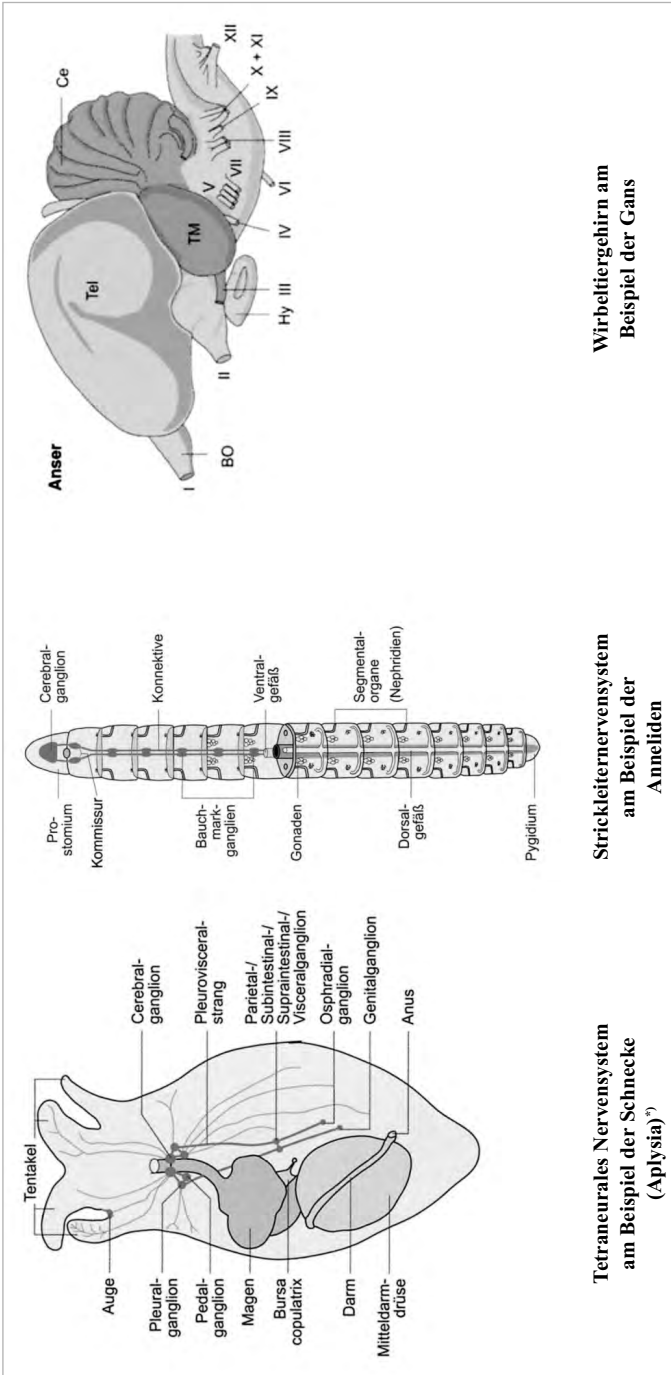


Abbildung 2: Evolution des Gehirns – Zusammenfassende Darstellung nach Roth 2010

^{*)} Alle Abbildungen aus Roth 2010

einen erheblichen Aufwand an neuronaler „hardware“ erforderlich macht, der aber bei etlichen Taxa, darunter auch unserer Tierklasse oder wenigstens vieler ihrer Ordnungen, auch eingetreten ist. Diesem enormen Aufwand müssen ökologische Konkurrenzvorteile entsprechen oder zumindest mit ihm gekoppelt sein.

Der Abgleich des Vorstellungsbildes, das durch eine „belohnende“ (chemisch: dopaminerge) Kontingenz ausgezeichnet ist, mit der synchronen sowie sonstigen **ohne** diese Kontingenz (oder sogar mit einer „bestrafenden“) gespeicherten Wahrnehmung, der eine neue, ausschließlich „belohnend“ besetzte Bildkonstruktion ermöglicht, eben den „Wunsch“, bedarf also eines ausgedehnten, „teuren“ neuronalen Apparates. Erlauben wir uns daher die Frage, ob Tiere anderer Klassen, erst recht anderer Stämme – von den Tintenfischen einmal abgesehen –, deren vorderstes Ganglion (oder Oberschlundganglion) aber immerhin schon als „Hirn“ angesprochen werden kann, zum „Wünschen“ überhaupt in der Lage sind, etwa Honigbienen das – zweifellos „belohnend“ besetzte – Auffinden einer Futterquelle u.ä. als Wunscherfüllung erleben können oder nicht einfach nur bei deren Auffinden die Folgen einer in ihnen für diesen Fall als Wirkung ihrer genetischen Programmierung eingetretenen Dopaminausschüttung als subjektiv irgendwie empfundene und dadurch verhaltenswirksame „Belohnung“ erleben.

Honigbienen wie Ameisen, beide der gleichen Insektenordnung angehörend, regulieren ihre Aufgabenverteilung über Hormone und Verhaltenskreisläufe. Signale in der Kolonie führen zu hemmenden oder anregenden Inputs an die Corpora allata, welche eine Veränderung der Produktion des Juvenilhormons herbeiführen (Hölldobler & Wilson, 2010). Da Honigbienen als Insekten über ein Strickleiternnervensystem verfügen, können sie schwerlich ein Vorstellungsbild mit einem aktuellen Erleben identifizieren; nur das aber wäre eine – diesmal reale und insofern noch relativ einfache – Wunscherfüllung. Denn Wünsche setzen die soeben umrissenen Vorstellungsbilder voraus, welche erst über den Neokortex ermöglicht werden. Damit entfallen aber erst recht „halluzinatorische“ Vorstellungsbilder, wie Freud diejenigen davon nennt, die nicht – oder nicht sofort – mit aktuell aufgenommenen der umgebenden Realität abgeglichen werden müssen und diese daher für kurze Zeit ersetzen können. Da Bienen und entsprechend Ameisen nicht wünschen können – kein Neokortex, kein Wunsch! – können sie erst recht nicht träumen. Und auch nicht planen, so exakt ihre Waben auch ausfallen mögen; denn sie verfolgen kein Vorstellungsbild von diesen, sondern reagieren nur auf Stimuli, die in ihnen Handlungen auslösen, deren Resultate dann die Waben sind. Aber *es gefiele ihnen nicht* (= würde als Aversion wahrgenommene neurochemische Mechanismen auslösen), wenn sie an diesen Handlungen gehindert würden. Trotzdem hätten sie sich die Wabe nie gewünscht; aversiv besetzt wäre die Wahrnehmung einer Behinderung angestrebter Aktivität, aber keineswegs die Nicht-Realisierung eines Vorstellungsbildes, nämlich jener geometrisch für uns so eindrucksvollen Wabe, welche das Resultat der verhinderten Aktivität gewesen wäre, doch nicht die Erfüllung eines Bienenwunsches.

Nun sind nicht erst seit dem Erscheinen der „Traumdeutung“ der Wunsch und der Traum miteinander verlötet gesehen worden. Dass es sich bei *vielen* Träumen um die imaginäre Erfüllung real unerfüllter Wünsche handelt, war von jeher eine alte Volksweisheit, die sich u.a. in tausend Sprachgewohnheiten niederschlägt; dass *noch viel mehr* Träume Wunscherfüllungen seien, am Ende alle, nur eben verkappte Erfüllungen verbotener, d.h. konkurrierend zur „belohnenden“ Empfindung auch aversiv besetzter Wünsche (eine offenbar durch reales Erleben gespeicherte aversive Kontingenz), war das Neue an Freuds Traumbuch. Nun, so sehr seither über dieses gespottet und gekrittelt wird: Seit den bahnbrechenden EEG-Studien von Siegel (2003; 2006; 2008) ist bekannt, dass alle Vertreter der Säugetiere, einschließlich der Monotremata, über REM-Phasen verfügen, d.h. potentiell traumfähig sind, während Reptilien nachweislich nicht träumen. Das träumende Gehirn geht also mit der Entstehung der Warmblütigkeit einher, was uns vermuten lässt, dass der Traum zunächst als ein Standby-Modus fungiert, da es insgesamt teurer wäre, das hochentwickelte Gehirn bei Säugetieren nachts ganz abzuschalten. Damit wären Träume allerdings nichts anderes als „Hirnschrott“, womit den gewohnten Freud-Gegnern aus den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, welche die Vertreter gleicher Ansichten des 19. Jahrhunderts fortsetzten, wie beispielsweise Hobson (1977; 2002), Recht gegeben wäre. Neuere Forschungsarbeiten um die Arbeitsgruppe von Shank (2009) verleihen der memory-consolidation-Hypothese mehr Plausibilität. Mittels verbesserter EEG-Miniaturisierungen konnte bei Jungtieren von Zebrafinken das EEG-Muster tags und nachts monitorisiert werden. Dabei war festzustellen, dass Aktivierungsmuster tagsüber während des Erlernens des Gesangs auf signifikante Weise dem EEG-Muster in den Schlafstadien ähnelt, was vor dem Hintergrund der Synaptogenese sehr einleuchtend erscheint.

Offen bleibt aber sowohl bei der „Standby-Modus“- als auch der „Memory-Consolidation“-Vorstellung („Hypothese“), womit das spezifisch angenehme Zustandsbild des träumenden Menschen, das in zahlreichen umgangssprachlichen Formulierungen („das hätte ich mir nie träumen lassen“, „ein Traum, der in Erfüllung geht“) zum Ausdruck kommt, zu erklären ist. Läsionsstudien von Solms (2000; 2002) konnten eben doch die Bedeutung des dopaminergen Belohnungssystems für die Traumentstehung belegen, also eine Wertung der Inhalte durch das Subjekt, was „Hirnschrott“ wie wertfreies „Nachzeichnen“ ausschließt.

Aber wie entstand der Traum dann? Eine mögliche Hypothese bestünde darin, dass die Wunscherfüllung im Traum als „Wiedergutmachung täglich erlebter Frustrationen im Hordenalltag“, d.h. speziell bei Primaten mit hierarchischen Strukturen (vom Alpha- bis zum Omegatier) sich nützlich macht. Zu prüfen wäre nun, ab welchem phylogenetischen Zeitpunkt eine dopaminerge Transmission im Traum stattfindet und die entscheidende Determinante bei der Traumgenerierung abgibt. Ist es dann wirklich Zeichen akademischer „Weisheit“, Freuds Wunscherfüllungstheorie des Traums als „veraltet“ abzutun, weil es zu dessen Lebzeiten noch kein EEG und dessen verfeinerte Nachfolger gab?

Literatur

- Boothe, B. (2010). Psychoanalyse des Wünschens. In K. Zarnegin (Hrsg.), *Die Wissenschaft des Unbewussten* (S. 213-34). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Boothe, B., Mosch, S. & Schönbächler, G. (2013). ... bewege ich doch die Unterwelt. Zur Aktualität der Psychoanalyse des Wunsches. Im vorliegenden Sammelband.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung*. Gesammelte Werke II/III. Frankfurt a. M.
- Hobson, J. A. & McCarley, R. (1977). The brain as a dream-state generator: An activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatry*, 9, 1335-1368.
- Hobson, J. A. (2002). *Dreaming: an introduction to the science of sleep*. New York: Oxford University Press.
- Hölldobler, B. & Wilson, E. O. (2010). *Der Superorganismus*. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- Kringelbach, M. L. & Berridge, K. C. (2010). The functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Discovery Medicine*, 9, 579-87.
- Kringelbach, M. L. & Berridge, K. C. (2011). The neurobiology of pleasure and happiness. In J. Iles & B. J. Sahakian (Eds.), *The Oxford Handbook of Neuroethics* (pp. 15-32). New York: Oxford University Press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Roth, G. (2010). *Wie einzigartig ist der Mensch? Die lange Evolution der Gehirne und des Geistes*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Schmidt-Hellerau, C. (2008). Wunsch, Wunscherfüllung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 839-951) (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Shank, S. S. & Margoliash, D. (2009). Sleep and sensorimotor integration during early vocal learning in songbird. *Nature*, 458 (7234), 73-7.
- Siegel, J. M. (2008). Do all animals sleep? *Trends in Neuroscience*, 4, 208-13.
- Siegel, J. M. (2006). The stuff dreams are made of: anatomical substrates of REM sleep. *Nature Neuroscience*, 9 (6), 721-22.
- Siegel, J. M. (2003). Why we sleep. *Scientific American*, 289 (5), 92-7.
- Solms, M. (2000). Freudian dream theory today. *Psychologist*, 3 (12), 618-619.
- Solms, M. (2002). Dreaming: cholinergic and dopaminergic hypothesis. In E. Perry & H. Ashton (Eds.), *Neurochemistry of consciousness: Neurotransmitters in mind*. *Advances in Consciousness Research*, 36, 123-131.

Emotionen und existenzielle Gefühle

Achim Stephan

Zusammenfassung

Affektive Phänomene sind durch besondere Formen der Intentionalität gekennzeichnet. Im Unterschied zu Emotionen beziehen sich existenzielle Gefühle nicht unmittelbar auf spezifische Situationen, Ereignisse oder Objekte, sondern auf die Welt als Ganzes: Sie sind Hintergrundorientierungen, die das, was wir jeweils wahrnehmen, erleben und denken, strukturieren. Neben einer Skizze der Vielfalt existenzieller Gefühle wird in diesem Beitrag ein Vorschlag zu deren Klassifizierung unterbreitet. Insbesondere soll zwischen elementaren, nicht-elementaren und atmosphärischen existenziellen Gefühlen unterschieden werden. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der Regulation existenzieller Gefühle diskutiert und dabei solche Strategien untersucht, die bei der Emotions-Regulation eine wichtige Rolle spielen.

Schlüsselbegriffe

Emotionen, existenzielle Gefühle, Emotionsregulation

1. Emotionen, emotionale Episoden, existenzielle Gefühle

Im Bereich der affektiven Phänomene unterscheiden wir üblicherweise zwischen *Emotionen* und *Stimmungen*, manchmal auch zwischen Emotionen und *emotionalen Episoden*, und darüber hinaus zwischen jenen und *Charakterzügen*. Während von Emotionen und emotionalen Episoden angenommen wird, dass sie auf die Welt gerichtet sind, dass sie sich auf bestimmte Situationen, Gegenstände und Ereignisse beziehen, wird dies von Stimmungen und insbesondere Charakterzügen weit weniger häufig behauptet. Existenzielle Gefühle standen dagegen bis vor kurzem nicht im Fokus der Emotionsforschung. Es ist vor allem Ratcliffes (2008) Verdienst, deutlich gemacht zu haben, welche zentrale, wenngleich häufig auch verdeckte Rolle existenzielle Gefühle in unserem Erleben spielen, wie sie sich in Psychopathologien verändern und was dies für die Patienten bedeutet.

Emotionen – wie zum Beispiel Hass, Eifersucht, Verzweiflung, Trauer, Scham, Schuld oder auch Stolz, Liebe und Zuneigung – manifestieren sich in zahlreichen *emotionalen Episoden*, in denen die Person, die eifersüchtig, hasserfüllt, verzweifelt oder voller Liebe für jemanden ist, genau das durchlebt und fühlt, was diese Emotio-

nen auszeichnet. Während sich einzelne emotionale Episoden im Sekunden- oder Minutenbereich bewegen, können spezifische Emotionen über Tage, Wochen, Monate, ja sogar Jahre persistieren. Man denke an die Trauer über den allzu frühen Tod eines Kindes, die manche Eltern bis zu ihrem eigenen Lebensende begleitet, oder, auf der anderen Seite des Spektrums, an den Stolz, den ein Bergsteiger über seine lange zurückliegende Bewältigung der Eiger-Nordwand auch noch im hohen Alter zu empfinden vermag. Im Laufe dieser langen Zeitspannen scheinen die entsprechenden Emotionen immer wieder zwischen Vorder- und Hintergrund bewussten Erlebens zu oszillieren.¹ Dagegen ist die emotionale Episode vergangen, sobald die Episode vorbei ist. Dieses Muster lässt sich bei vielen Emotionen, die über einen längeren Zeitraum andauern, erkennen. Während sich diese Emotionen üblicherweise in zahlreichen emotionalen Episoden manifestieren, müssen umgekehrt nicht alle emotionalen Episoden Manifestationen von länger andauernden Emotionen sein.² So dürften weder das Gefühl von Ekel beim Anblick eines großen Käfers im Salat noch das vorübergehende Hadern mit vergebenen Chancen nach einer verlorenen Doppelkopfrunde Manifestationen länger andauernder Emotionen sein. Wären sie es, gäbe dies Anlass zur Besorgnis.

In den empirischen Wissenschaften, insbesondere in der Psychologie und in den bildgebenden Neurowissenschaften, liegen die Forschungsschwerpunkte eindeutig auf den emotionalen Episoden, die dann üblicherweise durch geeignete Stimuli (standardisiertes Bildmaterial oder kurze Narrative) evoziert werden. Dies hat dort so weit geführt, dass Emotionen mit emotionalen Episoden gleichgesetzt werden. So schreibt Scherer (2005, S. 697; meine Hervorhebung): „In the framework of the component process model, emotion is *defined* as an episode of interrelated, synchronized changes in the states of all or most of the five organismic subsystems in response to the evaluation of an external or internal stimulus event as relevant to major concerns of the organism.“³ Im Unterschied zur laborexperimentell orientierten Psychologie geht es in klinischen Kontexten, in Psychiatrie und Psychotherapie, meistens um länger andauernde und belastende Emotionen wie zum Beispiel übermäßige Scham und Schuld, wiederkehrende Angst, Gefühle der Verlassenheit und unbewältigte Trauer, aber auch um wiederkehrende Ausbrüche unkontrollierter Aggression, die mit der

¹ Dabei ist zwischen der bloßen Erinnerung an ein ehemals emotionales Erleben, die als solche ganz emotionslos verlaufen kann, und der erneuten und wiederholten Aktualisierung einer Emotion, um die es hier und im Folgenden gehen soll, zu unterscheiden.

² Es ist eine wichtige, den Rahmen dieser Untersuchung jedoch sprengende Frage, was verschiedene emotionale Episoden zu Manifestationen *derselben*, *verschiedener* oder *keiner* länger andauernden Emotion werden lässt. In der Regel ist es das (gleichbleibende) Objekt einer Emotion – zum Beispiel die Trauer *um das verstorbene Kind*, die Eifersucht *auf die von einem anderen begehrte Freundin* –, das verschiedene emotionale Episoden zu Manifestationen ein und derselben Emotion macht.

³ Die fünf organismischen Subsysteme realisieren Scherer zufolge entsprechend viele Komponenten einer emotionalen Episode: die *kognitive* (Appraisal), *neurophysiologische* (körperliche Symptome), *motivationale* (Handlungstendenzen), *motorisch-expressive* (Mimik, Gestik, Stimme) und die *subjektive Gefühls*-Komponente (emotionales Erleben).

Lebensgeschichte der Betroffenen aufs engste verwoben sind und dann auch regelmäßig zum Gegenstand der Behandlung werden.⁴

Unter Philosophen und Psychologen besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass Emotionen und emotionale Episoden auf Vorkommnisse in der Welt – auf Ereignisse, Situationen, Personen oder Objekte – Bezug nehmen oder auf diese gerichtet sind, mit anderen Worten: dass sie *Intentionalität* haben (vgl. z.B. Frijda 1994 und Perler 2011). Emotionen erschließen jedoch nicht nur Aspekte der (Außen-)Welt, sondern zugleich immer auch die konkrete subjektive Situation des Fühlenden.⁵ Einige Beispiele mögen diese Art der Intentionalität illustrieren: Wer sich *vor* einer Gefahr fürchtet, was eine Form des *Weltbezugs* ist, fühlt *sich* zugleich gefährdet, also in einer spezifischen Hinsicht verletzlich oder angreifbar – eine Form des *Selbstbezugs*. Darüber hinaus verweist die Furcht darauf, dass eigene zentrale Anliegen und Bedürfnisse nicht erfüllt werden, nämlich die nach Sicherheit und körperlicher Integrität. Wer hingegen über einen unwiederbringlichen Verlust trauert (*Weltbezug*), fühlt sich zugleich ärmer zurückgelassen und beraubt (*Selbstbezug*). Im Zorn nehmen wir etwas als einen Affront gegen uns wahr – üblicherweise die Handlung einer anderen Person, die uns direkt oder indirekt negativ angeht. Im selben Augenblick deuten wir uns selbst (oder uns wichtige Personen oder Dinge) als angegriffen, attackiert, geringschätzig behandelt oder geschädigt durch das, was die andere Person getan hat. Unserem Bedürfnis nach Respekt und Anerkennung wird nicht Rechnung getragen. Jedes emotionale Fühlen ist ein solches *Sich-angesichts-von-etwas*-Fühlen, wobei die beiden Pole (*Sich*-Fühlen und *Angesichts-von-etwas*-Fühlen) unentwirrbar aufeinander bezogen sind. Diese Wechselseitigkeit von Selbstbezug und Weltbezug in emotionalen Prozessen, die zugleich vor dem Hintergrund kultureller Prägungen zu denken ist, macht wesentlich die Bedeutung von Emotionen als spezifisch *subjektive* Bewertungen der Welt aus: Durch Emotionen erfolgt eine *spürbare* Einschätzung der Welt gerade hinsichtlich derjenigen Dimensionen, die für die fühlende Person eine spezifische Bedeutung haben.

Im Unterschied zu Emotionen und emotionalen Episoden sind existenzielle Gefühle nicht auf spezifische Vorkommnisse in der Welt gerichtet, sondern erschließen uns – in einer sehr viel allgemeineren Form affektiver Intentionalität – die Welt als Ganzes. Sie konstituieren, um Ratcliffes Worte zu gebrauchen, „wie wir uns in der Welt vorfinden können“ (2011, S. 147). Sie strukturieren als Hintergrundorientierungen unsere spezifischeren Interaktionen mit der Welt: *wie* und *was* wir wahrnehmen, erleben, fühlen, denken oder planen. Von Ratcliffe (2011, S. 147) selbst stammt die folgende

⁴ Was wir hier als länger andauernde „Emotion“ bezeichnen, subsumiert Scherer (2005, S. 703) zum größten Teil unter dem Begriff „Einstellung“ (attitude). Diese begriffliche Zuordnung betont jedoch sehr viel stärker den kognitiven Aspekt der entsprechenden affektiven Zustände, vor allem wenn sie als *propositionale* Einstellungen verstanden werden.

⁵ Zu den „Aspekten der Welt“ können freilich auch Gedanken und Handlungen des affektiv involvierten Subjektes selbst gehören: So kann man über eigene Wünsche erschrocken sein, sich wegen begangener Verfehlungen schämen und sich vor eigenen aggressiven Impulsen fürchten. Dennoch bleibt auch hier die Doppelstruktur der emotionalen Bezogenheit erhalten: *sich-angesichts-von-etwas*-fühlen.

Auflistung, die einen guten Eindruck von der Bandbreite existenzieller Gefühle vermittelt:

Die Welt kann uns manchmal fremd, unwirklich, weit entfernt oder nah erscheinen, wir können uns als Teil von ihr oder als getrennt von ihr erleben, wir können das Gefühl haben, Kontrolle über eine Situation zu haben oder uns von den herrschenden Umständen überwältigt fühlen, wir können uns als ein an der Welt Teilhabender fühlen oder wie ein distanzierter, entfremdeter Beobachter, der Dinge anstarrt, die sich nicht ganz „da“ anfühlen. Derartige Beziehungen strukturieren jegliches Erleben.

Im Folgenden unterbreite ich einen Vorschlag zur Strukturierung der schier überwältigenden Vielfalt existenzieller Gefühle: Danach sind *elementare* von *nicht-elementaren* existenziellen Gefühle zu unterscheiden und beide wiederum von *atmosphärischen* Gefühlen als einer wichtigen Kontrastklasse. Darüber hinaus sind für existenzielle Gefühle drei Relata von besonderer Bedeutung: die *Welt* als Ganzes, die *Anderen* und die *eigene Person*.⁶

Elementare existenzielle Gefühle bleiben unter normalen Umständen weitgehend unbeachtet. Sie befinden sich im Hintergrund unseres affektiven Lebens und verleihen unseren Handlungen, unseren Interaktionspartnern, der Welt, in der wir agieren, und uns selbst das im Normalfall selbstverständliche Gefühl von Realität. Solche Gefühle können sich jedoch verändern. Sie ändern sich in besonderer Weise in verschiedenen Psychopathologien, in denen das übliche Realitätsgefühl verloren geht: So werden zum Beispiel in der Capgras-Störung gerade diejenigen Personen, denen man am nächsten steht, als unecht und durch Doppelgänger ersetzt erlebt – die gewohnten Gefühle der Vertrautheit stellen sich nicht mehr ein. In der Cotard-Störung und auch in der Depersonalisations-Störung wird hingegen die eigene Person nicht mehr in der vormals vertrauten Weise als real empfunden: Patienten erleben sich als affektlos, es fehlt ihnen die normale Perspektive auf die Welt, im schlimmsten Fall erscheint es ihnen, als wären sie bereits tot. In Schizophrenien und in der Derealisations-Störung ist dagegen der Bezug zur Wirklichkeit, die Realität der Welt als Ganzer, zutiefst erschüttert. In schweren Depressionen verflüchtigt sich das Gefühl, einen unmittelbaren Zugriff auf die Geschehnisse in der Welt zu haben; auch das Gefühl, selbst ein Akteur in einer Welt voller Möglichkeiten zu sein, kann nahezu vollständig verloren gehen. Für diejenigen, die diesen Veränderungen ausgesetzt sind, verschiebt sich der gesamte Rahmen des Erlebens in dramatischer Weise – Innen- und Außenwelt, die Gefühle und die eigenen Handlungsoptionen erscheinen in einem anderen, meist irrealen Licht.⁷

⁶ Ein erster Versuch, existenzielle Gefühle zu kategorisieren stammt von Slaby und Stephan (2008); hier orientiere ich mich vor allem an den Modifizierungen, die Stephan und Slaby (2011) vorschlagen.

⁷ Eine ausführliche Darstellung veränderter existenzieller Gefühle bei psychischen Störungen, u.a. in Schizophrenie, Capgras-, Cotard- und Depersonalisations-Störungen, bietet Ratcliffe (2008, Teil II); man vgl. auch McLaughlin (2011) zu Capgras- und Cotard-Störungen.

Die nicht-elementaren existenziellen Gefühle können sich hingegen verändern, ohne dass damit schwerwiegende Störungen der psychischen Befindlichkeit einhergehen. Aber auch sie strukturieren im Hintergrund den Raum unserer Handlungsmöglichkeiten. Sie umfassen Gefühle, die beispielsweise die eigene Vitalität betreffen (sich gesund und stark *versus* erschöpft oder schwach zu fühlen), den eigenen Status im Hinblick auf andere Personen des sozialen Umfelds offenbaren (sich willkommen, anerkannt und respektiert *versus* abgelehnt, gering geschätzt oder zurückgewiesen zu fühlen) oder die Beziehung zur Welt im Allgemeinen thematisieren (sich an seinem Platz, in der Mitte des Geschehens *versus* nicht dazugehörig, abgeschnitten, wie ein Fremder oder nicht als Teil dieser Welt zu fühlen). Die meisten dieser Gefühle können in den gleichen Zeitfenstern auftreten, in denen sich elementare existenzielle Gefühle aus dem normalen Bereich bewegt haben. Generell können alle Hintergrundgefühle auch in verschiedenen komplexen Mischungsverhältnissen auftreten.

Im Unterschied zu sowohl den elementaren als auch den nicht-elementaren existenziellen Gefühlen beziehen sich atmosphärische Gefühle auf *bestimmte* Situationen und Ereignisse und sind dadurch in der Aufmerksamkeit etwas präsenter als die existenziellen Gefühle. Auch sie strukturieren unsere Interaktionen mit anderen Menschen und der Welt – häufig jedoch nur auf die Situationen bezogen, von denen sie ausgelöst werden. Ebenso wie existenzielle Gefühle umfassen atmosphärische Gefühle solche, die die eigene Person betreffen (zum Beispiel das Gefühl, alle Augen auf sich zu ziehen), solche, die Beziehungsmöglichkeiten zu anderen Menschen offenbaren (wie das Spüren einer eisigen Atmosphäre, die sich bei einem Probevortrag ausbreitet), und Gefühle, die sich allgemein auf die Welt beziehen (wie die Hektik und Rastlosigkeit, die von einer geschäftig-unruhigen Metropole ausgehen mag).

Für jeden dieser drei Typen haben wir drei Relata der Hintergrundgefühle in den Blick genommen: die Welt als Ganzes, soziale Konstellationen und die eigene Person. Um ein besseres Verständnis der zentralen Dimensionen existenzieller Gefühle zu erhalten, ist es sinnvoll, diese charakteristischen Foci voneinander zu unterscheiden, auch wenn sie aus einer phänomenologischen Perspektive als *unentwirrbar* miteinander verschränkt erscheinen mögen. So kommentiert Ratcliffe (2008, S. 37) eine Liste, die er mit Google generierte, als er „the feeling of being“ eingab, wie folgt: „some of these seem to be ways of experiencing the self, the world, and also the self-world relation, the three aspects being inextricable“.

2. Zur möglichen Regulation von existenziellen Gefühlen

Viele psychische Leiden, die in der Aufnahme einer therapeutischen Beziehung münden, sind in irgendeiner Weise mit Affektstörungen verbunden. Insbesondere scheint es den Betroffenen nicht zu gelingen, ihre Emotionalität so zu regulieren, dass sie und andere damit klarkommen. Gross (2002) erklärte einmal, dass es eine der großen Herausforderungen des Lebens sei, die eigenen Emotionen erfolgreich zu regulieren. Und wir könnten hinzufügen, dass dies umso mehr auf existenzielle Gefühle zutrifft.

Die Regulation von Emotionen gilt Gross (2002, S. 281, 282) zufolge in erster Linie den Prozessen, durch die wir beeinflussen, *welche* Emotionen wir haben, *wann* wir sie haben und *wie* wir sie erleben und ausdrücken. In der Emotionsforschung hat es sich bewährt, fünf verschiedene Stadien innerhalb eines emotionsbildenden Prozesses zu unterscheiden, in denen jemand die eigenen Emotionen beeinflussen kann; vier davon sind *antezedenorientiert*, die fünfte Variante ist *reaktionsorientiert*. In zeitlicher Reihenfolge umfassen die den ersten vier Stadien entsprechenden Strategien die *Situationsauswahl*, die *Situationsmodifikation*, die *Aufmerksamkeitsausrichtung* und den *kognitiven Wandel* durch *Reappraisal*, die fünfte Strategie widmet sich der *Reaktionsmodulation* durch *Unterdrückung* des emotionalen Ausdrucks. Ich habe hier nicht den Raum, die fünf Strategien an Beispielen näher zu erläutern (vgl. dazu Stephan 2012) und prüfe deshalb direkt, inwiefern sie sich auch für eine Regulation von insbesondere schwer belastenden existenziellen Gefühlen eignen könnten.

Die Strategie der bloßen Ausdrucksunterdrückung, die schon für die Regulation von Emotionen nicht als erste Wahl gelten kann, ist keine Option zur Regulation existenzieller Gefühle: Da existenzielle Gefühle kein charakteristisches Ausdrucksverhalten involvieren, gibt es in ihrem Falle *nichts*, das unterdrückt werden könnte: Es gibt einfach keine typischen körperlichen Ausdrucksformen für Zustände wie zum Beispiel sich unvertraut, ausgeschlossen, fremd oder unwirklich zu fühlen. Ebenso wenig kann der gegebenenfalls belastende Erlebnischarakter existenzieller Gefühle unterdrückt werden: Es steht nicht in unserer Macht, solche Gefühle per Beschluss nicht zu haben. Aus diesen Gründen wende ich mich im Folgenden ausschließlich den vier antezedenorientierten Regulationsstrategien zu.

Insbesondere fällt dabei auf, dass keine der Reappraisal-Strategien im Falle von existenziellen Gefühlen zu greifen scheint (bei der Emotionsregulation sind diese jedoch erste Wahl, um emotionale Reaktionen nachhaltig zu beeinflussen, sei es durch eine Neubewertung der Situation oder der eigenen Möglichkeiten). Bezogen auf existenzielle Gefühle würde dies voraussetzen, dass eine Neubewertung (der existenziellen Situation) das Gefühlsleben der Betroffenen nachhaltig beeinflussen kann. Diejenigen, die unter belastenden elementaren existenziellen Gefühlen leiden, wissen jedoch in der Regel, dass das, was sie empfinden, nicht der Wirklichkeit entspricht: So wissen Patienten, die unter einer Depersonalisations-Störung leiden, nach wie vor, wer sie sind, auch wenn sie sich fremd, unwirklich und leblos fühlen. Analoges gilt für Patienten mit schweren Depressionen oder Derealisations-Störungen. Was diese Menschen unter anderem vermissen, ist ihre frühere normale Befindlichkeit, in der sie emotionale Höhen und Tiefen empfanden und sich als Zentrum ihrer Tätigkeiten erlebten. Aber weder die Überzeugung, dass es sich *de facto* anders verhält, noch der starke Wunsch, dass der alte Realitätssinn zurückkehren möge, können die veränderte existenzielle Gefühlslage beeinflussen. Diese bleibt trotz besseren Wissens stabil und erscheint damit „verkapselt“ im Hinblick auf kognitive Zugriffe. Insgesamt ist damit festzuhalten, dass kognitive Reappraisal-Strategien in den Situationen erfolglos bleiben, in denen gegenläufige Überlegungen und Einsich-

ten bereits parallel zu belastenden existenziellen Gefühlen bestehen, diese aber nicht modifizieren können.⁸

Da existenzielle Gefühle im Unterschied zu Emotionen gerade keine Reaktionen auf *bestimmte* Situationen sind, sondern uns die Welt als solche erschließen und unsere Befindlichkeit im Hintergrund strukturieren, scheint es auch nicht ratsam, diese selbst durch Strategien der singulären und vorübergehenden Situationsauswahl oder Situationsmodifikation modulieren zu wollen. Um belastende existenzielle Gefühle, wie sie zum Beispiel in einer schweren Depression auftreten können, positiv zu verändern, wird es nicht ausreichen, eine spezifische Situation geschickt auszuwählen. Vielmehr dürfte es nötig sein, die gesamte Lebenssituation (zumeist durch Mithilfe geschulter Personals) anders zu gestalten.

Eine Strategie, die jedoch auch im Hinblick auf existenzielle Gefühle vielversprechend erscheint, ist die von Gross selbst in Bezug auf Emotionen nicht weiter diskutierte Aufmerksamkeitsausrichtung. Diese setzt noch vor den Reappraisal-Prozessen ein und lenkt die Aufmerksamkeit auf solche Aspekte einer Situation, die für eine Neubewertung der Gesamtlage und in deren Folge auch für eine Modifikation der Gefühlslage relevant sein können. Wenn es gelingt, Patienten anzuleiten, ihre Aufmerksamkeit von ihren aus der Bahn geratenen existenziellen Gefühlen auf diejenigen Bedürfnisse und Anliegen zu lenken, die in der jüngeren Vergangenheit am wenigsten erfüllt werden konnten, so mag es gelingen, auf diese Weise zunächst mit zentralen eigenen Gefühlen überhaupt wieder in Kontakt zu kommen und damit auch sich selbst wieder mehr zu spüren. Im Anschluss daran dürften sich vermutlich auch die existenziellen Gefühle selbst verändern. Die Fallberichte von Simeon und Abugel (2006) enthalten Hinweise darauf, dass beispielsweise viele Depersonalisations-Patienten kaum Empathie durch ihre engsten Bezugspersonen erhielten, ihr Bedürfnis nach Verständnis und Anteilnahme vermutlich über Jahre hinweg nicht erfüllt wurde. Die vorgeschlagene Form der Vergegenwärtigung unerfüllter Bedürfnisse dürfte Patienten in akuten Phasen einer schweren Depression (oder in psychotischen Zuständen) jedoch kaum zur Verfügung stehen. Die Öffnung für eine fühlende Bezugnahme auf sich selbst müsste in diesen Fällen erst vorbereitet werden, unter anderem durch eine nachhaltige Veränderung der allgemeinen Lebenssituation, gegebenenfalls im klinischen Setting. Die Strategie der – freilich *nachhaltig* wirkenden – Situationsauswahl hätte der Strategie der Aufmerksamkeitsausrichtung also vorherzugehen.

Gegen die Bewusstmachung unerfüllter Bedürfnisse könnte *prima facie* sprechen, dass angesichts einer vielleicht als aussichtslos empfundenen Lage, in der wichtige Bedürfnisse auf Dauer unerfüllbar scheinen, intensive Emotionen (wie Zorn, Trauer oder Verzweiflung) an die Stelle der belastenden existenziellen Gefühle treten könn-

⁸ Es gibt dennoch einige Versuche, Depersonalisations-Störungen durch CBT (Cognitive Behavioral Therapy) positiv zu beeinflussen. Vgl. dazu Hinweise in Simeon und Abugel (2006, S. 175-178). Diese scheinen jedoch hauptsächlich zu helfen, nicht noch weitere Begleitsymptome zu entwickeln, verändern jedoch nicht die belastenden existenziellen Gefühle.

ten. Damit ist durchaus zu rechnen. Ich würde eine solche Veränderung jedoch als Fortschritt begreifen wollen, da in starken Emotionen Handlungstendenzen offenbar werden, die in den Stadien ganz flacher Affektivität, wie sie sich zum Beispiel in schweren Depressionen zeigen, nahezu vollständig fehlen.

Literatur

- Frijda, N. (1994). Varieties of affect: emotions and episodes, moods, and sentiments. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion. Fundamental questions* (pp. 59-67). New York, Oxford: Oxford University Press.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- McLaughlin, B. (2011). Monothematische Wahnstörungen und existenzielle Gefühle. In J. Slaby, A. Stephan, H. Walter & S. Walter (Eds.), *Affektive Intentionalität* (S. 170-205). Paderborn: mentis Verlag.
- Perler, D. (2011). Transformationen der Gefühle. *Philosophische Emotionstheorien 1270–1670*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford: Oxford University Press.
- Ratcliffe, M. (2011). Existenzielle Gefühle. In J. Slaby, A. Stephan, H. Walter & S. Walter (Eds.), *Affektive Intentionalität* (S. 144-169). Paderborn: mentis Verlag.
- Scherer, K. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44/4, 695-729.
- Simeon, D. & Abugel, J. (2006). *Feeling unreal. Depersonalization Disorder and the loss of the self*. Oxford: Oxford University Press.
- Slaby, J. & Stephan, A. (2008). Affective intentionality and self-consciousness. *Consciousness and Cognition*, 17, 506-513.
- Stephan, A. & Slaby, J. (2011). Affektive Intentionalität, existenzielle Gefühle und Selbstbewusstsein. In J. Slaby, A. Stephan, H. Walter & S. Walter (Eds.), *Affektive Intentionalität* (S. 206-229). Paderborn: mentis Verlag.
- Stephan, A. (2012). Existenzielle Gefühle und Emotionen: Intentionalität und Regulierbarkeit. In J. Fingerhut & S. Marienberg (Eds.), *Feelings of being alive / Gefühle des Lebendigseins*. Berlin: de Gruyter.

„...bewege ich doch die Unterwelt“ – Zur Aktualität der Psychoanalyse des Wunsches

Brigitte Boothe, Simone Mosch & Georg Schönbacher

Zusammenfassung

Die Fähigkeit, Wunschkonstruktionen zu entwickeln, ist eine wichtige persönliche Ressource zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens. Sie erlaubt die mentale Kompensation einer Versagung, eines Mangels oder eines Verlustes. Bei vielen psychopathologischen Syndromen findet sich ein suboptimales hedonisches Wunschregulativ, beispielsweise bei der Depression und ihren anhedonischen Tendenzen, der Minussymptomatik bei der Schizophrenie oder bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Andererseits findet bei manischen und hypomanischen Zustandsbildern und bei Personen mit histrionischen und narzisstischen Tendenzen eine Evasion vor der Lebenswirklichkeit durch die Flucht in wunschgeleitete Fantasien statt.

Schlüsselbegriffe

Wunsch, Wunscherfüllung, Neuropsychanalyse, hedonische Regulierung

Wünschen und Regulierung des Befindens

Die Fähigkeit, sich an Begebenheiten zu freuen, sie erzählend und erinnernd wertzuschätzen, gilt in Medizin und Psychologie inzwischen als salutogenetisches Potential, wie Esch und Stefano (2004) überzeugend darlegen. Wer zu Freude und Genuss fähig ist, steht in freundlich optimistischem Welt- und Selbstbezug und hat günstige Aussichten, was psychisches Funktionieren und Gesundheit angeht. Zugleich sind hedonische Regulierungsmaßnahmen differenziert einzuschätzen. Hedonische Regulierung durch den Gebrauch stimmungsverändernder Substanzen führt bei entsprechender Dosierung und chronischem Gebrauch zu degenerativer Entwicklung und sozialer Desintegration. Freudvolle Erfahrungen haben auch noch im Kontext biografischer Erinnerungen hedonischen Mehrwert; doch auch dies ist differenziert zu sehen: Zuviel Verbleib im Bezirk von Retrospektion und Tagtraum reduziert die Bereitschaft zum handelnden Engagement.

Wünschen und Wunscherfüllung gehören ebenfalls zum hedonischen Spektrum, doch handelt es sich hier um psychologische und psychoanalytische Grundkonzepte, die noch wenig untersucht sind und neurowissenschaftlich noch nicht im Zentrum stehen. „Want“ und „desire“ werden in der philosophischen, psychologischen und neuropsychologischen Forschung beachtet; „wish“ hingegen findet erst mit der Neuropsychanalyse von Mark Solms stärkere Aufmerksamkeit. Die Motivations- und Volitionspsychologie richtet sich schwerpunktmäßig auf aktions- und handlungsorientierte Intentionalität, das heißt vor allem auf die Exploration und experimentelle Erforschung der Zusammenhänge von Bedürfnissen, Absichten, Vorsätzen und Planbildung mit deren lebenspraktischer Wirksamkeit (Heckhausen & Heckhausen, 2010). Es geht bei den motivationalen Dispositionen um die Erforschung der Bedingungen, unter denen Kompetenzen und Potentiale handelnd zum Einsatz kommen. Seit der Frühzeit des zwanzigsten Jahrhunderts werden unterschiedliche Theoriemodelle angeboten, die sich einerseits einem biologischen, psychodynamischen, soziobiologischen, lerntheoretischen und feldtheoretischen Lager, andererseits einer kognitions- und attributionspsychologischen Orientierung zuordnen lassen. Zur letztgenannten Orientierung gehört auch die differenzierte Erforschung der Handlungsplanung oder Volitionspsychologie (Gollwitzer, Fujita & Oettingen, 2004). Für die erstgenannten Motivationstheorien – von der Biologie bis zur Feldtheorie Lewins (1963) – bleibt der Wunsch unterbestimmt; hier steht er im Kontext der Körperbedürfnisse und des Triebes. Auch in den kognitions- und attributionspsychologischen Ansätzen bleibt der Begriff des Wunsches implizit (Brandstätter & Gollwitzer, 2005, S. 201-202; Kuhl, 2001; Kuhl & Kazén, 2003). Er bildet lediglich das Ausgangsmaterial oder den Fundus potentieller Präferenzen (Hermann, 1999). Die Entstehung und Durchführung eines Handlungsprozesses lässt sich gemäß des prominenten Rubikonmodells (Gollwitzer, 1996), das auf eine lange Tradition zurückblickt, nach charakteristischen Phasen differenzieren. Am Anfang stehen Wünsche. Sie sind nicht handlungsinitiiierend. Gelangt die Person in eine Situation der Entscheidung, will sie also aktiv werden und handeln, dann kommt es zu einer Phase des Sortierens und Abwägens im Bereich der Wünsche. Erst der Sprung über die Grenze zwischen Wunsch und Willensbildung führt zur Wirklichkeit des Handelns. Das Wunschkonzept als solches wird bei Gollwitzer und Heckhausen nicht zum Gegenstand begrifflicher und inhaltlicher Analysen.

Die sprachliche Artikulation von Wünschen

Die kommunikative Fähigkeit, Wünsche zu äußern, die Fähigkeit, Wunscherfüllungen zu imaginieren sowie Wünsche in Beziehungen geltend zu machen, spielen eine wichtige Rolle. Luborsky (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Kächele, Albani, Pokorny & Blaser, 2008; Staats, 2004) begründete mit seiner systematischen Analyse von Beziehungskonfliktthemen in narrativen Mitteilungen von Patienten ein pragmatisches Modell der Exploration von Wünschen im Kontext von Beziehungsdarstellungen. Es

fand Eingang in die sogenannte Beziehungssachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2009). Boothe (2010, 2010a, 2010b) legt eine systematische Analyse von Wunschthematizierungen in umfangreichen Korpora transkribierter narrativer Mitteilungen von Psychotherapiepatienten vor.

Dass Personen, die Wünsche artikulieren, keine Handlungsabsichten zum Ausdruck bringen – auch wenn sie die persönliche Dringlichkeit ihrer Wünsche darstellen und inszenieren mögen und damit etwas bewirken –, dass aber Personen, die etwas verlangen oder fordern, sehr wohl ein Handeln in Aussicht nehmen, macht ein kurzer Blick auf alltagskommunikative Praktiken mit einerseits imperativem, andererseits desiderativem Charakter sinnfällig (Boothe, 2010a). Im Vergleich stehen die Imperativa *verlangen*, *fordern* und das Desiderativum *wünschen*. Wer etwas verlangt, will sein Gegenüber auf das Verlangte festlegen und ist bereit, dem Anliegen Nachdruck zu verleihen. Man kann beispielsweise sagen: *Ich verlange mein Geld zurück. Sonst kommt eine Anzeige.* Wer etwas fordert, ist begründungspflichtig. *Ich fordere eine Entscheidung. Ich warte schon lange genug.* Das sind imperative Formulierungen. Wer einen Wunsch äussert, ist nicht begründungspflichtig; er gibt einer persönlichen Präferenz Ausdruck, unter Umständen auf eindringliche Weise. Die Ehefrau sagt: *Ich wünsche mir so sehr, dass du mit mir über deine Sorgen sprichst.* Oder: *Ach, würdest du bloß mit mir reden.* Oder: *Es wäre so schön, wenn ich deine Sorgen mit dir teilen dürfte.* Im Unterschied zur imperativen lässt sich dies als desiderative Diktion bestimmen. Die Ehefrau bringt in desiderativer Sprache, eben in Form einer Wünschäußerung, zum Ausdruck, dass es um etwas geht, das sie freudig begrüßt. *Wünschen* macht die Diskrepanz deutlich zwischen einem als erfreulich bewerteten Soll-Zustand, dessen Erreichbarkeit ungewiss und vielleicht unbeeinflussbar ist, und einem aktuellen Ist-Zustand, der sprichwörtlich zu wünschen übrig lässt. Wünschäußerungen im Beziehungshandeln sind Kundgaben oder Offenbarungen dessen, was gemäß persönlicher Neigung zu begrüßen wäre. Wer sich mit einer Wünschäußerung an einen anderen richtet, mag den Adressaten affizieren und Einfluss ausüben. Wer hingegen etwas will, richtet sich auf die Zukunft aus und exploriert die Bedingungen, unter denen man die Intention realisieren kann. Wollen richtet sich auf Aktivität in der Lebenspraxis. Wer etwas wünscht, stellt sich etwas vor, imaginiert etwas Gutes gemäß der eigenen Neigungen und Präferenzen, und er teilt es anderen womöglich mit, sogar um auf sie einzuwirken, doch wird er darüber hinaus nicht zum Handelnden.

Die Fähigkeit zu warten

Kinder gewinnen Toleranz für Spannung, vorübergehende Entbehrung und Passivierung in der Frühzeit ihrer Entwicklung einerseits durch Partizipation an den Beziehungsangeboten der elterlichen Beziehungspartner und andererseits durch entspannungswirksame Surrogate wie Daumenlutschen und die mentale Evokation der früher bereits erfahrenen Gratifikation als Substitut. In diesem Sinne konzipierte bereits Freud (1900, S. 571) das Wünschen und die wunscherfüllende imaginative Kompe-

tenz als mentale Surrogate; Mischel und seine Forschergruppe thematisierten zwar nicht den Wunsch, konzeptualisierten aber den in diesem Zusammenhang aus psychoanalytischer Sicht wichtigen „Befriedigungsaufschub“; das führte zu bis heute viel beachteten empirisch-experimentellen Studien im Kontext von „delay of gratification“ (Mischel & Ayduk, 2004). Wenn die Mangelsituation nicht zu stark ist und nicht zu stark chronifiziert, dient das mentale Surrogat für die reale Befriedigungserfahrung (beim Säugling mag es sich um evozierte appetente Sinnesreize handeln) in psychoanalytischer Perspektive als hedonisches Regulativ, das den Aufschub, die Spannung zu tolerieren hilft (Köhler 2007, S. 36; Schmidt-Hellerau 2008, S. 849). Die mentale Produktion eines wunscherfüllenden Arrangements ist eine Leistung, die angesichts verwehrter Realbefriedigung oder angesichts verwehrter Aktivität im Dienste der substitutiven Restitution vorübergehend spannungsregulierend wirksam ist. Dabei ist nochmals zu erwähnen, dass wunscherfüllende Vorstellungen nicht auf Aktion zielen, sondern selbstgenügsam sind. Sie sind dort funktional, wo wirksames Handeln keine Aussichten hat; sie sind dysfunktional, wo wirksames Handeln Aussichten hätte und stattdessen ein Rückzug in tagträumende Passivierung erfolgt. Die Fähigkeit, Wunschorstellungen zu entwickeln und sie im Dienste der Verarbeitung psycho-physischer Erregung einzusetzen, leistet grundsätzlich einen wichtigen Beitrag als hedonisches Regulativ zur Selbstberuhigung und Entspannung. Ein Individuum bleibt ein Leben lang darauf angewiesen, negative Erregung und unlustvolle Spannung durch hedonische Überblendung vorübergehend zum Verschwinden zu bringen oder zu mildern, und zwar mit dem Vorteil, Spannungen kurzfristig ohne Erregungssteigerung und Irritationszuwachs zu ertragen.

Die prospektive, retrospektive und fiktional spielerische Imagination ist ein Kerngegenstand psychoanalytischer Theorie und Praxis. Die empirische Erforschung der Säuglings- und Altersentwicklung sowie die Erforschung dysfunktionaler Regulierung bei Lern-, Aufmerksamkeits- und Arbeitsstörungen zeigen, dass zu den Regulierungsphänomenen auch eine große Palette besonderer Beziehungshandlungen gehört. Diese Beziehungshandlungen zwischen Erwachsenen und Kindern führen mit Beginn der Säuglingspflege beiläufig in die Bewältigung des Lebensalltags und das geordnete Gemeinschaftsleben ein. Das sind Handlungen des Beruhigens, Beschwichtigens, Besänftigens, Ablenkens, Stimulierens und Disziplinierens, die der verändernden und steuernden Einflussnahme auf die vitalen Lebensregungen des Kindes dienen. Das Kind übernimmt diese Handlungen nach und nach ins eigene Repertoire, beruhigt, steuert, tröstet und besänftigt sich selbst. Das Beruhigen, Beschwichtigen, Besänftigen, Ablenken, Stimulieren und Disziplinieren bleibt als Regulierungs- und Selbstregulierungspraxis lebenslang unverzichtbar.

Wunsch und Traum

Die Fähigkeit, in Szenarien phantasierter Wunscherfüllung träumend oder spielend zu leben, dient, mit einer Wendung Kants, der „*Beförderung ... der Lebenskräfte*“ (1790,

Kritik der Urteilskraft, § 29 Allg. Anm. III; auch in Stadler, 1998, S. 22-23), da die Wunschbildungen „*insgesamt das Gefühl des Lebens affizieren*“. Freud erhebt die Überblendungstechnik der von ihm so bezeichneten halluzinatorischen Wunscherfüllung zum Grundbaustein der Traumgenese. Die muskuläre Erschlaffung und das Ausbleiben der Orientierung während des Schlafzustandes berauben den Betroffenen vorübergehend jener Lebenstechniken effizienter Praxis, die er im Umgang mit inneren und äußeren Störreizen einzusetzen gelernt hat. Er überblendet daher einen Störreiz im Schlafzustand durch die Methode der Evokation des Hedonischen, durch den Schein einer Realbefriedigung, -sättigung oder -stillung, freilich so kaschiert, dass der Person, sofern sie den Traum erinnernd reproduziert, der infantil-regressive Wunscherfüllungscharakter gewöhnlich entgeht. Nicht immer jedoch ist der Wunscherfüllungscharakter von Träumen kaschiert. Freud (1900, S. 136-137) erwähnt die von ihm so genannten Bequemlichkeitsträume, in denen ein körperlicher Drang gestillt wird, wie beispielsweise Durst durch genussvolles Trinken, so dass der Träumer eine Zeit lang nicht erwacht. Auch Kinderträume zeigen sich oft unverhüllt wunscherfüllend. Personen in Entbehrungs- und Notsituationen kompensieren ihre Misere träumend, wie Freud an Traumberichten von Teilnehmern einer Antarktisexpedition belegt (dazu auch Köhler, 2007, S. 36 s.o.). Weiss (1993) betont, dass amerikanische Soldaten in japanischen Gefangenenlagern von „blissful dreams“ berichteten, und zwar unter Umständen, in denen sie keine Aussicht sahen, ihre Situation aktiv zu verändern. Sie fügten sich in die aktuell miserable Lage ihrer Gefangenschaft und versuchten, nicht hoffnungslos zu werden.

Einige berichteten vom Trost durch Träume:

The power of these dreams to help the dreamer derives from their having the quality of real experience. For example, the captured soldiers who dreamed that they were powerful and gratified reacted to the dreams as though they were in fact powerful and gratified. After such dreams they felt less helpless and more hopeful. Before producing the blissful dreams, the soldiers had tried to cheer themselves up in waking life by telling themselves that some day they would be free to gratify themselves, but they derived little comfort from the waking, wishful thoughts compared to the comfort they derived from the dreams (Weiss, 1993, S. 154)

Lebendigkeit, Intensität und eindringliche Bildlichkeit machten die Träume besonders wertvoll.

Die universelle Geltung der wunschdynamischen Traumtheorie war von Beginn an umstritten. Freud selbst verweist in „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) auf den imperativen Wiederholungscharakter der traumatischen Träume. Die psychologisch-neurologische Traumforschung blieb über Jahrzehnte mit der Annahme des motivational-neutralen Charakters der Träume erfolgreich, unter der prominenten Führung von Hobson und McCarley (1977) oder Crick und Mitchison (1983, 1995). Die Frage nach den regulativen Funktionen des regressiven Schlafzustands ist unentschieden (Malcolm-Smith et al., 2008; Mosch, 2011; Schredl, 2006; Solms, 2000; Solms & Turnbull, 2002; Wiegand, 2006). Die kontroverse Diskussion reicht vom wunscher-

füllenden Regulativ im Dienste der Entspannung über prospektive (Revonsuo, 2000), problemlösende und Übungsfunktionen bis hin zur mentalen Reorganisation (Coutts, 2008). All dies sind mehr oder weniger plausible Annahmen über den Traum als psycho-physisches Regulativ (Domhoff, 2005; Engelhardt, 2006; Moser & von Zepelin, 1996).

Nicht zu vernachlässigen ist, dass der Traum ein Ereignis ist, das im Zustand mentaler und körperlicher Regression, bei Stilllegung der Orientierungsfunktionen auftritt. Naheliegend ist dann, dass die in der Nacht halluzinierten Eindrücke nicht Zeugnisse geistiger Tätigkeit sind, die Aufmerksamkeit, kritische Prüfung und Reflexivität fordern. Es ist plausibler, mit Koukkou und Lehmann (1983) das Traumgeschehen als Ausdruck regressiver und auf Regression gerichteter Geistestätigkeit aufzufassen. Mit Solms (2000) kann man die weitergehende Vermutung formulieren, dass diese auf Regression gerichtete Geistestätigkeit die Kontinuität des Schlafes fördert. Diese Vermutung verweist auf überlieferte Alltagspsychologie, die bereits Freud (1900, S. 691) erwähnt, wenn er den Traum als „Hüter des Schlafes“ charakterisiert. In diese Richtung weisen auch Befunde von Bischof und Bassetti (2004), die über eine „sleep maintenance insomnia“ mit Traumverlust nach einem Schlaganfall berichten.

Wunsch, Traum und Neurowissenschaft

Bedeutende Vorarbeiten für die Suche nach neuronalen Korrelaten von Wunsch-Erscheinungen stellen die prominenten empirischen Studien des Neurologen und Psychoanalytikers Mark Solms (1997, 2000, 2002) dar. Mit Solms gelangt auf hirnpfysiologischer Ebene die Theorie der hedonischen Funktion des Traumregulativs zu neuer, inzwischen intensiver Aufmerksamkeit (Solms, 2000, 2002; Solms & Turnbull, 2002; auch dargestellt bei Mosch, 2011). Anhand von Traumberichten hirngeschädigter Patienten lieferte Solms erste neurowissenschaftliche Belege für solche psychoanalytischen Traummodelle, die Traumfunktion und Wunschregulierung verknüpfen. Solms findet Argumente für das dopaminerge Belohnungssystem als mögliches neurophysiologisches Korrelat wunschbezogener psychischer Erscheinungen (Solms, 2002). In diesem Zusammenhang spielt das dopaminerge Belohnungssystem die entscheidende Rolle sowohl für die Traumgenerierung als auch für die hedonische Funktion des Traumregulativs. Das dopaminerge Belohnungssystem, von Jaak Panksepp (1998) erstmalig auch als „SEEKING-System“ beschrieben, kann in mesencephal- limbischen sowie basalen Vorderhirnstrukturen als neuronale Vernetzung lokalisiert werden, wobei die Strukturen des ventralen Tegmentums und des Nucleus accumbens im Vordergrund stehen (Panksepp, 1998, vgl. auch „wanting“ nach Kringelbach & Berridge, 2011). Das SEEKING-System ist durch seinen antizipatorischen Charakter gekennzeichnet und hat Ähnlichkeit mit dem alltagssprachlichen Gebrauch des Wortfeldes „Wunsch und wünschen“. Psychoanalytisch bedeutsam ist die begriffliche Abgrenzung von Wunsch und Wunscherfüllung. In psychoanalytischer Perspektive thematisiert man die Wunscherfüllung, insbesondere im Zusammenhang mit dem

Traum, vor allem als imaginierte Erfüllungsszene, jenseits des Traumes auch als Konfrontation mit einer realen erwünschten Situation, die für die Person den Charakter des Erfüllenden oder, in psychoanalytischer Diktion, des Befriedigungserlebnisses hat. Das Erlebnis des Wunscherfüllenden korreliert mit aktivierten Opioid-Schaltkreisen im mesencephalen periäquiduktalen Grau sowie mit diversen diencephalen Nuclei, die strukturell mit dem „liking“-Konstrukt von Kringelbach und Berridge (2011) korrespondieren.

An dieser Stelle kann nun eine neuro-strukturelle Unterscheidung vollzogen werden: Wünschen entspricht durch dessen antizipatorisches Kernmerkmal dem SEEKING-System, während die Wunscherfüllung mit dem Befriedigungserlebnis durch das liking-Konstrukt beschrieben werden kann:

„Wishing is linked to libidinal desire, i.e., wishing in Freud’s sense (what modern biologists would call appetitive states; „wanting“ in Berridge’s sense; SEEKING in Panksepp’s sense) but wish fulfillment is linked with the satisfaction of the desire (what modern biologists would call a consummatory state; „liking“ in Berridge’s sense; PLEASURE-LUST in Panksepp’s). These consummatory states are mediated not so much by the dopamine circuits that mediate appetites as by opioid circuits which course from the PAG¹ through various diencephalic nuclei to the anterior cingulate gyrus.“ (Solms, E-Mail-Mitteilung vom 14.8.2010)

Kringelbach und Berridge (2011) machen in ihren Ausführungen zur „Neuroanatomy of Pleasure“ darauf aufmerksam, dass viele „hedonic hotspots“ im Gehirn existieren, wobei man zwischen tiefliegenden Strukturen (ventrales Pallidum, Nucleus accumbens und Hirnstamm) sowie neokortikalen Arealen (orbitofrontal, cingulär, präfrontal-medial und insuläre Areale) unterscheiden kann. Die Autoren weisen darauf hin, dass eine zweite Komponente, „wanting“, die durch ihren Anreizcharakter determiniert ist, beschrieben werden kann und durch die mesolimbische dopaminerge Transmission gekennzeichnet ist (ibid, S.21). Obwohl „wanting“ und „liking“ teilweise neuronale Schnittstellen aufweisen, ist es wichtig, die beiden Konstrukte funktional zu unterscheiden: „*At extreme, the addict may come to „want“ what is neither liked nor expected to be liked, a dissociation possible because „wanting“ mechanisms are largely subcortical and separable from cortically-mediated declarative expectation and conscious planning*“ (ibid, p.21). In vergleichbarer Weise würden sich strukturelle und funktionale neurophysiologische Unterschiede eines antizipatorischen Wunsches und eines halluzinatorischen Befriedigungserlebnisses explorieren lassen. Das Ausmalen fiktiver Szenen sowie das autobiographische Erinnern sind mit einer erhöhten Aktivierung des neokortikalen Default-Netzwerks korreliert (Andrews-Hanna, 2011). Das Default-Netzwerk scheint eine wichtige neuronale Verknüpfung während der halluzinierten Herbeiführung des Befriedigungserlebnisses zu sein. Nach Buckner wird als Default-Netzwerk das Zusammenspiel von Kortexarealen bezeichnet, welches aktiviert ist, wenn sich das Individuum nicht auf die Außenwelt konzen-

¹ periaqueductal gray (PAG)

triert. Der Zustand ist nicht handlungsorientiert und eng verlinkt mit Introspektionsfähigkeit (task-independent) sowie Tagträumen (dargestellt bei Andrews-Hanna, Reidler, Huang & Buckner, 2010). Auch das psychoanalytische Konzept der freischwebenden Aufmerksamkeit ist möglicherweise in diesem Zusammenhang zu sehen. Wichtige Hirnareale des Default-Netzwerks sind der mediale Temporallappen, der mediale Präfrontalkortex und der posteriore cinguläre Kortex. Die neuesten Forschungsergebnisse einer PET-Studie zum Default-Netzwerk weisen darauf hin, dass während kognitiver Kontrollaufgaben eine reduzierte dopaminerge Aktivität zu beobachten ist, wohingegen eine Aktivierung des Default-Netzwerks mit einer erhöhten Aktivierung des subkortikalen dopaminergen Belohnungssystems korreliert (Cole et al., 2011).

Böker und seine Forschungsgruppe zeigte anhand von f-MRI-Studien, dass depressive Patienten eine verminderte Aktivität des Default-Netzwerks aufweisen, die mit der Stärke der Depression und Gefühlen der Hoffnungslosigkeit korrelieren (Grimm et al., 2009; Grimm et al., 2011). In diesem Zusammenhang stellt sich die forschungsrelevante Frage, ob das Default-Netzwerk im Zustandsbild der wunscherfüllenden Imagination reziprok zu diesen Befunden mit einer erhöhten neuronalen Aktivität verknüpft ist. Wacker, Dillon und Pizzagalli (2009) wiesen bei anhedonischen Patienten nach, dass die neuronale Aktivität zentraler diencephaler Strukturen (Nucleus accumbens) des dopaminergen Belohnungssystems reduziert ist. Es ist davon auszugehen, dass diese neuronale Deaktivierung einem negativen Muster desiderativer Mentalität gleicht.

Das Lust-Unlust-Prinzip als regulatives Schema ersten Ranges

Wünschen bereitet in der Psychoanalyse nicht das Handeln vor. Vielmehr spielt das Wünschen – es sei nochmals ausdrücklich betont – gerade eine besondere Rolle, wenn Handeln nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Die mentale Fähigkeit, Wunschimaginationen zu entwickeln, hat in psychoanalytischer Sicht ihren Ursprung im Kontext der Bedürfnisregulierung und entfaltet sich im Rahmen der frühen Pflegebeziehungen. Diese Auffassung hat aktuelle Bedeutung in der Psychoanalyse. „[...]...Das Suchen von Lust und das Vermeiden von Unlust sind die stärksten Motive menschlichen Handelns, zumal dann, wenn man diese Prinzipien mit umfassenden Inhalten lustvollen und unlustvollen Erlebens ausstattet. Das Lust-Unlust-Prinzip ist ein regulatives Schema ersten Ranges“ (Thomä & Kächele, 1985, S. 29). Wunscherfüllung ist die mentale Leistung der Evokation einer Befindlichkeit, wie sie einmal spannungslösend oder im Dienst einer Positivierung des Befindens erlebt worden war (Freud, 1900, S. 571; zum begrifflichen Verhältnis von Bedürfnisbefriedigung und Wunscherfüllung Boothe, 2002; Heim, 1993, S. 464ff.; Schmidt-Hellerau, 1995, S. 112ff.). Diese mentale Leistung ist in psychoanalytischer Sicht die primäre Artikulationsform des Psychischen.

Wunscherfüllende Vorstellungen gelten in der Psychoanalyse als hedonisches Spannungsregulativ mit begrenzter Wirkung in einer Mangellage. Ihr Prinzip ist die vorübergehende Überdeckung einer unangenehmen Befindlichkeit durch eine hedonische Tonart. Die durch die hedonische Korrektur der Wunscherfüllung ermöglichte vorübergehende positive Befindlichkeitsänderung tritt nicht nur in konkreter Aussicht auf Realbefriedigung auf, sondern auch kompensatorisch, in Ermangelung der Aussicht auf Realbefriedigung (Freud, 1900, S. 555ff.). Die Situation der Wunscherfüllung stellt eine psychische Leistung der Evokation hedonischen Erlebens dar. Das Wünschen hat eine psychische und eine soziale Dimension. In der Perspektive des Psychischen ist das Wünschen die nachträgliche Evokation eines lustbringenden Erlebens im imaginären Raum, ausgehend von spezifischen Formen des Triebgenusses und der narzisstischen Bestätigung in Interaktion mit einem hochgeschätzten Objekt. Die vom Wunsch getragene Beglückungsszene wird in ihrem Beglückungswert in charakteristischer Weise überschätzt. Das Wünschen realisiert sich im Sehnsuchtsruf und im Lockruf, der an das Objekt als Freudenspender appelliert. Resignation bedeutet in Opposition dazu – radikal gesehen – psychisch abzusterben. Es handelt sich um eine psychische Verfassung, die hoffnungslosen Verlust, ohne Brücke zum Wiederfinden, zum Ausdruck bringt.

Wünsche sind nie klug. Das ist sogar das Beste an ihnen.

Charles Dickens

Literatur

- Andrews-Hanna, J., Reidler, J., Huang, C. & Buckner, R. (2010). Evidence for the default network's role in spontaneous cognition. *Journal of Neurophysiology*, 104 (1), 322-35.
- Andrews-Hanna, J. (2011). The brain's default network and its adaptive role in internal mentation. *Neuroscientist*, (Epub ahead of print).
- Arbeitskreis OPD (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber (2. Auflage).
- Bischof, M. & Bassetti, C. L. (2004). Total dream loss: A distinct neuropsychological dysfunction after bilateral PCA stroke. *Annals of Neurology*, 56, 583-586.
- Boothe, B. (2002). Looking a hundred years back: remarks on the concept of „wishing“ in psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 11, 188-197.
- Boothe, B. (2010). Das Narrativ. Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess. Stuttgart: Schattauer.
- Boothe, B. (2010a). Psychoanalyse des Wünschens. In K. Zarnegin (Hrsg.), *Die Wissenschaft des Unbewussten* (S. 213-234). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Boothe, B. (2010b). Psychoanalyse und narrative Forschung. In H. Böker (Hrsg.), *Psychoanalyse im Dialog mit den Nachbarwissenschaften* (S. 181-201). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Brandstätter, V. & Gollwitzer, P. (2005). Motivation und Volition. In A. Schütz, H. Selg & S. Lauterbacher (Hrsg.), *Psychologie* (S. 201-216). Stuttgart: Kohlhammer. (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage).

- Cole, D., Beckmann, G., Searle, G., Plisson, C., Tziotzi, A., Nichols, T., Gunn, R., Matthews, P., Rabiner, E. & Beaver, J. (2011). Orbitofrontal Connectivity with resting-state networks is associated with midbrain dopamine D3 Receptor Availability. *Cerebral Cortex*, December 19 2011 (Epub ahead of Print).
- Coutts, R. (2008). Dreams as modifiers and tests of mental schemas: an emotional selection hypothesis. *Psychological Reports*, 102, 561-574.
- Crick, F. & Mitchison, G. (1983). The function of dream sleep. *Nature*, 304, 111-114.
- Crick, F. & Mitchison, G. (1995). REM sleep and neural nets. *Brain Behavior Research*, 69, 147-155.
- Domhoff, G. (2005). Refocusing the neurocognitive approach to dreams: A critique of the Hobson versus Solms debate. *Dreaming*, 15, 3-20.
- Engelhardt, von D. (2006). Traum im Wandel – Geschichte und Kultur. In M. Wiegand, F. von Spreiti & H. Förstl (Hrsg.), *Schlaf & Traum. Neurobiologie, Psychologie, Therapie* (S. 5-16). Stuttgart: Schattauer.
- Esch, T. & Stefano, G. (2004). The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. *Neuroendocrinology Letters* 4, 25, 235-251.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung. Gesammelte Werke Band II/III*. London: Image Publishing 1968.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips. Gesammelte Werke Band XIII*, S. 1-69. London: Image Publishing 1968.
- Gollwitzer, P. M. (1996). Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition, Handlung (Enzyklopädie der Psychologie, Serie „Motivation und Emotion“*, Bd. 4, S. 531-582). Göttingen: Hogrefe.
- Gollwitzer, P., Fujita, K. & Oettingen, G. (2004). Planning and the implementation of goals. In R. Baumeister & K. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 211-228). New York: The Guilford Press.
- Grimm, G. & Boothe, B. (2007). Narratives of life: storytelling in the perspective of happiness and disaster. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 1, 137-146.
- Grimm, S., Boesiger, P., Beck, J., Schuepbach, D., Bermpohl, T., Walter, M., Ernst, J., Hell, D., Boeker, H. & Northoff, G. (2009). Altered negative BOLD responses in the default-mode network during emotion processing in depressed subjects, *Neuropsychopharmacology*, 34 (4), 932-843.
- Grimm, S., Ernst, J., Boesiger, P., Schuepbach, B., Boeker, H. & Northoff, G. (2011). Reduced negative BOLD responses in the default-mode network and increased self-focus in depression. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12 (8), 627-37.
- Heim, R. (1993). *Die Rationalität der Psychoanalyse*. Basel: Stroemfeld.
- Heckhausen, H. & Heckhausen, J. (2010). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Hermann, T. (1999). Der Wunsch zwischen Motiv und Wille. In B. Boothe (Hrsg.), *Verlangen, Begehren, Wünschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hobson, J. & McCarley, R. (1977). The brain as a dream generator: an activation-synthesis hypothesis of dreams. *American Journal of Psychiatry*, 134 (12), 1335-1348.
- Kächele, H., Albani, C., Pokorny, D. & Blaser, G. (2008). *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Köhler, T. (2007). *Freuds Psychoanalyse. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Koukkou, M. & Lehmann, D. (1983). Dreaming: The functional state-shift hypothesis: A neuropsychophysiological model. *British Journal of Psychiatry*, 142, 221-231.
- Kringelbach, M. & Berridge, K. (2011). The neurobiology of pleasure and happiness. In J. Iles & B. Sahakian (Eds.), *The Oxford Handbook of Neuroethics* (pp.15-32). New York: Oxford University Press.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktion psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2003). Handlungs- und Lageorientierung: Wie lernt man seine Gefühle zu steuern? In J. Stiensmeier-Pelster & F. Rheinberg (Hrsg.), *Tests und Trends: Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept* (S. 201-219). Göttingen: Hogrefe.
- Lewin, K. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Hans Huber.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (eds.) (1998). *Understanding transference: the core conflictual relationship theme*. Washington: American Psychological Association. (2nd edition).
- Malcolm-Smith, S., Solms, M., Turnbull, O. & Tredoux, C. (2008). Threat in dreams: An adaption? *Consciousness and cognition*, 17, 1281-1291.
- Mischel, W. & Ayduk, O. (2004). Willpower in a cognitive-affective processing system: the dynamics of delay of gratification. In R. Baumeister & K. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 99-129). New York: The Guilford Press.
- Mosch, S. (2011). Regulative Funktion des Traumes unter neuropsychanalytischer Perspektive. In B. Boothe, A. Cremonini & G. Kohler (Hrsg.), *Psychische Struktur und kollektive Praxis*. Würzburg: Königshausen & Neumann. Forthcoming.
- Moser, U. & von Zeppelin, I. (1996). *Der geträumte Traum. Wie Träume entstehen und sich verändern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Revonsuo, A. (2000). The reinterpretation of dreams: an evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 793-1121.
- Schmidt-Hellerau, C. (1995). *Lebenstrieb und Todestrieb. Libido und Lethe*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Schmidt-Hellerau, C. (2008). Wunsch, Wunscherfüllung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 849-951) (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schredl, M. (2006). Experimentell-psychologische Traumforschung. In M. Wiegand, F. von Sprei & H. Förstl (Hrsg.), *Schlaf & Traum. Neurobiologie, Psychologie, Therapie* (S. 37-74). Stuttgart: Schattauer.
- Solms, M. (1997). What is Consciousness? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 681-703.
- Solms, M. (2000). Freudian dream theory today. *Psychologist*, 3 (12), 618-619.
- Solms, M. (2002). Dreaming: Cholinergic and dopaminergic hypotheses. In E. Perry & H. Ashton, (eds.), *Neurochemistry of Consciousness: Neurotransmitters in mind. Advances in Consciousness Research*, 36, 123-131.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world. An introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York: Other Press.

- Staats, H. (2004). Das zentrale Thema der Stunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stadler, U. (1998). Von sinnlicher Begierde zu kreativem Vermögen. In B. Boothe, R. Wepfer & A. von Wyl (Hrsg.), *Über das Wünschen: ein seelisches und poetisches Phänomen wird erkundet* (S. 16-36). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. 1. Heidelberg: Springer.
- Wacker, J., Dillon, D. & Pizzagalli, D. (2009). The role of the nucleus accumbens and rostral anterior cingulate cortex in anhedonia: integration of resting EEG, fMRI and volumetric techniques, *Neuroimage*, 46 (1), 327-37
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works. Process and technique*. New York: Guilford Press.
- Wiegand, M. (2006). Neurobiologie des Träumens. In M. Wiegand, F. von Sprei & H. Förstl (Hrsg.), *Schlaf & Traum. Neurobiologie, Psychologie, Therapie* (S. 17-36). Stuttgart: Schattauer.

H. Haltenhof, G. Schmid-Ott, U. Schneider (Hrsg.)

Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag

Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen zählen zu den schwierigsten Aufgaben von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie, da die Grenzen zum Normalpsychologischen verschwimmen können. Das vergangene Jahrzehnt war allerdings durch große Fortschritte im Verständnis verursachender und aufrechterhaltender Faktoren sowie in evidenzbasierten Therapieoptionen gekennzeichnet.

Ziel des Buches ist es, an relevanten Beispielen die unterschiedlichen Aspekte von Diagnostik und Therapie der Persönlichkeitsstörungen unter klinischen Gesichtspunkten darzustellen.

Neben Abschnitten zur Begriffsbestimmung, Diagnostik, Symptomatik sowie psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepten besteht ein innovativer Ansatz darin, auch Problemfelder aufzugreifen, die in der Forschung noch umstritten oder eher vernachlässigt sind. Zentrale Beiträge beschäftigen sich mit Traumafolgen, Migrationseinflüssen, Suizidalität und Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen.

"Der Band bildet in umfassender Weise den 'state of the art' der gegenwärtigen Forschung ab und ist ausgesprochen praxisnah geschrieben" (Harald J. Freyberger).

356 Seiten, ISBN 978-3-89967-517-7, Preis:30,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de

www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Affektive Intentionalität, die fundamentale Begründbarkeit unserer Emotionen und die Unbeschreibbarkeit des depressiven Erlebens

H. Andrés Sánchez Guerrero

Zusammenfassung

Das affektive Erleben in der Depression scheint oft nur noch metaphorisch erfasst werden zu können. Das könnte man zum Teil darauf zurückführen, dass die Betroffenen bei der Beschreibung ihrer Gemütslage ihre Aufmerksamkeit auf affektive Erfahrungsstrukturen richten, die nicht-emotionaler (bzw. nicht-intentionaler) Natur sind. Im Anschluss an eine Erläuterung der besonderen Rolle, die diese affektiven Strukturen bei der Stiftung von Sinn und Bedeutsamkeit spielen, werde ich in diesem Aufsatz dafür argumentieren, dass aufgrund der lediglich präintentionalen Verfassung jener Gefühle, die den Kern des depressiven Befindens ausmachen, wir eigentlich nicht genau sagen können, wie eine nicht-metaphorische Darstellung des affektiven Erlebens in der Depression aussehen könnte. Um den Grund des Problems zu verdeutlichen, werde ich in einem ersten Schritt die Intelligibilitätsart diskutieren, die für Emotionen (jedoch nicht für Stimmungen) typisch ist.

Schlüsselwörter

Affektive Intentionalität, evaluative Perspektive, emotionale Antwort, depressives Erleben, existenzielle Gefühle, Befindlichkeit.

Einleitung

Philosophen aller Zeiten haben menschliche Emotionen als *intentionale Zustände* konzipiert, d.h. als Zustände, von denen man typischerweise behaupten kann, sie seien in einem bestimmten Sinn *auf etwas gerichtet*.¹ In dem Sinn nämlich, dass wir in der Regel ziemlich konkrete *Weltbegebenheiten* beschreiben können, *von denen unse-*

¹ Der scholastische Fachausdruck »Intentionalität« ist natürlich nicht immer verwendet worden, um auf die objektbezogene Natur typischer menschlicher Emotionen zu referieren.

*re Emotionen handeln.*² In diesem Beitrag versuche ich zu erklären, inwieweit diese Einsicht bezüglich der objektbezogenen Natur typischer Emotionen mit dem vermeintlich unbeschreibbaren Charakter des depressiven Erlebens – so wie dieses Erleben in den zahlreich veröffentlichten Krankheitsnarrativen depressiver Individuen dargestellt wird (vgl. z.B. Kuiper, 1995; Solomon, 2001; Styron, 1992; Thompson, 1995 und Wurtzel, 1996) – in Verbindung zu bringen ist. Ich werde argumentieren, dass viele dieser Berichte uns (und den Betroffenen selbst) u.a. deshalb metaphorisch erscheinen, weil wir sie in Hinsicht auf ihre Darstellungsadäquatheit nach dem Richtmaß der Intelligibilitätsart beurteilen, die für Emotionen typisch ist. Das ist insofern unangebracht, als es bei diesen Darstellungen in der Regel um Beschreibungen von *Stimmungslagen* geht und nicht um Beschreibungen von Emotionen. Um den Hintergrund des Problems zu verdeutlichen, werde ich zunächst erläutern, inwieweit die tradierte philosophische Auffassung, wonach menschliche Emotionen als intentionale Zustände zu verstehen sind, mit einem Aspekt unseres vortheoretischen Verständnisses des menschlichen affektiven Lebens verbunden ist: Wir verstehen unsere Emotionen im Alltag als *im Grunde* begründbare persönliche Antworten.

Affektive Intentionalität und die fundamentale Begründbarkeit unserer Emotionen

Emotionen sind traditionellerweise als *passive Reaktionen* verstanden worden. Da aber nicht jeglicher Umstand uns dazu verleiten kann, in jener spezifischen Form zu reagieren, die wir eine *emotionale* Reaktion nennen, haben schon die antiken Philosophen jene Sachlagen, die eine Emotion hervorzurufen vermögen, als Situationen begriffen, die für das Subjekt des in Frage kommenden Erlebens und Reagierens *von Bedeutung sind*. Bereits an dieser Stelle könnte man somit behaupten, dass sich die Idee eines affektiven Objektbezugs nicht in der eher unproblematischen Einsicht erschöpft, Emotionen würden in der Regel durch weltliche Vorkommnisse *hervorrufen*. Akzeptieren wir aber diesen negativen Befund, so drängt sich uns die Frage auf, was der Begriff einer *genuin affektiven Intentionalität* eigentlich zu erfassen sucht.³ Indem ich im Folgenden die Art und Weise thematisiere, wie wir im Alltag mittels Verweise auf Emotionen das Verhalten einer Person (auch das eigene) nachvollziehbar machen, werde ich diese Frage zu beantworten versuchen.

Ich möchte zunächst auf einen wesentlichen und eigentlich längst erkannten Charakter unserer deutenden Verweise auf Emotionen aufmerksam machen: Alltägliche Deutungen menschlichen Verhaltens, die von emotionalem Vokabular Gebrauch

² Man muss erwähnen, dass diese Auffassung unserer Emotionen lange Zeit Gegenstand heftiger Diskussionen gewesen ist. Der Punkt ist also nicht, dass *alle* Philosophen sich immer darüber einig gewesen sind, dass unsere Emotionen intentionaler Natur sind. Vielmehr möchte ich betonen, dass diese Ansicht bezüglich der objektbezogenen Verfassung menschlicher Emotionen als eine ziemlich alte Ansicht zu betrachten ist.

³ Bezüglich der Idee einer affektiven Intentionalität siehe die Beiträge in Slaby et al. (2011).

machen, verweisen in der Regel (aber häufig nur implizit) auf mehr oder minder nachvollziehbare Evaluationen.⁴ So können wir eine eher reflexartige Reaktion normalerweise dadurch hinreichend erklären, dass wir auf ihre *weltliche Ursache* hinweisen. Bei der Erklärung eines angeblich emotionalen Verhaltens hingegen müssen wir uns oft darüber hinaus darum bemühen, gewisse *Gründe sichtbar zu machen*. Diese Gründe sind nicht nur dazu bestimmt, darüber Auskunft zu geben, weshalb *diese Person in dieser bestimmten Art und Weise auf diese Situation* reagiert hat. Vielmehr dienen sie dazu, die *Angemessenheit* des relevanten emotionalen Verhaltens zu belegen. Und zwar indem sie deutlich machen, inwieweit diese Form des Auf-etwas-Antwortens vor dem Hintergrund der *im Großen und Ganzen* einheitlichen und kohärenten evaluativen Perspektive des Betroffenen für *sinnvoll* zu halten ist.⁵

Als erstes Teilergebnis unserer Diskussion können wir somit Folgendes festhalten: Der *normativ verfasste* Raum des Begründbaren, und nicht der durch *bloße Gesetzmäßigkeiten* strukturierte Raum der »Natur«, scheint im Alltag als der »eigentliche Ort« des emotionalen Erlebens und Reagierens verstanden zu werden – zumindest was die Emotionen erwachsener Menschen anbelangt.⁶ Dieses Teilergebnis möchte ich in Bezug auf eine spezifische Rolle, die unsere deutenden Verweise auf Emotionen häufig spielen, weiter untermauern.

Ziemlich oft machen wir unser Verhalten (oder das Verhalten einer anderen Person) auf eine ganz spezifische Art und Weise nachvollziehbar, indem wir von emotionalem Vokabular Gebrauch machen. Man könnte sagen, dass in diesen Situationen unser Verweis auf eine bestimmte Emotion das in Frage stehende Verhalten zu einer *Handlung* werden lässt.⁷ Man denke etwa – um auf ein, weil dramatisch, sehr illustratives Beispiel zurückzugreifen – an einen Mord, der kraft des Verweises auf die Eifersucht des Täters verständlich (doch nicht notwendigerweise moralisch oder rechtlich legitim) gemacht werden kann; und zwar als Handlung nachvollziehbar. In diesen Situa-

⁴ Im Kontext der gegenwärtigen analytisch-philosophischen Debatte über Emotionen hat uns Errol Bedford (1957) als erster darauf aufmerksam gemacht, dass unser emotionales Vokabular auf evaluative Einstellungen verweist.

⁵ Für diese gewiss voraussetzungs- und implikationenreiche Auffassung unserer menschlichen emotionalen Reaktionen hat m.E. Bennett Helm (2001) in jüngster Zeit am überzeugendsten argumentiert.

⁶ Hier mache ich von einer Unterscheidung Gebrauch, die John McDowell (1994) berühmt gemacht hat, und welche auf Wilfrid Sellars zurückzuführen ist. Ich meine natürlich die Unterscheidung zwischen »the logical space of reason« und »the logical space of nature«. Eine Annahme ist hier aber, dass diese Unterscheidung nicht grundsätzlich unsere Alltagserklärungen von jenen Erklärungen differenziert, die von der Wissenschaft geliefert werden. Zwecks des Liefers einer Erklärung verorten wir im Alltag, gewisse Phänomene im logischen Raum der Gründe und andere im Raum der Naturgesetze.

⁷ Sowohl Anthony Kenny ([1963] 2003) als auch Peter Goldie (2000) sprechen in diesem Kontext von einer »action out of emotion«. Meine Formulierung hier könnte den Eindruck erwecken, dass ich der Auffassung bin, dass unsere verhaltensdeutenden Anwendungen emotionalen Vokabulars das in Frage stehende Verhalten *ex post facto* zu einer Handlung machen. Oft ist es aber umgekehrt: Weil wir dieses Verhalten bereits als eine Handlung verstanden haben, finden wir es angebracht, im Rahmen unseres Deutens von emotionalem Vokabular Gebrauch zu machen.

tionen behaupten wir meistens, dass die in Betracht gezogene Emotion die zu erklärende Handlung *motiviert* hat, und nicht, dass diese jene *verursacht* hat.

Was ich im Blick habe, sind aber recht gewöhnliche verhaltensdeutende Behauptungen, die *gerade deshalb, weil sie emotionales Vokabular einschließen*, uns dazu bringen, einen Deutungs- bzw. Erklärungsraum zu betreten, der durch Beziehungen *normativ-begrifflicher* (und nicht *bloß kausaler*) Art strukturiert ist. Wenn wir z.B. von einer Person behaupten, sie habe Angst vor dem Hund ihres Nachbarn, schaffen wir im Zuge dieser Behauptung Raum für eine Reihe von mehr oder minder plausiblen Vermutungen, die Emotionen bestimmter anderer Typen betreffen. Ich meine Vermutungen wie »sie sollte *erleichtert* sein, dass der Hund immer an der Leine geführt wird« oder »sie wird sich bestimmt darüber *freuen*, dass die Besitzer des Hundes das Stadtviertel verlassen haben«.

Die Tatsache, dass man, gegeben ein bestimmter Kontext, ziemlich konkrete und rational nachvollziehbare Vermutungen anstellen kann – Vermutungen, die sich auf weitere Emotionen beziehen –, macht eine besondere Erwartungsstruktur sichtbar, welche den Raum des emotionalen Lebens des Menschen (bzw. die Beziehungen, die zwischen menschlichen Emotionen verschiedener Art bestehen) organisiert. Dabei geht es, könnte man sagen, um eine Erwartungsstruktur, die uns *erst* ermöglicht, zwecks der Deutung bzw. Erklärung menschlicher Handlungen von emotionalem Vokabular Gebrauch zu machen.

Wichtig ist hier Folgendes zu erkennen: Diese Erwartungsstruktur ist definitiv nicht solcher Natur, dass wir das Nicht-Auftreten der erwarteten Reaktion für *gesetzverletzend* halten würden. Wir gehen nicht davon aus, dass eine emotionale Reaktion mit *nomologischer* Notwendigkeit zu erfolgen hat. So wird die Struktur, um die es hier geht, oft eher damit zum Ausdruck gebracht, dass darauf hingewiesen wird, dass die in Frage stehende Person unter diesen Umständen so und so hätte handeln (bzw. emotional reagieren) *sollen*.

Auf dieser besonderen Art der Notwendigkeit, auf welche mit dem Wort »sollen« hindeuten ist, beruht eine ganz besondere Möglichkeit, die wir Menschen bei der Charakterisierung unserer Emotionen haben: Wir können meistens eine in Frage stehende Emotion als eine *angebrachte* bzw. *verhältnismäßige* (oder vielleicht eher unangebrachte bzw. unverhältnismäßige) *persönliche Antwort* charakterisieren (vgl. Goldie, 2000, S. 23). Eine emotionale Reaktion, um es auf den Punkt zu bringen, kann uns (in Anbetracht einer bestimmten Sachlage) als mehr oder minder *gerechtfertigt* erscheinen.⁸ Menschliche Emotionen, um es etwas anders auszudrücken, kommen erst dann *als solche* zum Vorschein, wenn wir eine spezifische Perspektive eingenommen haben. Dabei geht es um eine Perspektive, aus welcher wir uns auf eine Reihe

⁸ Wie oben (im Haupttext) angedeutet, geht es hier nicht um moralische, sondern lediglich um rationale Rechtfertigung.

von menschlichen Reaktionen anderer Arten (wie etwa Reflexe) normalerweise nicht beziehen; nämlich um eine grundsätzlich normativ strukturierte Perspektive.⁹

Nun, was hat dies mit der Idee zu tun, dass Emotionen intentionale Zustände sind? Diese Frage möchte ich mit folgendem Argument beantworten: Die Behauptung, dass unsere Emotionen nicht bloß weltbezogene Zustände sind (wie reflexartige Reaktionen es in einem gewissen Sinn auch sind), sondern sich darüber hinaus in einer *genuin intentionalen* Weise auf Weltbegebenheiten beziehen, kann ähnlich begründet werden wie die Annahme, Emotionen seien im Grunde sinnvolle (bzw. begründbare) Reaktionen. Und zwar mit dem Argument, dass eine Emotion sich typischerweise als ein Zustand verstehen lässt, der eine bestimmte Sachlage als eine Situation präsentiert, die einer Antwort einer bestimmten Art *würdig ist*. Um diesen Gedanken zu erläutern, werde ich im Folgenden die vielschichtige intentionale Struktur einer »paradigmatischen« Emotion darlegen.¹⁰

Am besten setze ich hier an einer bereits angedeuteten These an: Emotionen sind nicht bloß in *kausaler*, sondern grundsätzlich in *konzeptueller* Weise auf ihre jeweiligen intentionalen Objekte bezogen. Anthony Kenny ([1963] 2003) hat zu Beginn der gegenwärtigen Debatte über die intentionale Verfassung menschlicher Emotionen diese Einsicht wie folgt zum Ausdruck gebracht: »One cannot be afraid of just anything, nor happy about anything whatsoever« (S. 134). Kennys Punkt ist hier, dass das Objekt unseres emotionalen Empfindens uns in einer bestimmten Form erscheinen können *muss* (im Fall der Angst z.B. als ein bedrohliches Objekt). Das ist eine Bedingung dafür, dass wir behaupten *können*, bei dem empfundenen Gefühl handle es sich um ein Gefühl von dieser oder jener emotionalen Sorte (um ein *Angstgefühl* in diesem Fall).

Im Anschluss an diese Überlegung sind im Laufe der aktuellen Debatte eine Reihe von Fachbegriffen eingeführt worden, die uns erlauben besser zu verstehen, (1) inwiefern man von einer typischen Emotion behaupten kann, dass diese von einem bestimmten Sachverhalt *handelt* (und nicht bloß von einem konkreten Vorkommnis verursacht worden ist), und (2) inwiefern das, was eine gegebene Emotion von einer Emotion einer anderen Art unterscheidet, in einer bestimmten Hinsicht genau das ist, wovon diese handelt. Ich möchte diese Fachbegriffe im Folgenden kurz erläutern.

Kenny hat uns zunächst darauf aufmerksam gemacht, dass die intentionale Natur einer Emotion sich nicht darin erschöpft, dass Emotionen typischerweise ein *Zielobjekt* (im Englischen: *target*) haben. Denn der bloße Hinweis auf das partikuläre Objekt einer bestimmten Emotion (der Hund des Nachbarn in unserem Beispiel) lässt uns nicht bestimmen, um was für eine Emotion es sich dabei handelt. So wurde der

⁹ Diese Perspektive weist gewiss eine Reihe von Eigentümlichkeiten auf. Sie ist aber alles andere als außergewöhnlich.

¹⁰ Hinsichtlich der Vielschichtigkeit der Intentionalität unserer menschlichen Emotionen siehe Helm (2011).

scholastische Begriff des *formalen Objekts* von Kenny in die gegenwärtige Debatte eingeführt, um auf jene Eigenschaft oder Qualität zu referieren, die *im emotionalen Erleben* dem relevanten Objekt gewissermaßen *zugeschrieben wird*. Man kann z.B. von einem Gefühl, das als Angstgefühl charakterisiert werden darf, behaupten, es präsentiere sein Zielobjekt als ein bedrohliches Objekt; als ein Objekt, das »dem Fürchten würdig ist«. »Das Bedrohliche« *als solches* kann des Weiteren als das formale Objekt eines jeden Angstgefühls bestimmt werden.

Dieser Unterscheidung zwischen Zielobjekt und formalem Objekt zufolge können wir nun eine Emotion als einen Zustand betrachten, der *insofern* von etwas handelt, als dieser uns sein Zielobjekt als ein Objekt vorstellt, *dem eine bestimmte evaluative Eigenschaft zukommt*. Und die Pointe ist, dass wir nur in Anbetracht dieser evaluativen Eigenschaft, die durch das für diese *Art* von Emotion spezifische formale Objekt erfasst wird, beurteilen können, ob die relevante Situation die in Frage stehende Antwort »verdient« bzw., ob diese Emotion gerechtfertigt ist oder nicht. Um es anders auszudrücken: Indem wir uns auf eine emotionale Reaktion in Hinblick auf ihre Angemessenheit (und in Anbetracht ihres formalen Objekts) *bewertend* beziehen – und, obwohl es dabei meistens um ein *vorthematisches* Bewerten geht, könnte man behaupten, dass dies die Weise ist, in der wir uns im Alltag in der Regel auf menschliche Emotionen beziehen –, deuten wir das in Frage stehende Verhalten als das Resultat einer mehr oder minder nachvollziehbaren impliziten Wertschätzung, welche eine konkrete evaluative Perspektive voraussetzt.

Die Nachvollziehbarkeit einer emotionalen Antwort – wie wir die zu analysierenden Reaktionen charakterisiert haben – beruht somit auf der Durchschaubarkeit der Beziehung, die zwischen dem Zielobjekt und dem formalen Objekt der in Frage stehenden Emotion besteht. So könnte unsere Angst vor dem Hund des Nachbarn dann *unmittelbar* verständlich sein, wenn das Tier bestimmte Eigenschaften haben würde, die es erlauben, zu behaupten, es sei gefährlich. Sollte es sich aber bei diesem Hund um einen kleinen, alten Poodle handeln, könnten wir uns gezwungen sehen, unsere Angst anhand einer plausiblen narrativen Darstellung ihrer nicht offensichtlichen Motive erst nachvollziehbar zu machen.

Selbst dann, wenn wir vom Hund des Nachbarn problemlos behaupten könnten, dieser weise bestimmte Eigenschaften auf, die ihn zu einem gefährlichen Tier machen, dürften wir von einer Begegnung mit diesem Hund nicht immer ohne Weiteres behaupten, diese sei eine »unserem Fürchten würdige« Situation. Denn die Antwort auf die Frage, ob unsere *persönliche* Angst angebracht ist oder nicht, hängt z.B. davon ab, in welchem Maß wir fähig sind (oder im Prinzip fähig wären), mit solch einer Begegnung umzugehen. Worauf ich hiermit aufmerksam machen möchte ist nicht nur, dass wir erst dann eine emotionale Antwort als gerechtfertigt bzw. ungegerechtfertigt betrachten können, wenn wir eine bestimmte einheitliche evaluative Perspektive voraussetzten. Der Punkt ist vielmehr, dass die Idee einer solchen Perspektive von der Idee eines vorthematischen und standpunktbestimmenden evaluativen Selbstbezugs kaum zu trennen ist. Wir sind aber noch nicht im Stande, den »Grund«

der fundamentalen Begründbarkeit unserer Emotionen vollständig zu charakterisieren.

Anhand des folgenden Beispiels macht uns Bennett Helm (2001) auf eine weitere Grundlage der Intelligibilität unserer emotionalen Reaktionen aufmerksam:

[M]y fear of earthquakes and my anger at you for throwing the baseball in the house are both made intelligible in light of the import my prize Ming vase has for me, for it is this vase that the earthquake threatens and it is in virtue of your callous disregard for the vase that you offend me. (S. 69)

Um auf das intentionale *Hintergrundobjekt* zu referieren (die Ming Vase in diesem Beispiel), dessen Bedeutsamkeit (was Helm »import« nennt) die in Frage stehende emotionale Wertschätzung *gänzlich* nachvollziehbar macht, führt Helm den Begriff des *Fokus* einer Emotion ein.

Zusammenfassend können wir nun versuchen, ein einheitliches Bild der vielschichtigen intentionalen Struktur typischer Emotionen zu liefern. Die objektbezogene Natur einer typischen Emotion kann als eine Sache des Vermögens dieses Zustands verstanden werden, einen bestimmten Aspekt seines Zielobjekts zu erschließen, dergestalt dass dieses Zielobjekt im affektiven Empfinden als ein Objekt vorgestellt wird, dem eine bestimmte evaluative Eigenschaft zukommt. Diese Eigenschaft, die durch das formale Objekt der relevanten Emotion bestimmt wird, wird erst im Lichte der Bedeutsamkeit vollkommen verständlich, die der Fokus dieser Emotion für die relevante Person (qua Subjekt einer intelligiblen evaluativen Sicht der Welt) hat. Und zwar insofern, als man durch Hinweis auf diese Bedeutsamkeit hinreichend begründen kann, inwiefern die relevante Situation einer persönlichen Antwort *genau* dieser Art würdig ist.

Sinn und Zweck dieser Analyse ist es aber, eine bestimmte Behauptung plausibel zu machen. Diese lautet: Die vollständige Charakterisierung der komplexen intentionalen Struktur einer typischen menschlichen Emotion bringt eine fundamentale Tatsache ans Licht, nämlich, dass eine ausführliche Beschreibung dessen, wovon eine gegebene Emotion handelt, mit der Beschreibung dessen zusammenfällt, was aus dieser Reaktion eine angemessene evaluative Antwort macht. Anders ausgedrückt: Die Art von Sinnhaftigkeit, die für eine Emotion typisch ist, lässt sich von der intentionalen Verfassung gar nicht trennen, die für jene Arten der menschlichen Befindlichkeit, die wir Emotionen nennen, ebenfalls typisch ist. Auf dem Hintergrund dieser Einsicht können wir uns nun dem unbeschreibbaren Charakter des depressiven Erlebens zuwenden.

Die Unkommunizierbarkeit des depressiven Erlebens und die eigentümliche phänomenologische Rolle unserer Stimmungen

Wer sich beim Versuch, die Natur des depressiven Erlebens phänomenologisch zu bestimmen, der veröffentlichten autobiographischen Berichte bedient, die diese Gemütslage zu erfassen versuchen, der stößt ziemlich schnell auf Äußerungen, die

die unbeschreibbare Eigenart dieses Erlebens anzeigen, bzw. auf Beschreibungen, die häufig einen hochgradig metaphorischen Charakter aufweisen. So schreibt z.B. William Styron (1992) an einer oft zitierten Stelle seines Bestsellers *Darkness Visible*: »To most of those who have experienced it, the horror of depression is so overwhelming as to be quite beyond expression, hence the frustrated sense of inadequacy found in the work of even the greatest artists« (S. 83). Mehrere Seiten zuvor charakterisiert er dieses Erleben, das er aller Unbeschreibbarkeit zum Trotz so detailliert wie möglich in Worte zu fassen versucht, als eines, das »close to, but indescribably different from, actual pain« (S. 16) sein soll. Etwas weiter unten ergänzt Styron diese Charakterisierung des depressiven Befindens wie folgt: »the pain is most closely connected to drowning or suffocation—but even these images are off the mark« (S. 17).

Im letzten Abschnitt dieses Beitrags möchte ich in Hinblick auf die angesprochene Unkommunizierbarkeit des depressiven Erlebens bzw. auf den figurativen Charakter der Beschreibungen depressiver Individuen, und im Anschluss an unsere vorherige Diskussion, einen doppelten Vorschlag machen. Dieser lautet: (1) Der metaphorische Charakter der autobiographischen Beschreibungen depressiver Individuen, der mit der vermeintlichen Unbeschreibbarkeit des depressiven Daseins eng verbunden sein dürfte, lässt sich zum Teil in Bezug auf einen fundamentalen Charakter unserer Stimmungen erklären. Gemeint ist hier die *relativ unvollständige Intelligibilität unseres Gestimmtseins*.¹¹ (2) Der wesentliche Charakter unserer Stimmungen, auf den ich hier mit dem Ausdruck »relativ unvollständige Intelligibilität« hinzuweisen suche, lässt sich wiederum auf die ganz besondere phänomenologische Rolle zurückführen, die diese affektiven Zustände bei der Konstitution unseres sinnhaften intentionalen Weltbezugs spielen.

Zu diesem Zweck möchte ich zunächst auf eine Partikularität unserer Verwendung *nicht-emotionalen affektiven Vokabulars* aufmerksam machen. Ich beziehe mich hier auf eingebürgerte verhaltensdeutende Aussagen, die auf Gemütszustände wie etwa Ruhelosigkeit, Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit, Ängstlichkeit, Bitterkeit, Feindseligkeit, Reizbarkeit, Euphorie, Getriebenheit, Heiterkeit oder Gelassenheit verweisen. Die Eigentümlichkeit dieser Verweise, die ich im Blick habe, kann – um auf unsere Diskussion im vorherigen Abschnitt zurückzukommen – wie folgt zum Ausdruck gebracht werden: Indem wir zwecks der Erklärung eines bestimmten Verhaltens auf eine Stimmung referieren, betreten wir nicht in eins jenen normativ verfassten Raum des Begründbaren, auf den ich oben hingewiesen habe. Darin unterscheiden sich unsere erklärenden Verweise auf Stimmungen von unseren handlungsdeutenden Verweisen auf Emotionen.

Es ist definitiv nicht zu leugnen, dass wir anhand des Verweises auf eine bestimmte Stimmung ein konkretes Verhalten oft zu erklären (bzw. gewisse Prognosen hinsicht-

¹¹ Der Ausdruck »relativ unvollständige Intelligibilität unseres Gestimmtseins« ist nicht wirklich passend, denn man sollte eher von einer *anderen Intelligibilitätsart* sprechen – und nicht von einer *eingeschränkten Intelligibilität*. Man kann aber von diesem Ausdruck *provisorisch* Gebrauch machen.

lich künftigen Verhaltens des Betroffenen aufzustellen) vermögen. So könnte jemand in einer gegebenen Situation problemlos behaupten, die in Frage stehende Person habe *deshalb* so und so gehandelt, *weil* sie z.B. euphorisch war. Und man kann (unter Umständen) eine Reihe von Handlungen einer konkreten Person z.B. auf ihre vorübergehende Reizbarkeit *zurückführen*.

Es ist also gewiss so, dass wir die Frage, warum eine bestimmte Person so und so gehandelt hat, häufig dadurch beantworten können, dass wir auf die allgemeine Befindlichkeitslage des relevanten Individuums aufmerksam machen. Wichtig ist aber zu erkennen, dass sich solch ein Verweis in Hinblick auf sein Erhellungsvermögen kaum von Behauptungen wie z.B. »sie war zu diesem Zeitpunkt betrunken« oder »sie hat die letzte Nacht gar nicht geschlafen« unterscheidet. Denn bei all diesen Versuchen, das Verhalten einer Person zu erklären, geht es gleichermaßen darum, die handelnde Person von gewissen Erwartungen teilweise (und meistens nur vorübergehend) zu entlasten. Es geht also eher darum, die in Frage stehende Person von etwas *freizusprechen*, und nicht darum, ihr Verhalten in solch einer Weise zu beleuchten, dass dieses Verhalten *aufgrund dieses Verweises* in der Kommunikation den Charakter einer Handlung gewinnt.¹²

Diese Eigentümlichkeit unserer kommunikativen Verweise auf Stimmungen lässt sich mit einer bestimmten (und auch längst erkannten) Eigenschaft dieser affektiven Zustände in Verbindung bringen: Stimmungen unterscheiden sich u.a. dadurch von Emotionen, dass sie typischerweise als *nicht-intentionale* Zustände zu verstehen sind. So lässt sich oft die niedergeschlagene, euphorische oder gereizte Stimmung, in der sich jemand befindet, durch Hinweis auf ein bestimmtes Ereignis erklären (z.B. dass diese Person ihre Arbeitsstelle verloren hat). Es lässt sich aber schwer von einer Stimmung behaupten, sie *handle* vom relevanten Ereignis in derselben Weise, in der eine Emotion typischerweise von ihrem intentionalen Objekt handelt. Denn eine Stimmung stellt uns nicht das angeblich bedeutsame Ereignis als ein Ereignis vor, dem eine bestimmte evaluative Eigenschaft zukommt, aufgrund der dieses konkrete Vorkommnis, wie ich es oben ausgedrückt habe, einer Antwort einer bestimmten Art würdig wäre. Vielmehr »färbt« eine Stimmung die Gesamtheit unserer objektbezogenen Erfahrungen in einer mehr oder minder bestimmten Weise.

Es ist in diesem Kontext, dass unser Eindruck, die autobiographischen Beschreibungen depressiver Individuen seien »bloß figurative« Darstellungen, sich *zum Teil* als ein Effekt dessen verstehen lässt, was ich oben die fundamentale Begründbarkeit unserer Emotionen genannt habe. Meine Grundüberlegung ist ziemlich einfach und

¹² Man könnte gewiss meinen, dass die angesprochenen Verweise auf Stimmungen, was ihre verhaltensklärende Kraft anbelangt, deswegen von Verweisen auf Konditionen wie Müdigkeit oder Berauschtigkeit nicht zu unterscheiden sind, weil diese Konditionen normalerweise mit bestimmten Gemütszuständen einhergehen, die letzten Endes dem entsprechen würden, was das relevante Verhalten erklärt. Wichtig ist aber zu erblicken, dass selbst wenn dies zutrifft, man behaupten kann, dass all diese Zustände – und das unterscheidet sie von typischen Emotionen – im besten Fall in rein kausaler (und nicht in konzeptueller) Weise mit den in Frage stehenden Handlungen verbunden sind.

kann wie folgt formuliert werden: Eine beliebige Beschreibung eines bestimmten Sachverhalts (und das gilt auch für die Beschreibung eines persönlichen Befindens) kann erst dann als eine Metapher oder als eine inadäquate Darstellung dieses Sachverhalts (bzw. dieses Befindens) betrachtet werden, wenn man die Möglichkeit einer weiteren Beschreibung *voraussetzt*, die als nicht-metaphorische bzw. als adäquate Darstellung des Darzustellenden anzusehen wäre.

Viele der Versuche, die depressive Gemütslage zu beschreiben, so könnte man in diesem Kontext behaupten, erscheinen uns deshalb als vage, inadäquate oder metaphorische Beschreibungen dessen, was zu Charakterisieren gilt, weil wir *einfach davon ausgehen*, dass unsere momentane Befindlichkeit sich *eigentlich* präziser charakterisieren lässt. Was besagt hier aber die Behauptung, unsere momentane Befindlichkeit lasse sich *eigentlich* präziser charakterisieren? Was genau erwarten wir von einer Beschreibung unseres affektiven Befindens? Man könnte meinen, dass wir in der Regel davon ausgehen, dass ein affektiver Zustand in einer grundsätzlich *begrifflich-normativen* Weise zu (1) weltlichen Begebenheiten, (2) anderen affektiven Zuständen, (3) bestimmten Handlungen, und (4) psychischen Episoden nicht affektiver Natur (wie z.B. Überzeugungen, Absichten und Wünschen) verbunden ist.

Worauf diese Annahme gründen könnte, lässt uns unsere Diskussion im ersten Abschnitt dieses Aufsatzes leicht erkennen: Wir setzen wahrscheinlich die fundamentale Begründbarkeit, die für unsere alltäglichen *intentionalen* affektiven Reaktionen (d.h. für unsere emotionalen Antworten) typisch ist, als Standard der Intelligibilität eines jeden affektiven Zustands voraus. Das ist aber insofern unangebracht, als die phänomenologische Rolle, die unsere Stimmungen bei der Konstitution unseres Weltbezugs (bzw. bei der Konstitution von Sinn und Bedeutsamkeit im welterschließenden Erleben) spielen, eine fundamental andere ist (im Vergleich zu jener, die unsere Emotionen spielen). Zum Schluss möchte ich noch kurz erläutern, inwiefern man das behaupten kann, und zwar dergestalt, dass ich damit die *präintentionale* Verfassung typischer Stimmungen thematisiere. Bei der Charakterisierung der eigentümlichen phänomenologischen Rolle, die unsere Stimmungen spielen, werde ich mich grundsätzlich von einem Vorschlag Matthew Ratcliffes bedienen.

Auf Heideggers »Befindlichkeitstheorie« zurückgreifend argumentiert Ratcliffe (2008), dass gewisse Empfindungen, auf die im Alltag oft hingewiesen wird, nicht als intentionale affektive Erfahrungen zu verstehen sind, sondern eher, wie er es zum Ausdruck bringt, als »ways of finding oneself in a world« (S. 2). Was Ratcliffe im Blick hat, sind Zustände, die im Alltagsdiskurs zwar als Gefühle charakterisiert werden, die aber keiner Emotion im eigentlichen Sinn entsprechen (z.B. Gefühle der Vertrautheit, Geborgenheit, Entfremdung oder Distanziertheit).¹³ Ratcliffe spricht in diesem Kontext von *Hintergrundorientierungen*, die sämtliche unserer konkreten (intentionalen) Erfahrungen vorstrukturieren bzw. ermöglichen. Um auf diese in der gegenwärtigen

¹³ Für eine ausführlichere Liste dieser Gefühle siehe Ratcliffe, op. cit., S. 56.

philosophischen Debatte vernachlässigten Gefühlen zu referieren, prägt Ratcliffe den Begriff der *existenziellen Gefühle* (im Englischen: *existential feelings*).

Ratcliffes existenzielle Gefühle lassen sich insofern als *affektive Strukturen des Erlebbaren* verstehen, als sie gewissermaßen jene »Welt« bestimmen, in welcher wir uns *bereits befinden*, wenn wir »Innerweltlichem« begegnen, d.h., wenn uns konkrete weltliche Vorkommnisse dazu verleiten, ein spezifisches *objektbezogenes* Erleben zu haben. Ratcliffe erläutert diesen Gedanken in Bezug auf Heideggers berühmte These, wonach manches Seiende sich im Alltag in solch einer Weise »bekundet«, dass wir *unmittelbar* bestimmte Möglichkeiten erfassen, wie mit ihm umzugehen ist (vgl. Ratcliffe, op. cit., S. 42ff). In diesem Kontext hebt Ratcliffe den Umstand hervor, dass den erfassbaren Möglichkeiten des Umgangs mit dem, was wir im Alltag begegnen, folgende Voraussetzung zugrunde liegt: Wir müssen diesem Begegneten als ein Für-uns-immer-schon-Bedeutsames begegnen. So konzipiert Ratcliffe diesen affektiven Hintergrund, um den es bei den existenziellen Gefühlen geht, als einen *bedeutsamkeitsstiftenden* Hintergrund. Im Folgenden gehe ich von der Annahme aus, dass dies auch für jene nicht-intentionale Gemütszustände gilt, die wir im Alltag Stimmungen nennen.

Präintentionaler Natur sind all diese affektiven Zustände insofern, als sie einerseits als Teil der *Struktur* des (intentionalen) Erlebens zu betrachten sind, andererseits aber nicht als im eigentlichen Sinn objektbezogene Gefühle zu verstehen sind. In Hinsicht auf ihre welterschließende Rolle sind sie deshalb nicht mit jenen affektiv-evaluativen Zuständen anzugleichen, die den oben erwähnten Raum des Begründbaren mitkonstituieren, d.h. mit typischen menschlichen Emotionen. Man müsste sie eher als eine Bedingung der Möglichkeit des Bestehens eines solchen emotionalen Raums betrachten.

Die These ist nun: Das affektive Erleben in der Depression erscheint den Betroffenen oft deshalb schwer beschreibbar, weil sie bei der Charakterisierung ihres Befindens ihre Aufmerksamkeit auf gefühlsmäßige Erfahrungsstrukturen richten, die lediglich präintentionaler Natur sind, d.h. auf Gefühle, die nicht in derselben Weise intelligibel sind, wie typische Emotionen es sind. Die Pointe dieser Überlegung ist aber: Obwohl den Gefühlen (Stimmungen), die den Kern des depressiven Befindens ausmachen, bei der Stiftung von Sinn und Bedeutsamkeit im depressiven Erleben eine phänomenologisch fundamentale Rolle zukommt, können wir nicht genau sagen – und dies aufgrund der Tatsache, dass diese Gefühle sich nicht als Konstituenten eines normativ strukturierten Interpretationsraums verstehen lassen –, wie eine adäquate bzw. nicht-metaphorische Beschreibung des depressiven Erlebens aussehen könnte.

Literatur

Bedford, E. (1957). Emotions. Proceedings of the Aristotelian Society, 57, 281-304.

Goldie, P. (2000). The emotions: A philosophical exploration. Oxford: Clarendon Press.

- Helm, B. W. (2001). *Emotional reason: Deliberation, motivation, and the nature of value*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Helm, B. W. (2011). Affektive Intentionalität: Holistisch und vielschichtig. In J. Slaby, A. Stephan, H. Walter & S. Walter (Hrsg.), *Affektive Intentionalität. Beiträge zur welterschließenden Funktion der menschlichen Gefühle* (S. 72-99). Paderborn: Mentis.
- Kenny, A. ([1963] 2003). *Action, emotion and will*. New York: Routledge.
- Kuiper, P. C. (1995). *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. Frankfurt: Fischer.
- McDowell, J. (1994). *Mind and world*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of being: Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford: Oxford University Press.
- Slaby, J., Stephan, A., Walter, H. & Walter, S. (Hrsg.) (2011). *Affektive Intentionalität. Beiträge zur welterschließenden Funktion der menschlichen Gefühle*. Paderborn: Mentis.
- Solomon, A. (2001). *The noonday demon. An atlas of depression*. London: Chatto and Windus.
- Styron, W. (1992). *Darkness visible. A memoir of madness*. New York: Vintage Books.
- Thompson, T. (1995). *The beast: A reckoning with depression*. New York: Putnam.
- Wurtzel, E. (1996). *Prozac nation*. London: Quartet Books.

M. Heinze, T. Fuchs, F. Reischies (Hrsg.)

Willensfreiheit – eine Illusion? Naturalismus und Psychiatrie

Nachdem die Debatten über die Willensfreiheit lange Zeit unversöhnlich vor allem zwischen Neurologen und Philosophen geführt wurden, ist es an der Zeit für einen Brückenschlag zwischen den Fronten. Diesen möchte der Band leisten, indem er die Freiheit des Willens bzw. das Problem des Determinismus aus neuen, zum Teil ganz unerwarteten Perspektiven in den Blick nimmt. Quantenphysikalische Lösungen stehen hier z.B. neben zeitphilosophischen Erörterungen. Einen Schwerpunkt bilden Beiträge aus der Psychiatrie, die sich in besonderer Weise eignet, dem Thema an Beispielen wie dem psychisch kranken Straftäter neue Einsichten abzugewinnen sowie zwischen Natur-, Geistes- und auch Rechtswissenschaften zu vermitteln.

256 Seiten, ISBN 978-3-89967-337-1, Preis: 20,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de

www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Skizzen zu einer psychologischen Analyse des Erzählens zwischen interaktiver Pragmatik und intrapsychischer Regulation

David Lätsch & Michael Bamberg

Zusammenfassung

Psychologen gehen in der Regel davon aus, dass in Erzählungen sich abbilde, was der Erzähler als (seine) Vergangenheit begreift. Diese analytische Einstellung hat ihre Vorteile, verkennt aber das Veränderungspotenzial des Erzählens: Wer erzählt, gibt nicht nur einen Einblick in sein mentales Arrangement des Vergangenen, sondern er tut auch et-was. Im vorliegenden Beitrag stellen wir zwei Ansätze der Erzählanalyse vor, die sich für Aspekte dieses Tuns interessieren. Gesprächsanalytiker begreifen Erzählungen als eine Form kommunikativen Handelns zwischen Personen; die psychoanalytische Erzählanalyse »JAKOB« fokussiert auf das, was im Erzähler sich tut, im innerpsychischen Spiel seiner Wünsche und Ängste. Beide Ansätze haben das Verdienst, über den Abbildungscharakter von Erzählungen hinauszusehen. Aber: Eine genuin psychologische Erzählanalyse müsste die Dimensionen des Interaktionalen und des Intrapsychischen zusätzlich in ihrem Zusammenspiel begreifen. Im letzten Teil des Beitrags skizzieren wir zwei Ansätze, die das versuchen: das Konzept der dialogischen Verdrängung (Billig, 1999) und dasjenige der dilemmatischen Identitätskonstruktion (Bamberg, 2011).

Schlüsselwörter

Erzählanalyse, Diskursanalyse, diskursive Psychologie, narrative Psychologie, Gesprächsanalyse, Konversationsanalyse, Psychoanalyse, Identität

Seit Mitte der Achtzigerjahre des letzten Jahrhunderts wird die akademische Psychologie von einem Phänomen gestreift, das man die narrative Wende (vgl. Czarniawska, 2004) in den Sozialwissenschaften genannt hat. Zu den einflussreichen Arbeiten am Entstehungsort dieser Entwicklung gehören etwa die Buchpublikationen von Bruner (1986), Polkinghorne (1988) oder der von Sarbin (1986) herausgegebene Sammelband mit dem richtungsweisenden Titel *Narrative Psychology*. Hinter dem erstarken Interesse für die Praxis des Erzählens als Forschungsgegenstand ist das Postulat wirksam, dass die Art und Weise, wie Menschen sich selbst und die Welt um sie

herum repräsentieren, eng geknüpft ist an das Medium des Narrativen, die erzählerische Form.

In der Auffassung, was Erzählen als sprachliche Praxis ausmacht und welche Funktionen es erfüllt, ist dabei eine gewisse Enge der theoretischen Konzeption zu konstatieren, die sich in einer Variationsarmut des forschungsmethodischen Repertoires niederschlägt. Erzählen als Medium der *Repräsentation* und der *Mitteilung* von Erfahrung: Auf diese beiden Aspekte scheint sich der Großteil empirischer Studien unter dem Banner des narrativ-psychologischen Paradigmas zu beschränken (vgl. Nygren & Blom, 2001; Stokoe & Edwards, 2006). Auf der Basis dieses Verständnisses werden mündlich oder schriftlich geäußerte, von den Forschern analysierte Erzählungen zumeist als eine Art Fenster in die mentale Innenwelt der erzählenden Individuen behandelt. Erzählungen gelten zwar nicht als faktisch treue Wiedergabe von Vergangenheit, wohl aber als Abbilder dessen, wie die erzählenden Individuen diese Vergangenheit kognitiv repräsentieren. Ein solches Verständnis ist in der Regel da präsent, wo Erzählungen inhaltsanalytisch ausgewertet werden. Inhaltsanalytische Verfahren sind dadurch gekennzeichnet, dass sie a) einzelne Aspekte des Erzähltextes aus deren sequenziellem wie pragmatischem Zusammenhang herauslösen und b) diese extrahierten Inhalte so behandeln, als drücke sich darin die kognitive Repräsentation, die das erzählende Subjekt von der erlebten Vergangenheit hat, unmittelbar aus.

Die theoretischen Annahmen hinter diesem Forschungsbrauch sind mehrfach kritisiert worden, zuletzt etwa von Atkinson und Delamont (2006) oder Stokoe und Edwards (2006). Das wesentliche Argument der Kritik lautet: Das skizzierte Verständnis von Erzählen lasse außer Acht, dass Menschen beim Erzählen nicht nur etwas mitzuteilen, sondern zugleich etwas zu erreichen suchen. Folglich verkenne man die in Erzählungen enthaltenen Informationen (als vermeintlich stabile kognitive Repräsentationen), wenn man den sozialen, d.h. *interaktiv-pragmatischen* Kontext ihrer Produktion übersehe.

Der vorliegende Beitrag will diese Kritik nicht wiederholen oder weiter entfalten. Unser Anliegen ist ein konstruktives: Wir werden in gebotener Kürze und Verdichtung verschiedene Ansätze zur psychologisch orientierten Untersuchung von Erzählungen skizzieren, die den Funktionen des Erzählens jenseits der repräsentationalen Dimension gerecht zu werden suchen. Zu diesem Zweck stellen wir zunächst zwei Verfahren dar, die sich jeweils ausschließlich auf eine dieser die referentiell-repräsentationale Sphäre überschreitenden Dimensionen beziehen: die Konversations- bzw. Gesprächsanalyse (vgl. Deppermann, 2008; ten Have, im Druck) mit ihrem Fokus auf die interaktiv-pragmatische Dimension sowie das psychoanalytisch orientierte Verfahren der »Erzählanalyse JAKOB« (Boothe et al., 2002) mit einer entsprechenden Scharfstellung auf die intrapsychisch-regulative Dimension des Erzählens. Im letzten Teil des Beitrags stellen wir sodann zwei Forschungsansätze dar, die einen Zugang zu mehreren Funktionsebenen versprechen: das aus der diskursiv-psychologischen Tradition entwickelte Konzept der dialogischen Verdrängung von Billig (1997, 1999) sowie das aus einer Zusammenführung von Entwicklungs- und diskursiver Psycholo-

gie herausgearbeitete Konzept der dilemmatischen Identitätskonstruktion nach Bamberg (Bamberg, 2011, im Druck; Bamberg, De Fina & Schiffrin, 2011).

Gesprächsanalyse

Gesprächsanalytische Untersuchungen gelten im Grundsätzlichen stets der Frage, wie Menschen in einer bestimmten Situation miteinander kommunizieren und wozu sie das tun. Die Suche nach dem Zusammenhang zwischen dem Wie (d.h. nach den linguistisch beschreibbaren Formen) und dem Wozu (den kommunikativen Funktionen) kann dabei sowohl Mikrophänomene (z.B. zwei aufeinanderfolgende Äußerungen) als auch Meso- (z.B. ein Gesprächsabschnitt) oder Makrophänomene (z.B. ein gesamtes Gespräch oder eine Folge von Gesprächen) betreffen. Kennzeichnend für das methodologische Ethos der Gesprächsanalyse ist es, dass Analytiker danach streben, die Plausibilität ihrer Feststellungen an den Daten selbst auszuweisen und damit dem Rezipienten der Untersuchung die Chance zu bieten, die analytischen Folgerungen aus eigener Anschauung und Reflexion anzunehmen oder abzulehnen. Dazu ist eine »naturalistische« Form der Datenaufbereitung nötig: Gesprächsanalytiker arbeiten mit Tonband- oder Videoaufnahmen des interessierenden Interaktionsereignisses sowie mit detaillierten Transkripten dieser Aufnahmen. Die streng empirische Orientierung an den Daten bedeutet beispielsweise, dass bei der Zuschreibung einer bestimmten Funktion zu einer bestimmten Form vom Analytiker gezeigt werden muss, dass sich im Anschluss an die Verwendung der Form tatsächlich die hypothetisch angepeilte Folge einstellt. Dahinter steht das Postulat, dass die einzelnen Beiträge der Interaktanten eines Gesprächs »sequentiell – d.h. zeitlich-prozessual – organisiert« (Deppermann, 2008, S. 17) sind. Interaktionsbeiträge sind in der Analyse stets zu beziehen auf das, was ihnen an früheren Interaktionsbeiträgen zeitlich vorausging, wie sie umgekehrt für die nachfolgenden Interaktionsbeiträge interpretationsrelevante Voraussetzungen darstellen.

Die Gesprächsanalyse als Verfahren gründet auf der Konversationsanalyse, wie sie ab den 1970er-Jahren von Harvey Sacks und dessen Mitarbeitern und Mitstreitern ausgearbeitet wurde (einflussreiche Texte finden sich z.B. bei Atkinson & Heritage, 1984; Sacks, 1992; Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974; Schegloff, 1997). Die Konversationsanalyse ihrerseits bezieht wesentliche theoretische und methodische Impulse aus der in den 1960er-Jahren entwickelten pragmatischen Sprachtheorie (Sprechakttheorie; Austin, 1962; Searle, 1969) sowie der Ethnomethodologie (Garfinkel, 1967). Vertretern klassischer Konversationsanalyse geht es darum, allgemeine, linguistisch beschreibbare Prinzipien der Organisation verbalsprachlicher Interaktion herauszuarbeiten, die zwar in einem bestimmten kommunikativen Kontext oder Milieu auf jeweils besondere Weise realisiert werden können und müssen, jedoch in ihrer grundsätzlichen Form für verbalsprachliche Kommunikation überhaupt gelten. Dagegen spiegelt die neuere Bezeichnung Gesprächsanalyse zum einen eine Öffnung des Gegenstandsbereichs auch auf solche Formen verbaler Interaktion (engl. *talk-in-*

interaction), für die das kommunikative Format der Konversation zu eng scheint; zum anderen geht mit dieser Öffnung das Anliegen einher, der Gesprächsanalyse zunehmend auch Interaktionsthemen, -gehalte und -formen zu erschließen, die ein bestimmtes soziales Milieu oder eine bestimmte soziale Gruppe in besonderer Weise auszeichnen. Gesprächsanalytiker interessieren sich insofern stärker als klassische Konversationsanalytiker für jene »inhaltlicheren« (Deppermann, 2000, S. 105) Fragestellungen, um die es traditionellerweise in der interpretativen Sozialforschung geht. Eine wichtige Bezugsquelle bildet dabei die Ethnografie: Durch die ethnografische Anreicherung der Gesprächsanalyse sollen den Analytikern jene Wissensbestände erschlossen werden, die für ein inhaltliches Verständnis kommunikativer Phänomene jenseits formal-linguistischer Organisationsprinzipien erforderlich sind (vgl. Deppermann, 2000; Moerman, 1988; Schwitalla, 1986).

Erzählungen als eine besondere Form interaktiv situierter Rede haben bereits relativ früh die Aufmerksamkeit der Konversations- und Gesprächsanalytiker gefunden (z.B. Jefferson, 1978; Sacks, 1974) und sind seither ein viel beachtetes Thema geblieben (z.B. De Fina, 2009; Edwards, 1997, 2005; Hausendorf, 2012). Dabei wurden und werden Erzählungen in der Gesprächsanalyse grundsätzlich mit denselben Mitteln und methodologischen Grundsätzen untersucht, die auch für die übrigen Formen von *talk-in-interaction* gelten. Von besonders kritischer Bedeutung ist also stets die sequenzielle, interaktiv-pragmatische Situierung des Erzählens.

Psychodynamische Erzählanalyse JAKOB

Das in diesem Beitrag erörterte Verfahren einer psychodynamisch orientierten Erzählanalyse ist von Boothe (z.B. Boothe, 1994, 2011) und ihren Mitarbeitern (Boothe et al., 2002) entwickelt worden. Die Methode (»Erzählanalyse JAKOB«) zielt auf die interpretative Erschließung einer Dynamik unbewusster Wünsche, Ängste und Abwehrmechanismen im Intrapyschischen des Erzählers. Die genannten Begriffe von Wunsch, Angst und Abwehr wie auch das Konzept einer Dynamik des Unbewussten beziehen die Autoren aus der psychoanalytischen Theorie.

In mündlichen Erzählungen, so wird angenommen, inszenieren Erzählende wie in einem Bühnenraum die Dynamik ihrer unbewussten Konflikte als eine Bewegung zwischen Wünschen, Ängsten und Abwehrmechanismen. Erzählungen werden verstanden als Regulative: Sie drücken Unbewusstes nicht (nur) aus, sondern »modellieren« es, verhelfen unbewussten Wünschen zu ihrer halluzinatorischen Erfüllung und bannen Ängste durch die sprachliche Reorganisation des Ängstigen im Hier-und-Jetzt. Die in der Regel gegenläufigen Tendenzen der Wunscherfüllung und der Angstreduktion bilden im Akt des Erzählens unter Vermittlung der Abwehrmechanismen gleichsam einen Kompromiss, aus dem die Gestalt des Erzählten hervorgeht. Bei dieser Konfliktmodellierung und Kompromissbildung führt der Erzähler selbst, wie die Autoren es metaphorisch nennen, Regie (Boothe et al., 2002, S. 16ff.).

Anders als in der Gesprächsanalyse, in der die Befunde an der interaktiv-pragmatischen Dimension des Sprechens entwickelt werden und sich darauf auch beziehen, ist das Erkenntnisinteresse der psychodynamischen Erzählanalyse auf die intrapsychisch-regulative Funktion des Erzählens gerichtet. Das kommunikative Moment des Erzählens findet zwar theoretisch Erwähnung (z.B. Boothe et al., 2002, S. 93), bleibt aber auf den Aspekt der Selbstpräsentation des Erzählers vor dem Hörer beschränkt. Methodisch bildet sich das darin ab, dass die Gesprächsbeiträge des Gegenübers aus dem zu analysierenden Erzähltext eliminiert werden. Untersucht wird ausschließlich das, was ein Erzählender in einem bestimmten Kontext selbst äußert, die Äußerungen seiner Interaktanten fallen heraus. Auch werden nur verbalsprachliche Äußerungen mit propositionalem Bedeutungsgehalt transkribiert, para-verbale Aktivitäten wie etwa Räuspern, Lachen oder prosodische Merkmale der Rede werden nicht berücksichtigt.

Die Interpretation eines Erzähltextes gliedert sich in der Erzählanalyse JAKOB in zwei Teilschritte: die Beschreibung und Bestimmung von Erzähldynamik und Konfliktdynamik. Als Erzähldynamik wird (nebst weiteren Gesichtspunkten, die wir hier nicht erläutern können) im Kern die dramaturgische Komposition einer Erzählung verstanden. Als wiederkehrende Elemente einer solchen Komposition werden unterschieden (Boothe et al., 2002, S. 19ff.): Startdynamik (»wie geht es los?«), Entwicklungsdynamik (»wie entwickelt sich die Handlung?«) und Ergebnisformulierung (»wie geht es aus?«). Aus der Identifizierung der zur Startdynamik gehörenden Erzählpassage gewinnt der Analytiker eine Beschreibung des Erwartungshorizonts, den die Erzählerin vor ihren Rezipienten aufbaut; die zugehörige Frage lautet: »Wie könnte es weitergehen?« Hier unterscheidet die Erzählanalyse JAKOB zwischen zwei polar aufeinander bezogenen Erwartungshorizonten: dem als bestmöglich (»Soll«) und dem als schlimmstmöglich (»Anti-Soll«) antizipierten Ausgang der Geschichte.

Im zweiten Teilschritt der Analyse, der Bestimmung der Konfliktdynamik, geht es nun um ein Verständnis der Erzählung als Kompromissbildung zwischen Wunsch- und Angstmotiven unter Einschluss und Vermittlung von Formen der unbewusst-psychischen Abwehr. Die Analyse baut auf den Befunden zur Erzähldynamik auf. Bestimmt werden soll, welches unbewusste Wunschmotiv der Erzähler durch den sprachlichen Akt des Erzählens realisiert und welche unbewusste Angst er bannt – ferner, welche Form der Abwehr er einsetzt, damit ihm beides, Wunscherfüllung und Angstbannung, nicht zu Bewusstsein kommen muss. Das Manual zur Erzählanalyse JAKOB bietet jeweils zehn Wunschmotive und Angstthemen zur Auswahl, die augenscheinlich das gesamte Spektrum des Möglichen abzudecken beanspruchen – »Entdeckungen« (vgl. Boothe et al., 2002, S. 83) jenseits dieser Auswahl sind wohl nicht ausgeschlossen, werden aber nicht erwartet. Eine enge inhaltliche Verwandtschaft besteht zwischen der Bestimmung von Wunsch- und Angstthema und den in der Analyse der Erzähldynamik erschlossenen Folgerwartungen des Soll und Anti-Soll.

Verbürgte Analyse vs. spekulative Interpretation?

Die beiden skizzierten Methoden unterscheiden sich erheblich in ihrem Anspruch, die eigenen Befunde am analysierten Datenmaterial als solchem zu positivieren, will heißen: einen kompetenten Rezipienten gleichsam zwingend von der Gültigkeit der Analyse zu *überzeugen*. Die Gesprächsanalyse erhebt diesen Anspruch oder tendiert doch stark dahin – die psychodynamische Erzählanalyse vertritt ihn nicht. Das erkenntnistheoretische Selbstbewusstsein der Gesprächsanalytiker gründet auf der »gegenstandsfundierten Methodologie« (Deppermann, 2000, S. S. 96), dem »streng naturalistischen Datenverständnis« (ebd., S. 97): »Erstens will sich die Konversationsanalyse [im vorliegenden Kontext synonym mit Gesprächsanalyse; Anm. d. Verf.] auf das unmittelbar Beobachtbare beschränken und all ihre Aussagen *in den Daten* verankern. Zweitens stellt sie einen streng *rekonstruktiven Anspruch*: Es interessiert nicht, wie ein Analytiker Gesprächsaktivitäten aufgrund seiner Intuitionen oder theoretischen Ausrichtung versteht. Es geht vielmehr darum zu rekonstruieren, wie die Gesprächsteilnehmer selbst einander verstehen und an welchen Regeln oder Prinzipien sie sich dabei orientieren« (ebd., S. 98f.). Hinter diesem Rekonstruktionsanspruch steckt die aus empirischer Beobachtung geschöpfte Annahme, dass die Interaktanten eines Gesprächs einander ihr Verständnis von den Interaktionsbeiträgen des jeweils Anderen *signalisieren* – zwar nicht (in der Regel) durch explizite Ausformulierung dieses Verständnisses, wohl aber durch die Art und Weise, *wie* sie die Gesprächsbeiträge des Anderen durch eigene Beiträge beantworten. Insbesondere Emanuel A. Schegloff, einer der Gründerväter der Konversationsanalyse, hat in zahlreichen Aufsätzen dafür argumentiert (z.B. Schegloff, 1992, 1996, 1997), dass sich die Bedeutung, die eine verbale Interaktion für die Teilnehmenden selber hat, anhand solcher Signale, Aufzeigeleistungen oder, wie der englische Ausdruck lautet, *displays* rekonstruieren lasse, ohne dass der Analytiker zusätzlich auf Kontextinformationen zurückgreifen müsse, die im Gespräch selbst nicht erkennbar werden. Auf diese Weise, d.h. durch das konsequente Anheften der Befunde an die als sichtbar ausgewiesenen Orientierungen (engl. *orientations*) und Verstehensweisen (engl. *understandings*) der Interaktanten selber, werde bloße Interpretation in verbürgte Analyse (»warranted analysis«, Schegloff, 1997, S. 186) überführt.

Was ist davon zu halten? Tatsächlich pflegen gesprächsanalytische Studien von der Angemessenheit der vorgelegten Interpretation zu überzeugen, und zwar in höherem Maß, als das bei empirisch weniger strengen Verfahren des Öfteren der Fall sein mag, wo hinter der vom Forscher erarbeiteten Interpretation oft noch eine Vielfalt abweichender Verstehensweisen als möglich hervorschimmert. Der »naturalistische Empiriebegriff« (Deppermann, 2000, S. 97) der Gesprächsanalyse erweist sich als eine Stärke dieser Methode, wenn es darum geht, die Validität der Befunde, also die Gültigkeit des analytisch Erschlossenen, plausibel zu machen.

Dagegen ist bei dem skizzierten Verfahren psychodynamischer Erzählanalyse die kritische Rolle spekulationsbehafteter Interpretation schon auf den ersten Blick erkennbar. Sie setzt nicht erst dort ein, wo es um die Erschließung der so genannten Kon-

fliktodynamik unter Verwendung psychoanalytischen Theorienguts geht. Schon in der Beschreibung der Erzähldynamik wird das, was oben als Aspekte narrativer Folgeerwartungen (Soll und Anti-Soll, Erwartungshorizont) beschrieben wurde, im unausweichlichen Rekurs auf die interpretative Intuition des Forschers erschlossen. Was eine Erzählung in ihrer Startdynamik an möglichen Entwicklungen erwarten lässt, wird in der Erzählanalyse JAKOB nicht durch den Bezug auf entsprechende interaktive Signale der Rezipienten gezeigt, sondern im Rückgriff auf die narrative Rezeptionskompetenz des interpretierenden Forschers selber, der dadurch unweigerlich ein Stück Subjektivität einbringt. Dessen Interpretation geht also über eine rein strukturelle, aus dem Erzähltext gleichsam nur abzulesende, aus alltagspsychologischem Konsens oder geteiltem Wissen über kommunikative Phänomene zu gewinnende Beschreibung deutlich hinaus. Was für die Analyse der Erzähldynamik gilt, trifft erst recht für diejenige der Konfliktdynamik zu. Tatsächlich legt die Erzählanalyse JAKOB dem hermeneutischen Prozess straffe Zügel an, indem a) in Anlehnung an Freuds (1900/1999a, S. 160ff.) Diktum über den Traum axiomatisch festgesetzt wird, bei *jeder* Erzählung handle es sich um die Realisierung einer Wunsch-Angst-Abwehr-Bewegung; und indem b) das Spektrum möglicher Wunsch-, Angst- und Abwehrbefunde innerhalb dieses axiomatischen Rahmens auf eine überschaubar-endliche Anzahl von Inhalten begrenzt wird, zwischen denen der Anwender der Methode (=Interpret) nur noch die Wahl hat.

Soll mit diesen Feststellungen behauptet werden, die gesprächsanalytische Methode sei der psychodynamisch orientierten überlegen? In einer bestimmten Hinsicht: Ja. Wenn Methoden in der Wissenschaft dem Zweck dienen, dass ihre Anwendung zu verlässlichen Erkenntnissen führt, dann muss man der Gesprächsanalyse in der Tat eine höhere Zweckdienlichkeit attestieren: nicht, weil sie die Schimäre einer schlechthin »gesicherten« Erkenntnis ermöglicht, wohl aber, weil ihre Aussagen nah an den Daten selbst und in aller Regel ohne hohen theoretischen Aufwand erarbeitet werden. Diese »Nähe« zu den Daten wird wie bereits ausgeführt dadurch möglich, dass Gesprächsanalytiker sich darauf beschränken, die lokal relevanten Interpretationen der Interaktanten selber zu rekonstruieren, und zwar so, wie sie in deren kommunikativem Handeln sichtbar werden.

Genau diese Selbstbeschränkung der Gesprächsanalytiker ist nun aber ein Stichwort, das Aufmerksamkeit verdient. Der Vergleich zwischen Gesprächsanalyse und psychodynamischer Erzählanalyse steht insofern auf tönernen Füßen, als die beiden Methoden, wie wir gesehen haben, eine jeweils andere Funktion des Erzählens in den Blick nehmen: die interaktiv-pragmatische vs. die intrapsychisch-regulative Funktion. Der psychodynamischen Erzählanalyse kann man zugutehalten, dass sie es mit einem erkenntnistheoretisch anspruchsvolleren Gegenstand zu tun hat als die Gesprächsanalyse: denn das Intrapsychische kann sich naturgemäß nicht in analoger Weise *zeigen*, wie es die interaktive Funktion des Erzählens auf dem Forum kommunikativer Handlungen tut.

Die von Gesprächsanalytikern geübte Beschränkung der Analyse auf das, was in der Interaktion gleichsam sichtbar wird, erscheint aus empiristischen Erwägungen wohlbegründet; dennoch ist sie nicht ohne Gefahr. Ein Ansatz zur Untersuchung von Erzählungen, der *ausschließlich* die Frage stellt, was Erzähler im pragmatischen Bezug auf ihre Interaktanten tun, und alle anderen Fragen für unzulässig erklärt, unterschlägt die Möglichkeit, dass im Akt des Erzählens noch andere Dinge vor sich gehen als die in wechselseitigen Aufzeigeleistungen sich manifestierende Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen. Eine genuin psychologische Erzählanalyse, so meinen wir, muss simultanen Zugang zu mehreren Funktionsebenen des Erzählens finden. Zu Letzteren gehört auch und gerade der Bereich der intrapsychischen Regulation.

Wie aber wäre diese Integration mehrerer Funktionsebenen zu leisten? Wir skizzieren zwei Forschungsansätze, die in die entsprechende Richtung weisen.

Verdrängung als diskursive Praxis

Der Psychologe Michael Billig zählt sich selbst zur Schule der diskursiven Psychologie, wie sie seit den späten Achtzigerjahren von einigen vorwiegend britischen Forschern entwickelt und vertreten wird (für einen Überblick siehe z.B. Edwards, 2005; Potter, 2010). Anders als andere prominente Vertreter dieses Ansatzes bemüht sich Billig bei dem Versuch, die Grundlagen der Psychologie mit diskursiven Vorzeichen zu versehen, auch um die Integration psychoanalytischer, genauer: Freudianischer Theorieelemente. So hat Billig (1997, 1999) in verschiedenen Publikationen den Versuch unternommen, die sozialkonstruktivistischen Prämissen und die (zumeist konversationsanalytisch orientierte) Forschungsmethodik der diskursiven Psychologie mit dem psychoanalytischen Schlüsselkonzept der Verdrängung in Verbindung zu bringen. Billig geht von der Annahme aus, dass Menschen, wenn sie miteinander im Dialog sind, nicht nur etwas ausdrücken, sondern zugleich etwas unterdrücken bzw. verdrängen. Expression (Ausdruck) und Repression (Verdrängung) gehen, so der Autor, im dialogischen Geschehen oftmals Hand in Hand. Als augenfälligstes Beispiel dafür nennt Billig (1999, S. 155ff) das in zwischenmenschlichen Dialogen allgegenwärtige Phänomen der Höflichkeit. Dialoge im Alltag seien in der Regel bestimmt durch ein kooperatives Bemühen der Interaktanten, die Interaktion durch den Einsatz sozial verträglicher, höflichkeitsgesättigter Gesprächspraktiken für alle Beteiligten so komplikationsarm wie möglich zu gestalten. Die Beschreibung der Formen und Funktionen, mit denen Interaktanten diese Komplikationsvermeidung betreiben und dadurch Kooperativität bewahren, sei, so Billig, das große Verdienst der Konversationsanalytiker. Mit ihrer Beschränkung auf das Sichtbare der interaktiven Kooperation fingen sich die Analytiker aber eine Blindheit für Prozesse der Verdrängung ein, die hinter der Kooperationsleistung zu vermuten seien. In Billigs Argumentation, die sich an der Freud'schen Anthropologie orientiert, ist es sehr wahrscheinlich, dass Menschen weniger sozial verträgliche Impulse (wie beispielsweise

den globalen Impuls zur Grobheit) aus ihrem kommunikativen Handeln verdrängen müssen, um zu kompetenten dialogischen Kooperatoren zu werden. Für diese Verdrängungsleistungen nimmt er an, dass sie sich im Grundsatz bereits in der Kindheit mit dem Spracherwerb und damit dem Erwerb der Gesprächsfähigkeit erlernen ließen: dass man manche Dinge sagt und andere Dinge nicht sagt oder dass man manche Dinge nur so und so sagen darf, nicht aber so und so, gehöre zu den Basislektionen linguistischer Sozialisation. Dennoch lasse sich die Verdrängung des Nichtsagbaren, weil sozial Unverträglichen, nicht zur Gänze routinisieren; auch erwachsene Sprecher müssten diese Verdrängung wieder und wieder leisten (vgl. Billig, 1997, S. 156).

Die Attraktivität des Billig'schen Konzepts liegt darin, dass ihr Autor sie nicht als theoretische Spekulation verstanden wissen will, sondern Vorschläge dazu macht, wie sie sich empirisch plausibilisieren lassen. Als ein für die Untersuchung dialogischer Verdrängungsprozesse besonders vielversprechendes Phänomen nennt er beispielsweise die sog. Selbstreparaturen (engl. *self-repairs*), die ein vielbeachteter Analysegegenstand der konversationsanalytischen Forschung sind (Billig, 1997, S. 148f.). Eine Selbstreparatur liegt gemäß konversationsanalytischer Terminologie immer dann vor, wenn ein Sprecher eine vollzogene oder begonnene Äußerung durch geeignete Markierungen zurücknimmt, um an ihre Stelle eine andere Äußerungsform zu setzen. Billig empfiehlt, diese Selbstreparaturen nicht nur, wie in der Konversationsanalyse üblich, im Hinblick auf ihren Beitrag zur Funktionalität der Interaktion zu untersuchen, was in der Regel dadurch geschieht, dass die Analyse auf die Funktion des linguistischen *Ersatzteils* fokussiert. Eine auf Verdrängungsprozesse gerichtete Untersuchung müsste vielmehr zeigen, auf welche Verdrängungen das *Ersetzte* hinweisen könnte. In seiner eigenen Arbeit hat Billig diese Richtung bisher nicht eingeschlagen, sondern seine Analyse dialogischer Verdrängungsprozesse vorwiegend an Freudschen Fallgeschichten entwickelt (Billig, 1999). Kennzeichen der Analyse ist allerdings auch hier, ganz in der Tradition von Konversationsanalyse und diskursiver Psychologie, dass sie sich eng an die linguistischen Details der Texte anbindet.

Besonders relevant für den vorliegenden Beitrag ist Billigs Konzept einer dialogischen Verdrängung deshalb, weil der Autor eine These dazu entwickelt, wie das zunächst interaktiv-pragmatisch wirksame Gebot der Verdrängung den Weg zur intrapsychischen Verdrängung ebnet. Nach Billigs Vermutung könnte nämlich die Art und Weise, wie sozial unverträgliche Impulse aus zwischenmenschlichen Dialogen ferngehalten bzw. sozial verträglich verformt werden, das direkte Vorbild dafür abgeben, wie wir mit solchen Impulsen (Gedanken, Gefühlen, Absichten, Ansichten etc.) intrapsychisch-regulativ verfahren. Das hieße: Die in der psychoanalytischen Literatur beschriebenen Abwehrprozesse (»Abwehrmechanismen«) entstünden aus der Wendung interaktiv-pragmatischer Verdrängungstechniken nach innen. Wir lernen *zunächst*, wie unsere Gedanken, Gefühle, Anliegen, Ansichten etc. in unseren kommunikativen Handlungen verdrängt oder sozialverträglich verformt werden können; *danach* übernehmen wir diese Techniken für die intrapsychische Regulation.

Die spezifische Rolle, die der sprachlichen Praxis des Erzählens dabei zufällt, ist erst noch zu erhellen. Das Konzept der dialogischen Verdrängung ist bisher ohne spezifische Berücksichtigung unterschiedlicher Diskursformen entwickelt worden.

Erzählen als Praxis der Identitätskonstruktion

Einen anderen Weg zur Integration interaktiv-pragmatischer und intrapsychisch-regulativer Funktionen des Erzählens geht das Konzept der dilemmatischen Identitätskonstruktion, das Michael Bamberg in Zusammenarbeit mit anderen Forscherinnen und Forschern entwickelt hat (vgl. Bamberg, 2011, im Druck; Bamberg, De Fina & Schiffrin, 2011; Bamberg & Georgakopoulou, 2008). Der Ansatz ist methodisch der konversationsanalytischen Orientierung verwandt; im Unterschied dazu soll die methodische Ausrichtung hier aber für allgemeinere entwicklungspsychologische Fragestellungen fruchtbar gemacht werden. Ähnlich wie in der Konversationsanalyse steht auch in Bambergs Untersuchungen die konkrete Gestalt und lokale Funktion von Gesprächs- bzw. Erzählpraktiken zunächst im Vordergrund. Performative Aspekte des Erzählens (welcher verbalen und paraverbalen Mittel bedienen sich Erzähler und Interaktanten?) und dessen pragmatische Funktion (was erreichen sie damit im Hier und Jetzt der Interaktion?) finden ebenso Berücksichtigung wie der semantische Gehalt des Erzählten (wovon wird erzählt?) und dessen Struktur (wie ist das Erzählte dramaturgisch komponiert?). Anders als weite Teile der Konversationsanalyse und der diskursiven Psychologie zielt Bambergs Ansatz jedoch über diese lokalen Zusammenhänge narrativer Formen und Funktionen hinaus. Die Schlüsselfrage lautet, welchen Beitrag die lokalen Praktiken des Erzählens für die übergeordnete Aufgabe der *Identitätskonstruktion* spielen. Mit »lokalen Praktiken« sind dabei nicht oder nicht in erster Linie ausladende autobiografische Narrative gemeint, wie sie etwa anlässlich von Forschungsinterviews geäußert werden. Besonderes Augenmerk finden vielmehr jene oft kurzen, ihrem Gehalt nach eher unauffälligen Erzählungen, die sich in zwischenmenschlicher Alltagskommunikation regelmäßig finden (engl. *small stories*; vgl. Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Georgakopoulou, 2007).

Zur Analyse dieser diskursiven Prozesse der Identitätskonstruktion schlägt Bamberg die Unterscheidung so genannter Identitätsdilemmata vor. Diesem Konzept zufolge arbeiten Erzähler in mündlichen Alltagserzählungen nahezu immer (auch) daran, die eigene Identität dar- und herzustellen, wobei sich diese Konstruktion von Identität in der Interaktion mit den jeweiligen Gegenübern, mithin als soziale Konstruktion ereignet. Dabei navigieren Erzähler ihre Äußerungen, metaphorisch gesprochen, durch Spannungsfelder, die sich jeweils zwischen zwei Polen (*dilemmatic positions*) auf tun. Bamberg begrenzt die Anzahl solcher Spannungsfelder nicht, betont aber in verschiedenen Publikationen die besondere Dringlichkeit dreier Dilemmata: 1. Agentivität vs. Kontrolle (*agency vs. control*), 2. Gleichheit vs. Differenz (*sameness vs. difference*) und 3. Konstanz vs. Veränderung (*constancy vs. change*). Die These lautet: Indem

Menschen durch Erzählen die eigene Identität konstruieren, müssen sie sich jeweils als mehr oder weniger selbst- vs. fremdbestimmt im Bezug auf das eigene Handeln positionieren (1. Dilemma), als ihren Mitmenschen (darunter den aktuellen Gesprächspartnern) mehr oder weniger ähnlich vs. unähnlich (2. Dilemma) und – im Bezug auf die diachrone Konstruktion einer Lebensgeschichte – als mehr oder weniger konstant vs. veränderlich in dem, wer sie sind und waren (3. Dilemma). Aufgabe der empirischen Analyse ist es, die konkreten sprachlichen Mittel auszumachen, durch die sich diese Navigation vollzieht. Die interaktive Situierung der Konstruktion (wie reagieren die Gesprächspartner aufeinander?) steht dabei im Fokus. Für die Praxis des Erzählens charakteristisch ist das dritte der genannten Dilemmata. Während sich unterschiedliche Grade von Gleichheit vs. Differenz und wohl auch von Agentivität vs. Kontrolle in zahlreichen sprachlichen Genres konstruieren lassen, ist die Navigation zwischen lebensgeschichtlicher Konsistenz und Veränderung einzig im Medium der Erzählung möglich.

Entscheidend ist es, die auf diese Weise identifizierten Navigationsleistungen eines Erzählers nicht kognitivistisch als Hinweis auf dessen subjektiv *repräsentierte* Identität misszuverstehen. Denn während der Begriff der Repräsentation suggeriert, dass Menschen über ein stabiles Selbstkonzept verfügen, das sie in sozialen Situationen gleichsam von innen (Kognition) nach außen (Kommunikation) zur Darstellung bringen, verweist das Konzept der dilemmatischen Identitätskonstruktion auf die Bidirektionalität und auf das stets Vorläufige dieser Prozesse. Intrapsychisch-regulativ ist die diskursive Konstruktion von Identität insofern, als Menschen über verschiedene Anlässe hinweg nach der Herstellung ihrer Identität und damit nach einer Selbstvergewisserung streben; interaktiv-pragmatisch situiert ist dabei jedes Mal die konkrete Praxis der Selbstdarstellung. Insofern lässt sich sagen: Menschen haben keine Identität, sondern sie praktizieren sie.

Jenseits der Repräsentationalität

Den in diesem Beitrag dargestellten Ansätzen der Erzählanalyse ist gemeinsam, dass sie die Praxis des Erzählens nicht auf die Funktion der Mitteilung von Erfahrung, genauer: der Mitteilung kognitiver Erfahrungsrepräsentationen beschränken. Insofern lassen sie sich allesamt als Beiträge zu einer Erweiterung und Bereicherung psychologischer Erzählanalyse verstehen. Von der Gesprächs- und Konversationsanalyse wie auch von der psychodynamisch orientierten Erzählanalyse JAKOB meinen wir gezeigt zu haben, dass sie dazu neigen, ihren Gegenstandsbereich auf ausschließlich *eine* Funktionsebene des Erzählens jenseits der referentiell-repräsentationalen Dimension zu verengen. Dagegen zielen das Konzept der dialogischen Verdrängung sowie das Konzept der dilemmatischen Identitätskonstruktion darauf ab, einen umfassenderen analytischen Zugang zu ermöglichen. Beide bauen dabei forschungsmethodisch auf Prinzipien der Konversationsanalyse auf.

Psychologische Erzählanalytiker sind unbedingt darauf angewiesen, ihr repräsentationales Verständnis von Sprache durch einen pragmatischen Sprachbegriff zu erweitern; auch sind sie gut beraten, ihr forschungsmethodisches Ethos an den Positivierungsvorsätzen der Konversations- und Gesprächsanalyse zumindest anzulehnen. Zu einer Auflösung der psychologischen Erzählanalyse im konversationsanalytischen Zugang zum Erzählen darf es dennoch nicht kommen. Denn der methodologische Purismus, der »strenge Empiriebegriff« (Deppermann, 2000, S. 97; vgl. oben) dieses Zugangs könnte auf psychologischem Terrain leicht zu einer neo-behavioristischen Verkürzung des Gegenstandsbereichs führen.

Literatur

- Atkinson, J. M. & Heritage, J. (Eds.) (1984). *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Atkinson, P. & Delamont, S. (2006). Rescuing narrative from qualitative research. *Narrative Inquiry*, 16 (1), 164-172.
- Austin, J. L. (1962). *How to Do Things With Words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bamberg, M. (2011). Narrative practice and identity navigation. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Varieties of narrative analysis* (pp. 99-124). London: Sage Publications.
- Bamberg, M. (im Druck). Narrative analysis. In H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology* (3 volumes). Washington: APA Press.
- Bamberg, M., De Fina, A. & Schiffrin, D. (2011). Discourse and identity construction. In S. Schwartz, K. Luyckx & V. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 177-199). Berlin: Springer.
- Bamberg, M. & Georgakopoulou, A. (2008). Small Stories as a New Perspective in Narrative and Identity Analysis. *Text & Talk*, 28 (3), 377-396.
- Billig, M. (1997). The dialogic unconscious: Psychoanalysis, discursive psychology and the nature of repression. *British Journal of Social Psychology*, 36, 139-159.
- Billig, M. (1999). *Freudian repression: Conversation creating the unconscious*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boothe, B. (1994). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Boothe, B. (2011). *Das Narrativ: Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart: Schattauer.
- Boothe, B., Grimmer, B., Luder, M., Luif, V., Neukom, M. & Spiegel, U. (2002). *Manual der Erzählanalyse Jakob*. Version 10/02. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie, Nr. 51. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich.
- Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research. Introducing qualitative methods*. London: Sage.
- De Fina, A. (2009). Narratives in interview – The case of accounts. For an interactional approach to narrative genres. *Narrative Inquiry*, 19 (2), 233-258.

- Deppermann, A. (2000). Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 1, 96-124.
- Deppermann, A. (2008). *Gespräche analysieren: Eine Einführung* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Edwards, D. (1997). *Discourse and cognition*. London: Sage.
- Freud, S. (1999). Die Traumdeutung. In *Gesammelte Werke*, Bd. 2/3, (S. 1-642). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1900)
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Georgakopoulou, A. (2007). *Small stories, interaction and identities*. Amsterdam: Benjamins.
- Hausendorf, H. (2012). Wie erzählt man einen Traum? Fragmente einer Ethnomethodologie der Traumkonversation. In R. Ayaß & C. Meyer (Hrsg.), *Wie erzählt man einen Traum? Fragmente einer Ethnomethodologie der Traumkonversation* (S. 643-660). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jefferson, G. (1978). Sequential aspects of story telling in conversation. In J. N. Schenkein (Hrsg.), *Studies in the organization of conversational interaction* (S. 213-248). New York: Academic Press.
- Moerman, M. (1988). *Talking culture: Ethnography and conversation analysis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Nygren, L. & Blom, B. (2001). The dark side of tellability. *Narrative Inquiry*, 15 (2), 323-343.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Potter, J. (2010). Contemporary discursive psychology: Issues, prospects, and Corcoran's awkward ontology. *British Journal of Social Psychology*, 49, 657-678.
- Sacks, H. (1974). On the Analyzability of Stories by Children. In R. Turner (Hrsg.), *Ethnomethodology* (S. 216-232). Harmondsworth: Penguin.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversation, Volumes I and II*. Edited by G. Jefferson with an Introduction by E. A. Schegloff. Oxford: Blackwell.
- Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Sarbin, T. R. (Hrsg.) (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- Schegloff, E. A. (1992). In another context. In A. Duranti & C. Goodwin (Hrsg.), *Rethinking context: Language as an interactive phenomenon* (S. 191-228). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schegloff, E. A. (1996). Discourse as an interactional achievement III: The omnirelevance of action. *Research on Language and Social Interaction*, 28 (3), 185-211.
- Schegloff, E. A. (1997). Whose text? Whose context? *Discourse & Society*, 8 (2), 165-187.
- Schwitalla, J. (1986). Jugendliche hetzen über Passanten. Drei Thesen zur ethnographischen Gesprächsanalyse. *Linguistische Berichte*, 149, 248-261.
- Searle, J. (1969). *Speech Acts*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stokoe, E. & Edwards, D. (2006). Story formulations in talk-in-interaction. *Narrative Inquiry*, 16 (1), 56-65.

ten Have, P. (im Druck). Ethnomethodology and conversation analysis. In H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology* (3 volumes). Washington: APA Press.

Claude-Hélène Mayer & Christian Martin Boness

Creating mental health across cultures – Coaching and training for managers

Managing healthy transcultural organisations is based on the strength and the sense of coherence (SOC) of individuals, to comprehend, manage and create meaning in challenging work situations. To cope with these challenges, managers need to activate their individual resources and increase their transcultural and conflict management competences.

In our management and consultancy practice, we experience the importance of interlinking health and well-being on the one hand with transcultural communication and conflict management on the other hand. A systemic approach supports the development of the three SOC components effectively and contributes to well-being within individuals and the organisation.

In this book, we present MEHTO, a coaching and training module for managers which includes individual counselling sessions, group training series, as well as team mentoring and facilitator training. We have developed MEHTO through management research in international organisations and global players, as well as through our experience in international and transcultural management consultancy.

Particularly during the past years of global economic crisis, we have recognized the need for increasing mental health in managers and organisations. We believe that managers and organisations in the 21st century require a shift towards holistic and spiritual values to promote sustainable healthy organisations.

This manual aims at developing health-oriented management practices which focus on individual and organisational well-being across cultures. It is a manager's Handbook or Vademecum towards a successful and healthy leadership mindset. Enjoy it!

276 pages, ISBN 978-3-89967-839-0, price: 25,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Erzählanalyse und Konstruktionsgrammatik

Marc Luder

Zusammenfassung

Die Erzählanalyse JAKOB beinhaltet als Grundlage für die interpretatorischen Arbeitsschritte bei der Bestimmung der Spielregel und der Konfliktdynamik eine Kodierung und Auswertung der lexikalischen Wahlen der Erzählerin. Das Kodiersystem ist im JAKOB-Lexikon abgebildet, die Lexikoneinträge sind Konstruktionen im Sinne der Konstruktionsgrammatik. Eine Konstruktion ist eine Form-Bedeutungseinheit und umfasst Merkmale der Syntax und Semantik wie auch pragmatische und funktionale Eigenschaften der Wortverbindung. Das Konstruktionslexikon beruht auf Gesprächsdaten; die Korpora belegen das Vorkommen der Wortverbindungen in Bezug auf Häufigkeit, Kontext und „Normalität“ des Sprachgebrauchs. Der vorliegende Beitrag zeigt an einem Beispiel den Aufbau des Lexikons und seine Anwendung in der Erzählanalyse.

Schlüsselbegriffe

Erzählanalyse JAKOB, Lexikon, Konstruktionsgrammatik

Einleitung

Der vorliegende Beitrag beschreibt den Aufbau und die konzeptuellen Grundlagen des *JAKOB-Lexikons* (Luder, 2009, 2010, 2011), das als lexikalische Ressource für die Kodierung des Vokabulars der Erzählungen in der *Erzählanalyse JAKOB* dient. Nach einer kurzen Übersicht über die Erzählanalyse JAKOB im Kontext des Erzählens und des Narrativs allgemein (Boothe, 2011) wird das Lexikon detailliert vorgestellt. Es handelt sich um ein elektronisches, online verfügbares Wörterbuch mit reichhaltigen linguistischen und extralinguistischen Informationen auf dem konzeptuellen Hintergrund der Konstruktionsgrammatik. Eine Konstruktion ist eine sprachliche Einheit auf der Wort- oder Ausdrucksebene und ist bestimmt durch die einmalige Kombination von Form und Bedeutung.

Erzählanalyse JAKOB: Grundgedanken

Die Erzählanalyse JAKOB ermöglicht eine systematische, psychodynamisch orientierte Analyse von *Alltagserzählungen* auf der Basis transkribierter Therapiegespräche (Boothe, 2004, Boothe, Grimm, Hermann & Luder, 2010). Erzählungen werden als episodische Präsentationen von persönlich Erlebtem in kompakter Form aufgefasst, die emotional bedeutsames und konflikthafte Selbst- und Beziehungserleben offenbaren. Die qualitative Methodik der Erzählanalyse JAKOB verbindet text-, gesprächsanalytische und literaturwissenschaftliche Methoden mit psychoanalytischen Konzepten. Die wichtigsten Funktionen des Erzählens können als Aktualisierung, Soziale Integration, Reorganisation und Restitution charakterisiert werden (Arboleda et al., 2010):

1. *Aktualisierung*: Vergangenes wird im Hier und Jetzt als etwas Bedeutsames aktualisiert.
2. *Soziale Integration*: Der Erzähler vermittelt dem Zuhörer etwas von seiner Identität, stellt sich in einen sozialen Kontext und erwartet vom Zuhörer dafür ein bestätigendes Echo.
3. *Reorganisation*: Durch das Erzählen wird das Erlebte reorganisiert. Destabilisierendes kann verarbeitet, Angst bewältigt werden.
4. *Restitution*: Das Erlebte wird wiederhergestellt, das Wunschmoment, wie es hätte ausgehen können, erzeugt die Spannung; oder eine Wunscherfüllung wird dargestellt.

Die Erzählanalyse JAKOB ermöglicht die systematische Erschließung der Erzähldynamik (formale Ablaufmerkmale und lexikalische Analyse/Kodierung), der Dramaturgie der Erzählung (Spielregel) und der Konfliktdynamik des Erzählers/Patienten (Wunsch-, Angst- und Abwehrkonzepte). Anwendungsgebiete der Erzählanalyse JAKOB befinden sich in der Diagnostik- und Indikations-Forschung, aber auch in der Psychotherapieforschung, in der Traumanalyse und in der Analyse von literarischen Texten.

Das JAKOB-Lexikon: Ein Lexikon für die Erzählanalyse

Ein Teilschritt im Ablauf der Erzählanalyse besteht in der *Kodierung* des lexikalischen Inventars der untersuchten Erzählungen mit vorgegebenen Kategorien und Codes. Die Zuordnung der Codes und Kategorien zu den einzelnen Wörtern und Ausdrücken ist im JAKOB-Lexikon festgelegt; die Kodierung erfolgt computergestützt. Ermöglicht und erleichtert wird die computergestützte Kodierung durch die vorangegangene genaue Transkription der Gesprächstexte, durch die manuelle *Segmentierung* (Bestimmung der Satzgrenzen)¹ und die linguistische Bearbeitung der Rohtexte

mit Computerhilfe (Lemmatisierung, partielles Parsing mit Bestimmung der Abhängigkeitsstrukturen). Diese Voraussetzungen ermöglichen es, Codes aus dem Lexikon einzelnen Ausdrücken oder Wörtern zuzuordnen. Kritische Stimmen bezweifeln allerdings die Plausibilität von a priori festgelegten Kategorien; Wörter und Ausdrücke erhalten nur im Kontext und in der Interaktion ihre spezielle lokale Bedeutung (Depermann, 2006a). Wie können nun verschiedene Bedeutungsvarianten desselben Ausdruckes im Lexikon unterschieden werden?

Den *Verben* kommt in der Erzählanalyse JAKOB und im Lexikon eine besondere Bedeutung zu; sie repräsentieren die Aktionen, mit denen Erzähler die Szene dramaturgisch gestalten. Im Lexikon wird deshalb besonderer Wert auf die Darstellung von Verben und verbalen Ausdrücken gelegt.

Theoretische Bezüge

Für die Gestaltung der Lexikonstrukturen werden verschiedene theoretische Konzepte herangezogen (siehe ausführlich: Luder, 2011). Datengrundlage bilden Gesprächskorpora (siehe unten), welche die linguistischen und extralinguistischen Informationen aus dem Gesprächskontext liefern, die dann die Modellierung der Lexikoneinträge ermöglichen.

Ein wichtiger theoretischer Bezugspunkt auf dem Hintergrund von Studien aus der Psychotherapie ist der Begriff des *lexical choice*. Der Psychoanalytiker Donald Spence (1980) beschreibt die Funktionen der lexikalischen Wahlen, wie sie im Therapiegespräch von Patient und Therapeut verwendet werden, ausgehend von Freuds Studien zu Versprechern und weiteren sprachlichen Fehlleistungen (Freud, 1904). Die lexikalischen Wahlen können gemäß Spence verborgene Intentionen und Motive der Erzählerinnen transportieren.

Bereits erwähnt wurde die linguistische Theorie der *Konstruktionsgrammatik* (Fillmore, Kay, & O'Connor, 1988; Goldberg, 1995). *Konstruktionen* sind Einheiten von Form und Bedeutung; alle Ebenen der Sprachbeschreibung sind dabei gleichwertig beteiligt. Die gebrauchsbasierte Konstruktionsgrammatik ist kompatibel mit vielen Annahmen der Interaktionalen Linguistik und Postulaten einer Grammatik der gesprochenen Sprache. Wichtig für das Meinen und Verstehen im Gespräch aus der Sicht der Gesprächsanalytiker sind der Kontext und die Sequenz, in denen Wörter und Ausdrücke verwendet werden. Diese haben demnach verschiedene Bedeutungspotenziale, die abhängig von Situation und Kontext zur Geltung kommen oder interaktiv hergestellt werden, was auch als *Bedeutungskonstitution* bezeichnet wird (Depermann, 2006b, Linell, 2009). Bedeutung wird laufend vom Sprecher generiert und vom Hörer verstanden, indem die aktuell passende aus den potentiell möglichen und

¹ Ob die Einteilung in Segmente als Propositionen mit Prädikat-Argumentstruktur den Eigenarten der gesprochenen Sprache gerecht wird, ist umstritten (Auer, 2010); für die Bearbeitung mit NLP-Werkzeugen jedoch notwendig.

bekannten erschlossen wird. Dieser Vorgang läuft zu einem großen Teil implizit ab, und jede Äußerung bleibt in dem Sinne unterspezifiziert, dass sie nicht alle Aspekte ausdrückt, die für eine vollständige Interpretation nötig wären (Radden, Köpcke, Berg & Siemund, 2007).

Narrativik und Gesprächsanalyse zeigen, dass Gespräche nicht in Einzelworte zerlegt werden können, sondern dass größere Einheiten, mindestens Ausdrücke bis hin zum Diskurs betrachtet werden müssen (Feilke, 1996, S.66), um sprachliche Regelmäßigkeiten festzustellen. Die Phraseologie beschäftigt sich auf einer eher formal-linguistischen Ebene mit *Mehrwortausdrücken* (englisch multiword expressions, MWE), die von einfachen Wortkombinationen bis zu ganzen Sätzen reichen. Die Beschreibung und Klassifizierung von Phänomenen wie Kollokation, Idiom, Metapher und Metonymie sowie die Entwicklung geeigneter maschineller Suchprozeduren ist die Domäne von Computerlinguistik und Korpuslinguistik.

Corpus Pattern Analysis (CPA) ist ein Verfahren, um die Bedeutung von Ausdrücken in (englischen) *Verbpatterns* mit den Mustern ihres Vorkommens im „normalen“ Sprachgebrauch in Verbindung zu bringen (Hanks, 2008). Die Bedeutung wird strikt an den *Sprachgebrauch* gekoppelt und ergibt sich aus der Verwendung der Verben in bestimmten syntaktischen und phrasalen Mustern und Kontexten, d.h. jedes Verb ist mit einem oder mehreren syntagmatischen Mustern und den entsprechenden Argumentrollen assoziiert, wie in den Beispielen zum Verb „beruhigen“ gezeigt werden kann: „Die Mutter beruhigt das Baby“, „Schokolade beruhigt die Nerven“, „Der Staat will sein Gewissen beruhigen“, „Beruhige dich!“.

Fragestellungen

Ziel des vorliegenden Projektes war der Aufbau eines Lexikons für Konstruktionen (Konstruktikon), und gleichzeitig die Implementierung in einer elektronischen und über das Internet zugänglichen Ressource. Folgende Fragen sollten beantwortet werden: Können Konstruktionen aus Korpusbeispielen erschlossen und adäquat im Lexikon dargestellt werden? Können gleich lautende oder ähnliche Konstruktionen mit unterschiedlicher Bedeutung (Homonymie und Polysemie) im Lexikon differenziert abgebildet werden? Wie viel Kontext müssen Lexikoneinträge enthalten? Wie dekontextualisiert dürfen sie sein? Schließlich ging es darum zu klären, ob der Begriff der Konstruktion ein passendes Konzept für die Abbildung lexikalischer Phänomene darstellt und ob die computergestützte Kodierung in der Erzählanalyse JAKOB mit den Lexikonergänzungen verbessert werden kann.

Daten / Korpora

Die neu aufgenommenen Lexikoneinträge wurden größtenteils abgeleitet aus Korpusbeispielen. Dafür wurden die folgenden „hauseigenen“ und öffentlichen Korpora verwendet:

- Das Korpus *Wilma* umfasst 326 Sitzungen aus einer mehrjährigen Psychotherapie. Das Datenvolumen beträgt 2.4 Mio. Tokens (ca. 1.9 Mio. Wörter).
- Das Korpus *Amalie* umfasst 208 transkribierte Sitzungen, was einem Datenvolumen von 1.1 Mio. Tokens entspricht.
- Das Korpus Gustav umfasst 54 transkribierte Sitzungen mit 297'000 Tokens.
- Das Archiv für Gesprochenes Deutsch (AGD) beinhaltet in diversen Forschungsprojekten erstellte Korpora mit gesprochener deutscher Sprache und stellt sie für Forschungszwecke zur Verfügung. Datenbestand: 5.7 Mio. Tokens.
- Das Schweizer Textkorpus wird am Deutschen Seminar der Universität Basel aufgebaut und gehört zu einem internationalen Forschungsprojekt (Digitales Wörterbuch der Deutschen Sprache, DWDS) zur deutschen Standardsprache des 20. Jahrhunderts. Es enthält ca. 20 Mio. Textwörter (geschriebene Sprache).
- Das Korpus deWAC² ist eine öffentlich zugängliche Sammlung deutscher Texte aus dem Internet. Auch hier handelt es sich um ein Korpus geschriebener Sprache. Größe: 1.6 Milliarden Tokens.

Methodisches Vorgehen

Am Anfang stand eine gesprächsanalytische Untersuchung einzelner Gesprächsstellen mit auffallenden sprachlichen Phänomenen. Es wurden Gesprächsstellen gesucht, die auf Grund der bestehenden automatisierten und manuellen Kodierprozeduren der Erzählanalyse JAKOB erfahrungsgemäß nicht adäquat kodiert werden können, d.h. wo die Bedeutung, die aus dem Kontext und der Situation konstituiert wird, nicht aus den lexikalischen Grundlagen erschlossen werden kann. Anschließend erfolgte ein Vergleich mit weiteren Textstellen, die gleiche oder ähnliche Konstruktionen beinhalten, und eine systematische Suche nach Zusammenhängen und Regelmäßigkeiten dieser Konstruktionen über alle erwähnten Korpora. Zu diesem Zweck wurden die Korpus-texte lemmatisiert und getaggt mit Hilfe von speziellen Werkzeugen zur Analyse von großen Korpora (*sketch engine*³).

Beispiel

Im Folgenden soll das Vorgehen an einem Beispiel gezeigt werden. Der idiomatische Ausdruck „an den Karren fahren“ stammt aus einer Gruppe von Konstruktionen mit dem Begriff „Karren“. Ein Gesprächsausschnitt zeigt die Verwendung dieses Ausdrucks im Korpus *Wilma*:

² URL: <http://the.sketchengine.co.uk/auth/corpora/> (4.11.2010).

³ URL: <http://the.sketchengine.co.uk/>

Gesprächsausschnitt aus dem Korpus Wilma:

- 14 T: hmhm hmhm und da sind Sie ja auch der Kollegin
 15 ein bisschen **an den Karren gefahren** +
 16 und Sie haben das auch
 17 P: habe ich heute ganz offensichtlich gemacht +
 18 T: und Sie signalisierten das auch äh durch so
 verschiedene Zeichen auch + signalisiert

Der Therapeut umschreibt Wilmas Aktion gegenüber der Kollegin mit „an den Karren fahren“ und verwendet damit einen idiomatischen Ausdruck, der Interpretationsspielraum offen lässt und durch umgangssprachliche Rauheit ausdrückt, dass Wilma richtig gehandelt hat, indem sie sich verteidigte und nicht unterkriegen ließ. Wilma sagt kurz vor der oben zitierten Stelle, dass es darum gegangen sei, die Mutter nicht zu konkurrenzieren, ihr nicht „ins Gehege zu geraten“. Dieser von der Klientin vorgeschlagene idiomatische Ausdruck wird jedoch vom Therapeuten nicht aufgenommen, sondern er formuliert eine aktive Variante „jemandem an den Karren fahren“. Diese Ausdrucksweise wird aber wiederum von Wilma nicht aufgenommen; auch in den weiteren Stunden wird der Ausdruck - mit einer Ausnahme - nur vom Therapeuten gebraucht (s. Tab. 1).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Konstruktion „jemandem an den Karren fahren“ in Wilmas Transkripten 13 mal verwendet wird, 12 mal vom Therapeuten und nur einmal von der Klientin, und dass damit in den untersuchten Gesprächsstellen immer die gleiche Bedeutung intendiert ist, die als „Kommunikation mit aggressiver Selbstbehauptung“ bezeichnet werden könnte. Die metaphorische Redensart ermöglicht Vagheit in der Bedeutungskonstitution und kann so als Formel eingesetzt werden, die in verschiedenen Situationen angewendet werden kann. Die lexikalisierte Kernbedeutung wird im Dialog erweitert oder „privatisiert“. Die aktiven Konstruktionen „an den Karren fahren“ und „ins Gärtchen trampen“ werden aus-

Tabelle 1: Konstruktionen mit „Karren“

Konstruktion	WIL	AMA	GUS	AGD	CHTK	deWAC
an den Karren fahren	13	0	0	0	0	62
den Karren ziehen	1	0	0	0	3	33
d. Karren aus dem Dreck ziehen	0	0	0	0	1	75
den Karren schleppen	1	0	0	0	0	4
sich vor den Karren spannen lassen	0	1	0	0	0	129
vor den Karren spannen	0	0	0	0	0	98
Karren in den Dreck fahren	0	0	0	0	0	44
Karren (Nomen)	15	5	0	52	125	3598

schließlich vom Therapeuten gebraucht und von der Klientin nicht übernommen; sie verwendet dagegen die passive Konstruktion „ins Gehege geraten“. Salienteste Kollokationskandidaten für den Ausdruck „an den Karren“ im Korpus deWAC (n=92): pinkeln (4 / 5.8), fahren (65 / 2.5) spannen (4 / 2.49)⁴. Die Tabelle 2 zeigt den Lexikoneintrag „an den Karren fahren“ mit allen für den vorliegenden Bericht relevanten Lexikonmerkmalen.

Tabelle 2: Lexikoneintrag: fahren an den Karren (Ausschnitt)

Grundform	
Grundform (kanonische Form)	fahren an den Karren
Wortart (part of speech)	verb
Kopf des Mehrwortausdrucks (head)	fahren
Mehrwoorteintrag (phr)	phr (Typ des Mehrwoorteintrags: idiom)
Semantik und Pragmatik	
Domain und Topic	general , un
Register, Texttyp, Polarität (Stärke)	umgangssprachlich, Polarität negativ (1.0)
Definition	jmdm. durch seine Äußerungen, Handlungen schaden wollen. Funktion: Kommunikation mit aggressiver Selbstbehauptung, Positionierung.
semant. Eigenschaft (semType)	act – unspecified activity
pattern	[[Human]] fahren [[Human]] {an den Karren}
bauplan	605: 1 - - L2 subj Human 2 fahren VVFIN L0 root n/a 3 - - L2 objd Human 4 an APPR L2 pp n/a 5 die ART L6 det n/a 6 Karren NN L4 pn n/a
natclause (Verwendungsformel)	jmd fährt jmdm an den Karren
Frame (FrameNET)	angreifen1
Dornseiff Sachgruppen	9.61 Beschädigen
JAKOB Code, Dimension	SIG-ATT , Geschehen (Vorgehen)
Cross References	ins Gärtchen trampen, ins Gehege geraten
Syntax	
Wortart (part of speech)	verb
syntaktische Eigensch. (synType)	main-vb – Hauptverb
(transType)	intr – intransitiv
Satzmuster nach Wahrig (synFrame)	650 – DatO + PräpO
passende Präposition	an
Hilfsverb (auxType)	sein
Orthogr. Variante (orthVariant)	pinkeln an den Karren
Diverses	
Bemerkungen (note)	- Korpusverwendung (WIL) entspricht nicht der DU11-Bedeutung. - umgangssprachlich, gem. Duden11 salopp: jmdm. an den Karren pinkeln.

⁴ Häufigkeit und Assoziationsmass aus der sketch engine (logDice score).

Fazit und offene Fragen

Aktuell beinhaltet das JAKOB-Lexikon ca. 7000 Einträge; davon sind 900 Mehrwortausdrücke. 1200 Einträge sind mit passenden Verbpatterns versehen. Das Schwergewicht des Lexikons liegt auf Verben und verbalen Ausdrücken, entsprechend den konzeptuellen Vorgaben der Erzählanalyse JAKOB, die nach dem Paradigma der Dependenzgrammatik das Verb in das Zentrum des Satzes stellt. Das JAKOB-Lexikon ist online zugänglich.⁵

Die verwendeten *Korpora* aus Therapiesprachen sind vom Umfang her sehr unterschiedlich. In der Arbeit damit hat sich herausgestellt, dass eine Minimalgröße notwendig ist, um korpuslinguistische Fragen beantworten zu können. Die erste Forschungsfrage kann also dahingehend beantwortet werden, dass Konstruktionen aus Korpora differenziert erschlossen werden können, wenn die Korpusgröße mindestens 2 Millionen Tokens beträgt.

Das Konzept der *Konstruktion* ist geeignet für die Abbildung von Lexikoneinträgen, von Einzelworten bis zu komplexen Wortverbindungen. Alle Merkmale eines Lexikoneintrags charakterisieren gemeinsam eine Konstruktion als Kombination von Form und Bedeutung mit einem reichhaltigen Set von Merkmalen. In diesem Sinn wird ein weiter Konstruktionsbegriff angestrebt, und nicht eine technische Kurzformel. Für die maschinelle Lexikonabfrage ist die Kombination und das Zusammenspiel der Merkmale *natclause*, *bauplan* und *pattern* (für Verbausdrücke) wichtig. Diese bilden alle im Zusammenspiel mit einem bestimmten Verb in einer bestimmten Kommunikationssituation relevanten Satzkomponenten mit semantischen Typen versehen ab und repräsentieren so eine eindeutige Konstellation. Das maschinell lesbare Satzmuster *bauplan* wird mit Hilfe eines Parsers aus dem von der Lexikografin formulierten Merkmal *natclause* generiert.

Die Frage nach der Zuordnung der *pragmatischen Kategorien* zu den Konstruktionen hat sich als schwierig erwiesen, weil diese nicht unabhängig von der Situation bestimmt werden können. Diese Eigenschaften müssten bei der lexikalischen Analyse als paralleles Situationswissen neben dem Lexikonwissen mitgeführt werden und in die Bedeutungszuweisung einfließen (z.B. Gesprächstyp, Gesprächsthema, kommunikative Funktionen).

Die Entwicklung von sprachlicher Bedeutung in der Situation und Interaktion beruht auf zwei wichtigen Eigenarten der mündlichen Verständigung: *Unterspezifizierung* und *Vagheit*. Metonymische und metaphorische Aussagen evozieren vage Vorstellungen und Stereotypen, die in der Rezeption und Reproduktion zu neuen kreativen Bildern und Konstruktionen führen. Kommunikatives Ziel des Metonymie- und Metapherngebrauchs ist nicht kognitive Präzision, sondern Vagheit; die semantische Plastizität von Sprache ist eine notwendige Bedingung der Kommunikation (Feilke, 1996). Das Phänomen der Vagheit wird z.B. anhand der Konstruktion „an den Karren

⁵ URL: <http://www.jakoblexikon.ch/lexikon/>

fahren“ ersichtlich, oder anhand von Konstruktionen mit dem Ausdruck „Zeug“ (vgl. Luder, 2009). Die weitere Entwicklung des Lexikons müsste also immer wieder nach Möglichkeiten suchen, Unterspezifizierung, Vagheit und kreativen Sprachgebrauch mit den Lexikonkonzepten in Verbindung zu bringen, als Ergänzung zur lexikalischen Kategorisierung.

In der Zusammenarbeit mit Computerlinguisten, die unter den Themen *sentiment analysis* und *opinion mining* die Möglichkeiten der automatischen Erkennung von Emotionen und emotionaler Polarität auf Wort- und Satzebene in Textkorpora erforschen (Klenner, Petrakis, Clematide, & Luder, 2012), wird der Nutzen dieser Eigenschaften auch für das JAKOB-Lexikon erprobt. Die Erkennung von Polaritäten über die Wortebene hinaus könnte vom lexikalischen Ansatz stark profitieren, wenngleich dies einen sehr großen Aufwand für die Lexikonbearbeitung erfordert.

Das Fazit lautet: Konstruktionen können aus Korpusbeispielen erschlossen werden; das Konzept der Konstruktion bietet dafür eine geeignete Basis. Mit einem reichhaltigen Set von Lexikonmerkmalen können auch formal ähnliche Konstruktionen mit unterschiedlicher Bedeutung im Lexikon differenziert dargestellt werden. Unter der (allerdings hypothetischen) Voraussetzung, dass das Lexikon „vollständig“ ist, kann die computergestützte Kodierung in der Erzählanalyse JAKOB mit den vorgestellten Lexikonergänzungen stark verbessert werden.

Zahlen zur Erzählanalyse JAKOB

Eine ausführliche Zusammenfassung der Projekte und Publikationen zur Erzählanalyse JAKOB seit dem Jahr 1998 ist im JAKOB-Report zu finden (Luder & Schnell, 2013).⁶ Im Jahr 2003 wurde die Internetapplikation „AutoJAKOB“ entwickelt; ab diesem Zeitpunkt wurden die Erzählanalyse-Projekte einheitlich erfasst und dokumentiert. Es handelt sich dabei um mehr als 200 Projekte, die über 2000 Erzählungen mit ca. 60000 Textsegmenten beinhalten. Diese Daten sind laufend eingeflossen in die Entwicklung der JAKOB-Anwendung, aber auch in die Entwicklung und Ergänzung des JAKOB-Lexikons.

Literatur

Arboleda, L., Boothe, B., Grimm, G., Hermann, M.-L., Luder, M., Neukom, M. et al. (2010). Kurzanleitung zur Erzählanalyse JAKOB: Version 10/10 (Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie, Nr. 58). Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.

⁶ Online: <http://www.jakoblexikon.ch>

- Boothe, B. (2004). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie* (2. Aufl.). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Boothe, B. (2011). *Das Narrativ: Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart: Schattauer.
- Boothe, B., Grimm, G., Hermann, M.-L. & Luder, M. (2010). JAKOB Narrative Analysis: The psychodynamic conflict as a narrative model. *Psychotherapy Research*, 20 (5), 511-525.
- Deppermann, A. (2006a). Konstitution von Wortbedeutung im Gespräch: Eine Studie am Beispiel des jugendsprachlichen Bewertungsadjektivs *assi*. In A. Deppermann & T. Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Be-deuten. Wie Bedeutung im Gespräch entsteht*. 2. Aufl. (S. 158-184). Tübingen: Stauffenburg.
- Deppermann, A. (2006b). Construction Grammar - Eine Grammatik für die Interaktion? In A. Deppermann, R. Fiehler & T. Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen* (S. 43-65). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Feilke, H. (1996). *Sprache als soziale Gestalt: Ausdruck, Prägung und die Ordnung der sprachlichen Typik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Fillmore, C. J., Kay, P. & O'Connor, M. C. (1988). Regularity and idiomaticity in grammatical constructions: The case of *let alone*. *Language*, 64 (3), 510-538.
- Freud, S. (1904). *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*. GW IV.
- Goldberg, A. E. (1995). *Constructions: A construction grammar approach to argument structure*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Hanks, P. (2008). *Lexical Patterns: From Hornby to Hunston and beyond*. In E. Bernal & J. DeCesaris (Hrsg.), *Proceedings of the XIII. Euralex International Congress* (S. 89-129). Barcelona.
- Klenner, M., Petrakis, S., Clematide, S. & Luder, M. (2012). Compositional Syntax-based Phrase-level Polarity Annotation for German. *Linguistic Issues in Language Technology - LiLT*, 7 (15).
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind, and world dialogically: Interactional and contextual theories of human sense-making*. Advances in cultural psychology. Charlotte, N.C.: Information Age Publishing.
- Luder, M. (2009). Konstruktionen in der Erzählanalyse JAKOB. In G. Grimm, N. Kapfhamer, H. Mathys, S. Michel & B. Boothe (Hrsg.), *Erzählen, Träumen, Erinnern. Erträge Klinischer Erzählforschung. Sonderband Psychoanalyse*, 2 (23), 226-237. Lengerich: Pabst.
- Luder, M. (2010). Building an OLIF-based lexical database for representing constructions. In S. Granger & M. Paquot (Hrsg.), *eLexicography in the 21st century: New challenges, new applications*. Proceedings of eLex 2009, Louvain-la-Neuve, 22-24 October 2009 (pp. 229-239). Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain.
- Luder, M. (2011). *Konstruktionen im Lexikon - Konstruktionen in der Erzählanalyse*. Dissertation, Universität Zürich: Books on demand.
- Luder, M. & Clematide, S. (2010). Constructing a Constructional MWE Lexicon for psycho-conceptual Annotation: Evaluation of CPA and DuELME for Lexicographic Description. In A. Dykstra & T. Schoonheim (Hrsg.), *Proceedings of the XIV Euralex International Congress* (pp. 152-153). Leeuwarden.
- Luder, M. & Schnell, K. (2013). *Die Erzählanalyse JAKOB. Entwicklung und Anwendung 1989 bis 2012*. Hamburg: BOD.

Radden, G., Köpcke, K.-M., Berg, T. & Siemund, P. (Eds.) (2007). Aspects of meaning construction. Amsterdam: Benjamins.

Spence, D. P. (1980). Lawfulness in lexical choice: a natural experiment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, 115-132

Mechthild Neises, Kerstin Weidner (Hrsg.)

Qualitative Forschungsansätze und Ergebnisse in der psychosomatischen Frauenheilkunde

Die Qualitative Forschung hat sich in Sozial- und Humanwissenschaften etabliert, verbunden mit der Forderung nach offenen Erhebungsmethoden, bei denen die Befragten „wirklich zur Sprache kommen“ und die individuelle Innenperspektive erkennen lassen. Es geht in diesem Buch um das Beschreiben, Interpretieren und Verstehen von Zusammenhängen, die Aufstellung von Klassifikationen oder Typologien und die Generierung von Hypothesen.

Als Basis dienen vielfältige laufende oder abgeschlossene Forschungsarbeiten aus dem Fachgebiet der Psychosomatischen Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Dabei wird das umfangreiche Spektrum von psychosomatischen und somatopsychischen Krankheitsbildern vorgestellt – im Kontext unterschiedlicher Lebensphasen und Lebenslagen.

Psychosomatische Frauenheilkunde will die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nehmen. Dazu ist es erforderlich, die Patientin als Interpretin ihrer Umgebung in ihrer individuellen Wirklichkeit zu erkennen und zu erleben. Die vorliegende Aufsatzsammlung macht eindrucksvoll deutlich, dass qualitative Forschung tiefe Einsichten in die verborgene Welt weiblicher Problemlagen und ihrer medizinischen Behandlung generieren kann.

Unterstützt wurde das Projekt von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V., DGPFPG.

308 Seiten, ISBN 978-3-89967-578-8, Preis: 30,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Sprachgeschehen struktureller Störungen. Narrative und interaktive Beziehungsgestaltung bei Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung

Lina Arboleda & Vania Zschokke

Zusammenfassung

Erste zusammenfassende Ergebnisse des laufenden Dissertationsprojekts, das die narrative und interaktive Beziehungsgestaltung zwischen Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihren Therapeuten mittels zweier qualitativer Methoden untersucht, werden dargestellt. Während transkribierte Eröffnungs- und Beendigungsepisoden von ausgewählten Therapiestunden als exemplarische Szenen interaktiver Beziehungsgestaltung die Grundlage der Gesprächsanalyse bilden, werden für die Erzählanalyse aus derselben Therapiestunde Erzählungen extrahiert und mit Hilfe der Erzählanalyse JAKOB analysiert. Als Resultat der jeweils zusammengeführten Ergebnisse der beiden Untersuchungen soll eine erste vorläufige sprachbasierte Strukturtypologie dargestellt werden.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung, Strukturdiagnostik, Erzählanalyse, Gesprächsanalyse, Therapeutische Interaktion

Studiendesign

In der Forschungsliteratur existieren einige Studien, die zur Untersuchung und Validierung des Konzepts der Mentalisierung (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) sowie zur Überprüfung der Therapiewirksamkeit bei Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) die Sprache auf differenzierte Weise analysieren (Bouchard et al., 2008; Dammann et al., 2011; Jeanneau & Armelius, 1993; Levy et al., 2004, 2006; Fonagy et al., 2004; Sundbom & Jeanneau, 1996; Walter et al., 2009). In diesen Kontexten wird insbesondere auf das Konzept des *Reflective Functioning* rekurriert (Fonagy et al., 1998, 2004; Fischer-Kern et al., 2010). Auch im Rahmen von Untersuchungen, die mit dem *Adult Attachment Projective* arbeiten, findet eine genaue Betrachtung der besonderen Sprechweise von Patienten mit einer

BPS statt (George et al., 1999; Buchheim et al., 2004, 2007). Allerdings finden sich kaum qualitative Untersuchungen, die Therapiestunden als sogenannte „natürliche Gespräche“ als Datenbasis zur induktiven Analyse spezifischer Narrations- und Konversationsmodi von BPS-Patienten untersuchen. An diesem Punkt knüpft das vorliegende Dissertationsprojekt an, das im Sinne einer Methodentriangulierung mittels zweier qualitativer Verfahren Therapiegespräche mit BPS-Patientinnen untersucht. Die Analyse soll eine sprachbasierte Strukturtypologisierung ermöglichen, also einen Beitrag leisten zur Ausdifferenzierung und Unterkategorisierung der ausgesprochen heterogenen Patientengruppe der BPS. Dabei beziehen wir uns auf die von Otto F. Kernberg entwickelte Unterscheidung in unterschiedliche Strukturniveaus (Kernberg, 1984/1988).

15 Patientinnen weiblichen Geschlechts mit der Verdachtsdiagnose einer BPS wurden auf zwei vergleichbaren Psychotherapiestationen der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und der Universitären Psychiatrischen Klinik in Basel rekrutiert. Nach durchgeführtem SKID-II Fragebogen und ausgehändigter Testbatterie zur Erfassung zusätzlicher diagnostischer Daten wurden jeweils vier Therapiegespräche auf Audio oder Video aufgenommen, woraus pro Patientin jeweils ein Gespräch ausgewählt, transkribiert und mit den beiden Methoden der Gesprächsanalyse und Erzählanalyse JAKOB analysiert wurde. Wie bei qualitativen Studien üblich, steht ein nach Methoden der Grounded Theory geleitetes hermeneutisches Vorgehen im Zentrum, welches die spezifischen Fragestellungen anhand des Transkriptmaterials entwickelt. Folgende Fragen bilden den Ausgangspunkt der explorativen Querschnittstudie: Welche Charakteristika weist die Sprache von Patientinnen mit einer BPS in ihrer narrativen und interaktiv-konversationellen Funktion auf? Lassen sich anhand der sprachlichen Analysen Typologien von Narrations- und Interaktionsmustern herausarbeiten, die schließlich eine sprachbasierte Strukturtypologisierung möglich machen?

Im Folgenden werden zwei exemplarische Analysen in verkürzter Form dargestellt. Auf die detaillierte Wiedergabe der Gesprächs- und Erzählanalyse wird zugunsten einer Zusammenführung der beiden methodischen Ergebnisse verzichtet. Zuletzt soll eine vorläufige sprachbasierte Strukturtypologie dargestellt werden.

Methoden

Gesprächsanalyse

Die Methode der Gesprächsanalyse hat sich aus der Konversationsanalyse entwickelt und befasst sich vorwiegend mit der Analyse gesprochener, meist dialogischer Sprache. Sie untersucht die Art und Weise, wie Menschen Gespräche führen und die systematischen, meist routinisierten Gesprächspraktiken, mit denen die Gesprächsteilnehmer im Gespräch Sinn herstellen (Bergmann, 1991). Die von Deppermann (2001) vertretene und im vorliegenden Projekt angewandte Version der Gesprächsanalyse

unterscheidet sich insofern von der klassischen Konversationsanalyse, als er konkrete methodische Vorgehensweisen aufzeigt, die jedoch flexibel auf das jeweilige Forschungsfeld zuzuschneiden sind. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden jeweils die Eröffnungs- und Beendigungsphasen der aufgenommenen Therapiesitzungen als exemplarische Szenen interaktiver Beziehungsgestaltung von Therapeut und Patient nach den gesprächsanalytischen Konventionen transkribiert (Selting et al., 2009) und anschließend analysiert. Im Folgenden werden jedoch ausschließlich die Gesprächsanfänge dargestellt.

Erzählanalyse JAKOB

Die Methode der Erzählanalyse JAKOB ist ein psychoanalytisch orientiertes Analysinstrument für Alltagserzählungen aus Psychotherapiegesprächen, das an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich entwickelt wurde (Arboleda et al., 2010 und Boothe et al., 2002). Erzählungen werden als episodische Handlungsabläufe definiert, die einen Start, eine Entwicklung und ein Ergebnis aufweisen und somit einen Spannungsbogen aufbauen. Ausgangspunkt der Analyse ist der schriftlich fixierte Text, der nach Subjekt-Prädikat-Verknüpfungen segmentiert und mit Hilfe des Computerprogramms AutoJAKOB kodiert wird. Die Interpretation der Befunde der Erzähldynamik führt in einem zweiten Schritt zur Formulierung der Konfliktdynamik der Erzählerin. Das Zentrum dieses narrativen Zugangs bildet also die interpretative Erschließung des dramaturgischen Potenzials der Erzählung, d.h. ausgehend von hypothetischen Erfüllungs- und Katastrophenszenarien werden die Wunsch- und Angstthemen sowie typische Abwehrmechanismen der Erzählerin erschlossen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden jeweils zwei bis vier Erzählungen pro Patientin untersucht, im Folgenden wird jedoch nur ein Narrativ pro Fall dargestellt.

Erste exemplarische Analyse: *Hanna Reinhardt

Gesprächsanalytisches Transkript des Stundenanfangs

- 1 T: Jetzt müsst_s GEHen. °hh hh° (1.4)
- 2 P: i_JA. (1.6) ((Schnalzlaut)) ich hoffe jetzt mal hier kann_ich meine gefÜH:Le (-) ABladen, (.) also
- 3 einfach ZUlassen. °h (-) WEIL_ICH: ff° momentan sehr AAngespannt bin, (2.4) ((Schnalzlaut)) ÖHM::.
- 4 (1.2) weiss gar nicht; =was_ich DENken soll:- =was_ich FÜH:len soll=-was_ich soll- (2.0) °hh i_JA? (-)
- 5 bei einem solchen punkt- =wo_ich- °h (---) Angekommen bin; =der- (1.2) UNangenehm ist, (2.0) der

- 6 auch mit der ZUKunft natürlich auch zu tun hat- =un:d.
- 7 T: =m_HM, (3.5)
- 8 P: JA- eigentlich das_ganze wochenENDE,(.) es_ist zwar ganz oKEY gewesen;;
Aber; (2.0) JA; <<leicht
- 9 lachend> hab nicht vo viel vom wochenENDE gehabt>; weil_ich- °h(---) äh-
=am SAMstag irgendwie
- 10 bin_ich EINgeschlafen um NEUn bis am sonntag um EINS.(.) ((schnalzlaut))
(.) TOLL, h° °h(.) ja: und
- 11 am MOrgen mit SCHMERzen aufgewacht:- =einfach:- =weiss AUCH nicht.(-)
- 12 T: n_NIErenschmerzen wieder, =Oder-oder-
- 13 P: ja jetzt ist_s der RÜcken, (---) als_also HEUT Nachmittag; °hh (-) hat_es
Angefangen- =also ich hab ja
- 14 dann irgendwie geMERKT, =dass so langsam alles WEH Tut; °hh (.) dann bin
ich in den SPORT
- 15 gegangen- =und dann halt- (.)JA, =so kein MASS mehr gehabt. (.)einfach so
eine innere WUT gehabt;
- 16 <<acc> habe ich ged- d_das °h SCHISS_sch (.) ist mir eigentlich alles scheis-
segal was_jetzt mit MIR
- 17 passiert. =noch_vo_noch =deinen EINSatz geben- > °hh (.) JA; =und dann bin
ich dann RAUS- =und dann
- 18 ich- =<<flüsternd> VERDAMMT> fast nicht mehr LAUFen, =und es hat
WEH getan; (.) es macht JETZT
- 19 noch WEH, <<all> jetzt hab ich mal SCHMERZtablette genommen, =es_ist
zwar nicht der SINN der
- 20 SACHE; =aber; > °hh JA:- =damit es äi_ich DANn auch;; (---) ((schnalzlaut))
JA,=damit es wenigstens
- 21 SMERZEN, (--) SCHMERzen; (-) wenigstens zum AUshalten SIND. (-) und
JA:::? h° (-) jetzt ist die
- 22 WAT- (.) die WUT, =nicht mehr so im BAUCH, (--) SONdern jetzt hat_es ein-
fach auf den KÖRper rauf,
- 23 (--) es_ist- <<all> JA_a, es ist nicht möglich. =ich habe ja den GANZEN tag,
=ich habe ja nichts (.)
- 24 hochgehOben; =oder falsche bewegung ^geMACHT.> (.)
- 25 T: m_HM. (-)
- 26 P: und es_ist einfach DAS; =und das SCHEisst mich einfach AN. (1.2) ^JA:.
=und das_ge_jetzt_hab_ich
- 27 wieder das_geFÜHL das sind- (-) symptome die_ich KEnne. (-) also:- =wie
auf den RÜcken- =oder wie
- 28 auf den BAUch- =oder was denn auch WA_AS. (.)

Extrahierte Erzählung aus derselben Therapiestunde

„Die Wut ist einfach nicht weg“

- 1 und es ist letztes Mal etwa vor eineinhalb Jahren her gewesen
 2 dort bin ich auch in so einer Stresssituation gewesen
 3III2 und ja in der ich einfach dann am Limit gelaufen bin
 4 und ich laufe jetzt am Limit
 5 und ja es hat auch einen positiven Aspekt
 6 ich habe das ganze Wochenende ohne Reserven gehabt gemacht
 7 ich habe am Freitag den ganzen Tag damit leben müssen
 8 ich konnte ja eh nichts machen
 9 es ist eh niemand da gewesen fast
 10 ja da hab ich das irgendwie selber meistern müssen
 11 habe ich mich halt abgelenkt mit Sport mit Entspannungsbad mit Musik
 hören mit allem
 12 und die Wut ist einfach nicht weg
 13 sie ist einfach da geblieben
 14 nachher habe ich dann ja gedacht so
 15 eigentlich hab ich mir dann gesagt
 16III15 hallo jetzt ist fertig mit dem und jetzt
 17III15 ich will mir nicht mehr weh machen wegen so etwas
 18III15 ich will mich nicht mehr verletzen
 19III15 für das bin ich echt zu wertvoll
 20 ja und ich habe dann das eigentlich meistern können und Samstagmorgen
 mit dem blöden Gefühl wieder aufgewacht
 21 und ich
 22 nein super
 23 ja dann bin ich dann dr wieder zur Schwester nach *30 (Ort) habe dann ein-
 fach noch mit ihr geredet
 24 und ja ich habe ihr gesagt
 25III24 ich verstehe d Moment die Welt nicht so wirklich und
 26III24 und was eigentlich da Kommunikation und alles
 27III24 was einfach momentan alles ein wenig schief geht
 28 und ja
 29 das habe ich jetzt wenigstens ein wenig abladen können einfach sagen ja ja
 30 und ich habe das jetzt einfach ganze Wochenende mir mi äh mitgetragen
 31 und es hat tausend Mal im Kopf nach vorne nach hinten
 32III31 was mir alles gesagt worden ist
 33 oder was ja es hat einfach immer gespielt und gespielt und gespielt
 34 und es ist nun mal
 35 ja habe ichs einfach zugelassen
 36 und heute Morgen stehe ich doch wieder mit dem gleichen Gefühl auf
 37 es hat mich fast verplatzt

- 38 ich bin fast
 39 ich so
 40III39 nein das geht gar nicht
 41III39 ich ich ich habe keine Kraft mehr
 42 ich kann nicht mehr so

Zusammenführung der Erzähl- und Gesprächsanalytischen Befunde

Typ: „Beherrschen des inneren Fremden und Verwenden des Gegenübers“

Agierende Selbstkontrolle und Angst vor Kontrollverlust

Diffus aversive Zustände bestimmten das Erleben der Patientin, wobei mögliche Ursachen, also eine kontextuelle Einbettung ihres Erlebens nicht erfolgen. Der Zugang zu ihren Phantasien und die Fähigkeit zur Affektdifferenzierung scheint der Patientin verwehrt, stattdessen nimmt sie Körperreaktionen bei sich wahr (Abwehrmechanismus der Affektäquivalenz statt Affekt) und benennt ausschließlich den Affekt der Wut. So berichtet sie zu Gesprächsbeginn zunächst von einer diffusen Anspannung und von körperlichen Schmerzen, das Narrativ ist von Stresserleben und innerem Unwohlsein geprägt. In eindrücklicher Weise schildert die Patientin auf interaktiver und narrativer Ebene Bewältigungsversuche, um ihrer Not Herr zu werden. Diese erfolgen jeweils zunächst im „Alleingang“ (aufgrund fehlender vorhandener Objekte) und zeugen von Bemühungen der Patientin, sich mittels Abarbeiten eines vorgegebenen Handlungskatalogs (Skills) sowie strenger Selbstsuggestion zu beruhigen, was sich als erfolgloses Unterfangen entpuppt. Sie bleibt dem inneren drohenden Selbstverlust hilflos ausgeliefert. Die zu Gesprächsbeginn erfolgte kurze narrative Episode (Z. 17-25¹) fungiert in ihrer zeitlichen Abfolge als Fortsetzung der Erzählung „Die Wut ist einfach nicht weg“ und beschreibt, sozusagen als Folge der erfolglos gebliebenen Bewältigungsversuche und dem betonten Wunsch, sich nicht mehr selbst zu verletzen, wie die Patientin schließlich in der sportlichen Verausgabung doch mit autodestruktivem Verhalten reagiert: Fruchtlos gebliebene Selbstkontrolle mündet schließlich im Kontrollverlust. Die Angst vor Fremdverfügung zeigt sich in der Angst der Patientin vor dem eigenen inneren „Fremden“, sodass die Bewältigungsstrategie der Selbstwirksamkeit und der Selbstsuggestion erfolglos bleibt, da sie das bedrohlich Fremde in sich trägt.

Sprechdrang, Lücken und Gedankenschlaufen

Das von der Patientin zu Gesprächsbeginn benannte Bedürfnis, Gefühle abzuladen, manifestiert sich in ihrer ausgeprägten Sprechaktivität. Es ist die Patientin, die zu

¹ Zeilenangaben beziehen sich jeweils auf das gesprächsanalytische Transkript.

Beginn den Ton angibt, während die Therapeutin lediglich mittels Hörsignalen und kurzen Nachfragen in Erscheinung tritt. Die Selbst- und Fremdkontrolle erfolgt auf interaktiver Ebene durch dauerndes Sprechen. Das Verbalisierte weist jedoch sowohl auf semantischer als auch auf syntaktischer und lexikalischer Ebene Lücken auf (Wortauslassungen: ausgelassene Verben, fehlende Subjekte; redezugsinterne Pausen, Satzplanbrüche), sodass der Zuhörer zu impliziter Komplettierungsarbeit aufgefordert ist. Die inhaltlich fehlenden Informationen zeigen sich in der Erzählung sowie auch in der Interaktion in der mangelhaften kausalen Einbettung ihrer Erlebensschilderung und insbesondere in der unverbunden, sprunghaften Handlungsentwicklung. Besonders deutlich zeigt sich die scheinbar nicht repräsentierte Kausalitätsabfolge zu Gesprächsbeginn darin, dass die Patientin nach erfolgter Schilderung ihres selbstdestruktiven Verhaltens nach einer externen Ursache sucht (Z. 31-32). Der Rededrang sowie die gleichzeitige Sprechanstrengung und Artikulationsschwierigkeit finden auf prosodischer und syntaktischer Ebene im beschleunigten Sprechtempo, den raschen Sprechanschlüssen, dem wiederholten Stolpern (Vorwegnahme von Silben und Worten), den Ausrufen und dem hörbaren Ein- und Ausatmen ihren Ausdruck. Die Patientin wählt neben kurzen szenisch involvierten Episoden häufig einen sich selbst kommentierenden Sprachduktus (Z.17-25), der von allgemeinen, wenig differenzierten Beschreibungen geprägt ist. Angesichts der Schwierigkeit Worte für ihr Erleben zu finden, bei gleichzeitigem Sprechdruck, scheint dieser unbezogene Sprachmodus eine strukturierende, sozialkonforme Funktion zu erfüllen. Auch das auffällig häufig verwendete Füllwort „ja“ fungiert in diesem Sinne als eine Art Sprechkrücke und Strukturierungshilfe.

Fehlende Objekte und verwendete Selbstobjekte

Der Wunsch nach Objektverfügung zeigt sich in den Bewältigungsversuchen der Selbstkontrolle und der Selbstverfügung, die sich in den gehäuften Selbstdialogen (wörtliche Gedankenrede) manifestiert. Der Fokus ist auf das Selbst gerichtet, Objekte dienen der Selbstregulation. Dies kommt auf narrativer Ebene darin zum Ausdruck, dass in der Erzählung keine Figuren auftreten, resp. nur in selbstobjekthaftem Bezug (Schwester) und zeigt sich auf interaktioneller Ebene in der „fehlenden“ Interaktion. Wie die Patientin es zu Gesprächsbeginn selbst benennt und dies auch in der ersten Story tut, benötigt sie das Gegenüber (Therapeutin; Schwester) als Container, in den sie ihre Gefühle abladen kann (Bion, 1962/1992). Das Gegenüber wird zu einem sie regulierenden Objekt, wobei es in seiner eigenen Subjekthaftigkeit nicht in Erscheinung treten darf. Die Patientin erlebt sich unangenehm, äußeren und inneren Reizen hilflos ausgeliefert und kann sich selbst noch nicht als Urheberin erkennen. Den damit verbundenen Ärger und die unspezifische Anklage, die sowohl auf interaktioneller als auch auf narrativer Ebene deutlich werden, scheint dem nicht allzeit verfügbaren Objekt zu gelten.

Zweite exemplarische Analyse: *Marlies Worn

Gesprächsanalytisches Transkript des Stundenanfangs

- T: <<flüsternd> So>; °hh
das ist das MIKrofon, ich tu das EInfach (—) hierhin.
- P: <<p>oKE::>
- T: damit man EINfach uns beide hört. ((Geräusch vom Hinlegen)) so. (3.0) JA↓
(—) sie haben den FOkus² gehört,=
- P: =_JA: <<gepresst lachend> a>
- T: ja ↓ (—) und jetzt wollt ich gern FRAGen, wie (—) was für geDAnken sie
haben dazu; und auch WAS- (—)
- P: ((räuspert sich))
- T: was in ihnen VORgeht oder VORgegangen ist;
- P: (10.0) mHM; viel <<lachend> ähä>,=
- T: =ja?
- P: ja. (5.0) <<pp> °h hhh°>
- T: wollen sie einfach mal, (—) mal so wie eine AUSLegeordnung machen
- P: ja: _ha.=
- T: =mal (—) einfach mal SCHAUen, ohne durchzubespRECHen; sondern einfach
mal SCHAUen was(.) was für geDAnken oder geFÜHle oder SACHen sie
gehabt HABen;
- P: (3.0) also bei diesem SATz der ja (—) ähm <<lachend> mHM mhmHM>
wegen der ((räuspert sich)) (—) wenn:: (6.0) ja wenn_ich mit dem nicht ein-
versch- also wenn_ich (—) wenn_ich mit dem nicht einverstanden bin wegen
dem: (2.0) wegen der vergangenheit; (reden) und so ja [dann]-
- T: [mHM]
- P: ja das das dann irgendetWIE, so keinen SInn mehr_dahinter <<knarrend> seht,
ob> dann ist zuerst so ein wenig wIderstand da gewesen. so(.) so(.) so gedan-
ken so- <<mit erhobener, zittriger, fast weinerlicher stimme> =was_habt ihr
euch eigentlich gedacht->= und <<mit stark erhobener stimme> MÄh::>
<<lachend> ähä>;
- T: mHM,
- P: ja, (3.0)
- T: <<h> mHM>
(—)
- P: <<lachend>mHM> und nachher habe ich. dann. GEDACHT;= ja eigentlich
ists ja (—)°hh WAHr= also schlussendlich bin ich ja DESwegen gekommen.

² Auf dieser Psychotherapieabteilung ist es üblich, dass nach drei Wochen Behandlungszeit ein sogenannter „Behandlungsfokus“ vom Gesamtteam formuliert wird. Die Patientin wird im Anschluss darüber informiert.

- T: mHM. (—) also si HABEN (—) wie haben sie den Widerstand bemerkt? oder was IST da (—) a also was haben sie empfunden,= oder; (—)
- P: das kleine Kind in mir hat sich <<t> VOLL dagegen gesträubt.>
- T: mHM,
- P: es hat sich voll Unsicher und Ungeschützt gefühlt,= so -(—)
- T: mHM,
- P: so AUSgestellt von mir. (2.0)
- T: mHM.
- P: ja. (—) und gleichzei:tig, (2.0) so:: fast ein bisschen- (—) hoffnungs:(—)voll, =nja.
- T: mHM?
- P: erWArtu- (2.5) ja. <<pp> ja

Extrahierte Erzählung aus derselben Therapiestunde

Erzählung „zwei Schnecken“

- 1 gestern war ich da im Gruppenraum
- 2 und ich sah
- 3III2 dass in dem Ding drin zwei Schnecken drin waren
- 4 und ich fand das so aufregend dort zuzuschauen
- 5III4 wie sie dort probiert haben auf dem Blatt rumzuknabbern
- 6 ich weiss nicht
- 7 es ist komisch eigenartig egal
- 8III7 aber ich finde das noch schön
- 9 ich meine
- 10 das schaut sich niemand eigentlich an
- 11 es nimmt sich niemand für solche Sachen Zeit
- 12 aber es sind so schöne Sachen eigentlich

Zusammenführung der Erzähl- und Gesprächsanalytischen Befunde

Typ: „Zwischen vermeidender Naivität und defensiver Kontrolle“

Dilemma und geschicktes Ausweichen vor therapeutischer Konfrontation

Sowohl in der Eröffnungssequenz als auch im Narrativ kommt ein aktuelles Dilemma dieser Patientin deutlich zum Ausdruck: Einerseits befindet sie sich auf einer Psychotherapiestation, die mittels Behandlungsfokus von ihr fordert, über sich und die eigene Lebensgeschichte nachzudenken, in ihren Worten: „über die Vergangenheit zu sprechen“ (Z. 22). Andererseits hält sie ein ihr bekannter Widerstand davon ab zu sprechen. Darin manifestiert sich möglicherweise die Angst davor, die eigene Befindlichkeit nicht mehr kontrollieren zu können und das Gegenüber damit zu überfordern und zu verlieren. Im Gesprächsanfang zeigt sich die Sprechweigerung zunächst in

den langen Pausen, dem gepressten Lachen, Räuspern und hörbarem Ein- und Ausatmen. Als die Patientin schließlich zu sprechen beginnt (ab Z. 19), setzt sich inhaltlich ihre Überwindungsschwierigkeit fort und es kommt auf syntaktischer Ebene zu wiederholten „Auslassungen“ resp. „Aussparungen“ in Form von Satz- und Wortabbrüchen. Auf die Selbstpositionierung der Patientin als Person, der das Sprechen schwerfällt und die gleichzeitig in unvermittelter Weise ihr Commitment signalisiert und damit den zuvor geäußerten Widerstand vorübergehend ungeschehen macht (Z. 24-35; Z. 38-47), reagiert die Therapeutin mit empathischen Interventionen sichtlich bemüht. So entsteht eine Dynamik, die von Vorsicht, Rücksichtnahme und potenzieller Schonung geprägt ist.

Die Erzählung ihrerseits dient der Positionierung der Patientin (gegenüber der Therapeutin) als naive, von der Natur faszinierte Person, die sich von anderen darin unterscheidet, dass sie unverdorben ist. Sie fokussiert mit der Story auf ein angenehmes, aber für die Therapie belangloses Thema, lenkt somit von potenziell unangenehmen bzw. bedrohlicheren Inhalten ab und verführt die Therapeutin zur ästhetischen Diskussion.

Rhetorik der Naivität: Das Unsagbare beherrschen oder davon heimgesucht werden

Die interaktiv und narrativ hergestellte kindliche Positionierung, die sich auf prosodischer Ebene in der auffällig kindlichen, teils stark erhobenen Stimme und dem wiederholt gepressten, kichernden Lachen manifestiert, scheint mehrere Funktionen zu erfüllen. Zum einen macht sie damit dem Gegenüber ihre Schwierigkeit deutlich, Gedanken und Gefühle in Worte zu fassen, sie zeigt ihre Unfähigkeit, sich ohne Unterstützung auszudrücken und verweigert sich ihrerseits Ich-Funktionen zu übernehmen. Diese Art der Beziehungsgestaltung wird interaktionell in der Tendenz zur Selbstinfantilisierung deutlich, mit der sie das Gegenüber in eine aktivere, komplementäre Position zwingt. Andererseits wirkt die demonstrativ naive Art Frau *Worns verführerisch und hat einen stark manipulativen Effekt auf das Gegenüber: Nach der knapp geschilderten Episode im Gruppenraum (S1-5³) setzt sie sich als Erzählerin in Szene, kommentiert aus der Perspektive des Hier und Jetzt mit einem relativierenden „ich weiss nicht“ beginnend, es sei vielleicht sonderbar oder erstaunlich, dass sie so etwas schön finde, aber sie bedaure, dass „niemand“ sich Zeit für eine solche ästhetische Bewunderung nehme. Mit dem Kommentar, ästhetische Betrachtung möge für andere albern sein, betont sie die Einladung an das Gegenüber, die „schöne“ Welt zu bewundern.

Bewunderung des Simplen als Schutz der Unschuld

In der Erzählung „Zwei Schnecken“ bedient sich die Erzählerin einer regressiven Strategie, die Einblick verschafft in ihren basalsten Konflikt: Die Unvereinbarkeit von Urmisstrauen und Urvertrauen, die Sehnsucht nach einer heilen Welt, die im Wider-

³ Die Segmente beziehen sich auf die Erzählung.

spruch steht zu einer sinistren, abweisenden, lebensbedrohlichen Welt, die von ihr immer wieder angedeutet wird. Unheimlich ist gemäß Freud (1919) das, was zugleich unvertraut und vertraut ist. Die Patientin muss den unschuldigen Blick bewahren und ihn auf „Kleinigkeiten“ im Außen richten, um nicht nach innen schauen zu müssen, wo sie etwas Unheimliches ahnt. Angesichts dieser bedrohlichen Innenwelt bleibt ihr wenig Spielraum, um über sich nachzudenken. Vor diesem Hintergrund lässt sich die beinahe identifikatorische Bewunderung der hilflosen Schnecken verstehen, die keine weiteren Sorgen haben, als an einem schmackhaften Blatt zu knabbern.

Vorläufige sprachbasierte Strukturtypologie

Ziel der Analyse ist es, basierend auf den gesprächs- und erzählanalytischen Ergebnissen schließlich eine Art sprachbasierte Strukturtypologie zu schaffen. Die Herausforderung der Methodenkombination besteht darin, dass kein einheitliches Kategoriensystem vorliegt, sodass gemeinsame, sich ergänzende Dimensionen definiert werden müssen. Die vorläufige Strukturtypologie beinhaltet drei zentrale Dimensionen:

1. *Sprachliche Gestaltungsfähigkeit*

Die erste Dimension beinhaltet Aspekte der Erzählvariation, im Sinne eines Vergleichs zwischen den extrahierten Erzählungen, der Hörerorientierung, der Kohärenz sowie der Handlungsmacht.

2. *Art der Rhetorik*

Ausgehend von den Befunden der sprachlichen Gestaltungsfähigkeit lässt sich dann eine für die Patientin spezifische Art der Rhetorik formulieren.

3. *Beziehungsgestaltung (Verwendung des Objekts)*

Die dritte Dimension basiert auf der Art der Rhetorik, im Sinne der sprachlichen Adressierung an ein Gegenüber und erweitert diese Dimension durch spezifisch psychoanalytische Konzepte der Übertragungsbeziehung und der Abwehrmechanismen. Zudem geht es hier um die Frage nach einer möglichen Veränderung der Beziehungsgestaltung im Laufe einer Therapiestunde.

Die drei Dimensionen wurden hier exemplarisch auf die beiden dargestellten Patientinnen angewendet, wobei Frau *Reinhardt als Patientin figuriert, die im Vergleich zu Frau *Worn als in ihrem Strukturniveau niedriger eingeschätzt werden kann.

	*Hanna Reinhardt	*Marlies Worn
Sprachliche Gestaltungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Fehlende Erzählvariation – Mangelhafter Hörerorientierter Spannungsaufbau – Lücken, Kohärenzsprünge – Kaum Handlungsmächtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Größere Erzählvielfalt – Hörerorientierter Spannungsaufbau – Auslassungen – Wechselnde Handlungsmächtigkeit (uneindeutige Selbstpositionierung)
Art der Rhetorik	Rhetorik der Überwältigung und des drohenden Kontrollverlusts	Rhetorik des Unsagbaren und der Naivität (Selbstinfantilisierung)
Beziehungsgestaltung (Verwendung des Objekts)	<ul style="list-style-type: none"> – Abladen – Abwehr: Agieren, Affektäquivalenz statt Affekt – Kaum Veränderung zwischen Stundenanfang und -ende 	<ul style="list-style-type: none"> – Ablenkung, Manipulation – Abwehr: Vermeidung, Intellektualisierung – Fragliche Entwicklung zwischen Stundenanfang und -ende (Commitment)

Literatur

- Arboleda, L., Boothe, B., Grimm, G., Hermann, M.-L., Luder, M., Neukom, M. et al. (2010). Kurzanleitung zur Erzählanalyse JAKOB: Version 10/10. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie, Nr. 58. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Bergmann, J. (1991). Konversationsanalyse. In U. Flick, E. Kardorff & H. Keupp (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S. 213-219). München: Psychologie Verlag Union.
- Bion, W. R. (1992). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Boothe, B., Grimmer, B., Luder, M., Luif, V., Neukom, M. & Spiegel, U. (2002). *Manual der Erzählanalyse JAKOB*. Version 10/02. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie I, Nr. 51. Universität Zürich: Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie I.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A. et al. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (1), 47-66.
- Buchheim, A., George, C., Liebl, V., Moser, A. & Benecke, C. (2007). Mimische Affektivität von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung während des Adult Attachment Projective. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 4, 339-354.
- Buchheim, A., West, M., Martius P. & George, C. (2004). Die Aktivierung des Bindungssystems durch das Adult Attachment Projective bei Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung – ein Einzelfall. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 8 (4), 230-242.
- Dammann, D., Hügli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G.A. et al. (2011). The self-image in Borderline Personality Disorder: An in-depth qualitative research study. *Journal of Personality Disorders*, 25 (4), 517-527.

- Deppermann, A. (2001). *Gespräche analysieren*. Opladen: Leske & Budrich.
- Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, St., Kapusta, N. D. et al. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27 (4), 395-409.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Target, M. Gergely, G., Allen, J. & Bateman, A. (2004). *Entwicklungspsychologische Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Reflective Functioning und Bindung*. Stuttgart: Schattauer.
- Freud, S. (1919). *Das Unheimliche*. Gesammelte Werke XII, Frankfurt: Fischer.
- George, C., West, M. & Pettem, O. (1999): The Adult Attachment Projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 462-507). New York: Guilford.
- Jeanneau, M. & Armelius, B. A. (1993). Linguistic characteristics of neurotic, borderline and psychotic personality organization. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34 (1), 64-75.
- Kernberg, O. (1988). *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Levy, K., Clarkin, J.-F. & Kernberg, O. (2004). Das Adult Attachment Interview (AAI) als Veränderungsmass in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen*, 8, 244-250.
- Levy, K., Meehan, K., Kelly, K., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J. et al. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Functioning in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1027-1040.
- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten D., Bergmann, J., Bergmann P., Birkner K. et al. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 10, 353-402.
- Sundbom, E. & Jeanneau, M. (1996). Multivariate modelling and personality organization: a comparative study of the Defense Mechanism Test and linguistic expressions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 74-83.
- Walter, M., Berth, H., Selinger, J., Gerhard, U., Küchenhoff, J., Frommer, J. et al. (2009). The lack of negative affects as an indicator for identity disturbance in Borderline Personality Disorder: A preliminary report. *Psychopathology*, 42, 399-404.

Autobiografisches Erzählen als Ressource zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse

Geneviève Grimm-Montel & Thomas Seeholzer

Zusammenfassung

Kritische Lebensereignisse treten als prägnante Vorkommnisse aus dem Erlebensfluss einer Person heraus. Sie sind mit hoher affektiver Bedeutung belegt. Als kritisch können sowohl negative als auch positive Ereignisse gelten. Ausschlaggebend ist das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Belastung. Umbruchsituationen können auch Möglichkeiten zu einer persönlichen Weiterentwicklung bieten.

In einer Studie des psychologischen Instituts der Universität Zürich wurde in biographisch-narrativen Interviews mit Menschen im höheren Lebensalter der Frage nachgegangen, auf welche Ressourcen die interviewten Personen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse zurückgreifen.

Die psychoanalytisch orientierte Erzählanalyse JAKOB erwies sich als geeignete Methode, in autobiografischen Erzählungen zu Tod und Trennung die Dynamik des Prozesses der Verarbeitung einschneidender lebensgeschichtlicher Ereignisse aufzuzeigen.

Schlüsselwörter

autobiografisches Erzählen, Kritische Lebensereignisse, Bewältigungsstrategien, Erzählanalyse

Autobiografisches Erzählen

Innerhalb des Erzählens nehmen autobiografische Erzählungen einen besonderen Stellenwert ein. Sie sind Beschreibungen subjektiver Erfahrungen. Sie können als Medium der Selbstverständigung verstanden werden. Die Erfahrung vergangener Wirklichkeit wird vom Erzähler inter-aktional dargestellt. Autobiografische Erzählungen sind Fragmente der eigenen Lebensgeschichte, in denen die erzählende Person als handelndes und leidendes Subjekt im Mittelpunkt steht (Lucius-Hoene, 2002). Autobiografisches Erzählen setzt narrative Kompetenz voraus, d.h. die Fähigkeit, eine Geschichte mit Anfang, Mitte und Ende kohärent berichten zu können. Zugleich

verleiht es der Lebensgeschichte Strukturen und verknüpft eigene Erfahrungen mit anderen Elementen der eigenen Biografie. Es konstituiert und konsolidiert gleichsam das Selbst und ist somit ein Akt der Selbstbehauptung und der Selbstvergewisserung (Grimm & Boothe, 2007; Grimm, 2009).

Angesichts der Tatsache, dass für den alten Menschen seine Vergangenheit zeitlich umfangreicher ist als seine Zukunft, bekommt der mentale Prozess des sich Erinnerns, des Rückblickens und der Bewertung vergangener Erfahrungen eine stabilisierende und integrierende Funktion dadurch, dass zurückliegende Lebenserfahrungen im Hinblick auf aktuelle Entwicklungsaufgaben bewertet werden. Vergangene Erfahrungen werden durch den Akt des Erzählens erneut vergegenwärtigt und durchgearbeitet, sodass sie nun möglicherweise akzeptiert und neu in das aktuelle Selbstwertkonzept integriert werden können (Caduff, 2009).

Eine besondere Bedeutung wird dabei der Integration schwieriger Lebenserfahrungen, zu denen kritische Lebensereignisse zu zählen sind, zugesprochen. Als zeitlich komplexe Phänomene ist es für den Erzählenden keineswegs einfach, das Ereignis in chronologisch korrekter Form darzustellen. So können beispielsweise Rückblenden narrative Mittel sein, vom Ereignis zu berichten. Ebenso können innerhalb komplexer Erzählungen verschiedene Erzählepisoden sinnhaft aufeinander bezogen sein und somit dem Verständnis und der Integration des Erfahrenen dienen.

Kritische Lebensereignisse

Als kritische Lebensereignisse werden Ereignisse bezeichnet, die als Zäsuren, als Wendepunkte im Leben erfahren werden. Sie verweisen auf elementare Bestandteile einer Lebensgeschichte. In Dorschs Wörterbuch der Psychologie findet sich folgende Definition:

Ein kritisches Lebensereignis tritt als prägnantes Vorkommnis aus dem Erlebensfluss einer Person heraus und ist für sie mit hoher affektiver Bedeutung belegt. Die emotionale Involviertheit kann sich auf angenehme oder unangenehme Affekte beziehen, denn als kritisch gelten nicht nur negative (z. B. Entlassung, Umweltkatastrophe), sondern auch positive Ereignisse (z. B. Beförderung, Heirat).

Dabei ist das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Belastung ausschlaggebend. Umbruchsituationen im Leben haben nicht zwangsläufig negative Auswirkungen, sondern bieten auch die Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung (Schmid, 2004, S. 521 f.).

Filipp (1990) betont drei charakteristische Faktoren der kritischen Lebensereignisse:

1. Sie stellen die *raumzeitliche, punktuelle Verdichtung eines Geschehensablaufs* innerhalb und außerhalb der Person dar und sind somit im Strom der Erfahrungen einer Person raumzeitlich zu lokalisieren.

2. Kritische Lebensereignisse stellen *Stadien des relativen Ungleichgewichts* in dem bis dato aufgebauten Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt dar.
3. Das Ungleichgewicht in der Person-Umwelt-Beziehung ist für die Person ein unmittelbares Erleben, das von affektiven Reaktionen begleitet ist. Die Tatsache der *emotionalen Involviertheit* lässt kritische Lebensereignisse im Strom von Erfahrungen und Einzelereignissen, die jedes Leben kennzeichnen, als prägnant und herausragend erscheinen (S. 24).

Ereignisse sind dann besonders kritisch, wenn sie viele Aspekte der Gestaltung des Alltagslebens tangieren und somit einen großen Wirkungsgrad haben. Als weitere Merkmale gelten sowohl die mangelnde Kontrollierbarkeit des Ereignisses als auch die Beeinträchtigung zentraler Anliegen und hochvalenter Ziele der Person (Seeholzer, 2008).

Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne ordnet die Lebensereignisse *drei Klassen* zu (Freund & Baltes, 2005, zit. nach Caduff, 2010; Seeholzer, 2008):

1. *Altersgradierte Ereignisse* korrespondieren mit der ontogenetischen Entwicklung des Individuums und weisen eine hohe Korrelation mit dem chronologischen Alter auf. Ereignisse wie Heirat, Geburt eines Kindes, Schulanfang, Pubertät, Menopause, Eintritt in den Ruhestand, verleihen dem Lebenslauf seine Gestalt und einen Orientierungsrahmen.
2. *Historische Ereignisse* gehen mit soziokulturellen Veränderungen einher. Diese *zeitbezogenen* Ereignisse (Kriege, technologischer Wandel, ökonomische Krisen etc.) differenzieren die Lebenskontexte unterschiedlicher Lebenskohorten.
3. *Non-normative Ereignisse* sind nur lose mit ontogenetischen oder soziokulturellen Veränderungen verbunden. Sie umfassen einerseits Lebensereignisse, die auf kleine Gruppen einer Population begrenzt sind (Fluten, Dürrezeiten, temporäre Arbeitslosigkeit), andererseits Ereignisse, welche für das Individuum hinsichtlich ihres Zeitpunkts im Lebenslauf einzigartig sind (z.B. Scheidung, Tod des Ehegatten, beruflicher Aufstieg/Abstieg).

Holmes und Rahe haben 1967 erstmals in einer Studie ein Verfahren zur Erfassung und Messung von kritischen Lebensereignissen entwickelt. 43 Lebensereignisse wurden hinsichtlich der geforderten sozialen Wiederanpassung eingeschätzt. Wiederanpassung definierte sich, gemäß der Autoren, aus der *Intensität* und der *Zeit, die eine Person benötigt, sich an ein Lebensereignis anzupassen*.

Aufgrund dieser Einschätzung der sozialen Wiederanpassung entstand eine Rangliste kritischer Lebensereignisse, die *Social Readjustment Rating Scale (SRRS)*. Diese Rangliste wurde in einer späteren Studie von Miller und Rahe (1997) überprüft und angepasst. Daraus wird ersichtlich, dass sich eine Verschiebung in der Rangierung

Tabelle 1: Vergleich Rangierung von Lebensereignissen aufgrund der mean life change units zu den beiden Untersuchungszeitpunkten 1965 und 1995 (vgl. Miller & Rahe, 1997, S. 282)

Rang		Lebensereignis	Mittelwert	
1965	1995		1965	1995
1	1	Tod des Ehepartners	100	119
2	2	Scheidung	73	98
3	4	Eheliche Trennung	65	79
4	7	Gefängnishaft	63	75
5	3	Tod eines nahen Familienangehörigen	63	92
6	6	Verletzung oder Krankheit der eigenen Person	53	77
7	19	Heirat	50	50
8	5	Kündigung durch Arbeitgeber	47	79
9	13	Versöhnung in der Ehe	45	57
10	16	Verrentung	45	54

kritischer Lebensereignisse ergab. An erster Stelle standen nun *Tod des Ehepartners*, *Scheidung* und *Tod eines nahen Familienangehörigen*.

Narrative Bewältigung kritischer Lebensereignisse

Autorinnen wie Boothe (2003) und Lucius-Hoene (2002) gehen in ihren Studien immer wieder auf die Wirkfaktoren des Erzählens ein. Sie betonen, dass diese auf zwei Ebenen angesiedelt sind. Zum einen sehen die Autorinnen in den *der Erzählung inhärenten Eigenschaften*, wie dem Herstellen einer narrativen Struktur, dem Schaffen eines Orientierungsrahmens, dem hinreichenden Plausibilisieren eigener Handlungen und Motive, der Integration evaluierender und emotional qualifizierender Elemente sowie dem Schließen zu einer Gestalt, eine Möglichkeit der Verarbeitung des Erlebten. Zum anderen liegt das Bewältigungspotenzial des Erzählens in der interaktiven Gestaltung der Erzählsituation. Empathie, Verständnis oder Aushandeln von Bedeutungen können interpersonelle Formen der Bewältigung erschließen.

Boothe und Straub (2002) verweisen jedoch darauf, dass dem Erzählen kritischer Lebensereignisse nicht per se eine Bewältigungsfunktion zugeschrieben werden kann. Es besteht immer das Risiko einer Retraumatisierung. So gilt es zu beachten, dass die heilende, bewältigende Funktion des Erzählens stets vom richtigen Zeitpunkt abhängig ist.

Seniorenprojekt

An der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse des Psychologischen Instituts der Universität Zürich wurde ein lebensgeschichtliches Interviewprojekt mit älteren Menschen durchgeführt (Boothe, 2003; Grimm & Boothe, 2007). Auf der Basis von autobiografischen Erzählungen wurde der Frage nachgegangen, wie alte Menschen im Rückblick auf das eigene Leben Erfahrungen, die für ihr Leben bedeutsam waren, eine narrative Gestalt geben und welche Modelle gelungenen Lebens in diesen Narrativen zu erkennen sind. Ein weiterer Aspekt galt der Frage nach der narrativen Darstellung von kritischen Lebensereignissen und deren Bewältigung.

Stichprobe und Datenerhebung

Von erfahrenen Psychologinnen wurden elf zweistündige narrative Interviews anhand eines Leitfadens durchgeführt, basierend auf dem biografisch-narrativen Interview nach Schütze (1983). Befragt wurden fünf Männer und sechs Frauen im Alter zwischen 70 und 93 Jahren, die sich weder psychisch noch physisch in einer akuten Krise befanden und die sowohl in Bezug auf Bildungsniveau und Sozialstatus als auch ökonomisch einen unterschiedlichen Lebensstandard aufwiesen. Der Fokus der Interviews richtete sich dabei auf Glücks- und Unglückserfahrungen im Leben der Betroffenen. Die videografierten Interviews wurden nach den Regeln der Ulmer Textbank vom Tonband schriftlich dokumentiert (Mergenthaler, 1992). Aus den transkribierten Interviews wurden narrative Sequenzen extrahiert, die Anfang, Mitte und Ende des dramatischen Geschehens aufweisen. Diese Episoden, die einem dramaturgischen Aufbau folgten, wurden zur Basis für die Erschließung von Modellen der Glücksdramaturgie und Modellen der Bewältigung von Unglückserfahrungen.

Für eine Studie, die den Fokus auf die Erzählungen von kritischen Lebensereignissen richtete, wurden aus dem gesamten Korpus von 187 Erzählungen deren 18 zu diesem spezifischen Themen ausgewählt (Seeholzer, 2008). Diese ließen sich drei thematischen Schwerpunkten zuordnen:

1. Vier Erzählungen hatten den *Tod des Ehepartners* zum Thema.
2. In fünf Erzählungen wurde über Erfahrungen im Zusammenhang mit der eigenen *Scheidung* berichtet.
3. Neun Erzählungen handelten vom Umgang mit dem *Tod eines nahen Angehörigen*.

Auffallend war, dass die 18 Erzählungen sich nicht auf die gleiche Anzahl von Ereignissen bezog. Dabei konnten zwei Formen der Narration unterschieden werden (Seeholzer, 2008):

Fünf StudienteilnehmerInnen haben zu einem der drei kritischen Lebensereignisse jeweils mehr als eine Erzählung – zwei bis vier Episoden – ins Interview eingebracht. Diese Gruppe umfasst insgesamt 15 Erzählungen.

Drei InterviewteilnehmerInnen haben eines der genannten kritischen Lebensereignisse in einer einzigen Erzählung innerhalb des Interviews thematisiert.

Die Erzählanalyse JAKOB als Zugang zur Erschließung der Erzähldynamik

Für die Auswertung der Interviewdaten hat sich die Erzählanalyse JAKOB, ein mehrstufiges, psychodynamisch fundiertes Analyseinstrument, das den Kriterien der qualitativen Forschung gerecht wird, mehrfach bewährt. Sie eignet sich vor allem für die Erforschung der dynamischen Szenen mündlicher Alltagserzählungen. Sie wurde von Boothe, Grimmer, Luder, Luif, Neukom & Spiegel (2002) entwickelt und untersucht Erzählsequenzen mit dem Ziel, Aussagen über das subjektive Erleben der Individuen machen und damit einen Beitrag zum Verständnis ihres psychischen Befindens leisten zu können. Dies ermöglicht die Erfassung der subjektiven Sichtweise des Autobiografen. Zudem ist die Erzählanalyse auf die Erfassung der dynamischen Aspekte einer Erzählung ausgerichtet und trägt somit zum Verständnis eines kritischen Lebensereignisses als prozesshaftes Geschehen bei (Seeholzer, 2008).

Der Name JAKOB ist ein Akronym und verweist auf die zentrale Bedeutung von Handlungen (AKtionen) und Figuren (OBJekten). „Im Zentrum des Analyseverfahrens steht die Frage: Wer (Figur: Akteur) tut/erlebt (Aktion) in Bezug auf wen (Figur: Objekt der Aktion) wo/in welcher Richtung, mit welchen Mitteln/unter welchen Umständen was?“ (Boothe, 2003, S. 201).

Das Analyseinstrument setzt sich aus zwei Hauptschritten zusammen, der Erzähldynamik und der Konfliktdynamik. Für die Erschließung der Erzähldynamik wird von sechs Analyseschritten ausgegangen:

1. Aktualisierung
2. Regie
3. Interne Aufgliederung der Segmente
4. Dramatische Kodierung
5. Soziale Integration
6. Spielregel und Erzählverlauf

In der vorliegenden Studie werden ausschließlich die Ergebnisse der Sozialen Integration und der Spielregel wiedergegeben. Zum besseren Verständnis soll an dieser Stelle kurz auf diese Schritte eingegangen werden.

Die *soziale Integration* besteht aus den Schritten *Akteurschicksal*, *Zentrierung-Marginalisierung* und Darstellung von *Macht, Nähe und Autonomie*. Das *Akteurschicksal* gibt Auskunft über die Position des erzählten Ichs. An welcher Stelle der Erzählung steht das erzählte Ich in der Subjektposition? Während *Zentrierung-Marginalisierung* die Frage nach der Häufigkeit der Subjektposition des erzählten Ichs beantwortet, gibt die Darstellung von *Macht, Nähe und Autonomie* Aufschluss über die Position des Subjekts auf den Achsen

- Macht mit den Dimensionen dominant vs. unterwürfig,
- Nähe mit den Dimensionen nah vs. fern,
- Autonomie mit den Dimensionen abhängig vs. unabhängig.

Diese Positionierungen werden anhand definierter Kategorien bestimmt, denen die vom Subjekt in der Erzählung verwendeten Verben zugeordnet werden.

Die *Spielregel*, als letzter Auswertungsschritt der Erzähldynamik, fokussiert zunächst die Startdynamik (Initialphase der Erzählung), die als Ausgangsszene etabliert wird und auf bestimmte Bedingungen der Erzählung hinweist. Auf der Basis dieser Startdynamik wird ein hypothetisches Optimum, das SOLL, sowie eine hypothetische Katastrophe, das ANTISOLL, formuliert. Schließlich gibt der reale Ausgang der Erzählung, das SEIN, Aufschluss über dessen Positionierung zwischen diesen beiden Polen.

Fallbeispiel

Im Folgenden werden Erzählungen zum kritischen Lebensereignis *Tod eines nahen Angehörigen* dargestellt. Anhand der *Sozialen Integration* und der *Spielregel* der Erzähldynamik, basierend auf der Erzählanalyse JAKOB, soll in diesen Narrativen eine Wandlung des Ereignisses von der Katastrophe zu dessen Bewältigung und somit zu dessen Integration aufgezeigt werden. Frau Ella J. berichtet vom plötzlichen Tod ihres einjährigen Sohnes. Dieses non-normative Ereignis bricht auf dramatische Weise in das Leben der Familie ein. Ella J. thematisiert das Geschehen in mehreren Narrativen. Deren drei sollen im Folgenden Hinweise auf eine mögliche Bewältigung geben.

1. *Plötzlich in der Nacht*

Am Samstag an Ostern / ich machte ihm noch ein Osternestchen / ich hatte noch eine Schwester bei mir / die Kinderschwester war / die ist dann wieder abgereist / und dann in der Nacht bekam das Kind Fieber und konnte nicht mehr ein Pseudokrupp / sie wissen ja / hat einen Pseudokrupp bekommen / in der Nacht der Arzt kam im Pyjama / also nur den Kittel darüber / wickelte es in Woldecken und ins Spital / und sie machten noch einen Luftröhrenschnitt / damit er wieder atmen kann / und ich bin / mein Mann durfte mitgehen / und ich ging zuhause die ganze Nacht um den Tisch herum / und am Morgen um sieben bekam ich den Bericht / dass er gestorben ist unser Gold Goldengel / das war wahnsinnig

2. *Stehen Sie auf*

ja dann waren meine Nerven natürlich auch am Ende / und das war dann das zweite Mal / dass ich / da war ich wirklich fertig / aber ich hatte einen ganz tollen Mann, vernünftigen tollen Mann / und das war noch gut / aber ich war so gram / mein Mann musste mir in der Nacht immer die Knie halten / weil alles so machte / und dann am Morgen riefen wir den Arzt / und dann kam er und sagte / stehen Sie auf / und machen Sie Ihre Siebensachen / er wollte nicht dass wegen der / das war auch besser für mich / dass ich etwas machte nicht nur im Bett liegen / das geht ja gar nicht.

3. *Der Weg zum Himmel*

dann stand ich einmal auf dem Friedhof mit meinen schwarzen Kleidern vor dem Grab / und ich habe mich nicht umgeschaut / und dann legte mir jemand die Hand auf die Schulter und sagte / das Kind zeigt Ihnen den Weg zum Himmel / ganz deutlich / und ich sah aber niemanden / ich habe niemanden angeschaut / und ich weiß nicht / wer es war / ich fand das irgendwie ganz komisch.

Die Ergebnisse der Analyse der Erzähldynamik dieser Narrative weisen folgendes Muster auf:

Plötzlich in der Nacht	Stehen Sie auf	Der Weg zum Himmel
<i>Akteurschicksal:</i> Abgabe von Initiative	<i>Akteurschicksal:</i> Einbettung in Fremdinitiative	<i>Akteurschicksal:</i> Wiederaufnahme v. Initiative
<i>Zentrierung:</i> Selbstmarginalisierung	<i>Zentrierung:</i> Selbstmarginalisierung	<i>Zentrierung:</i> Selbstzentrierung
<i>Selbstpräsentation:</i> Macht: unterwürfig Autonomie: abhängig	<i>Selbstpräsentation:</i> Macht: unterwürfig Autonomie: abhängig	<i>Selbstpräsentation:</i> Macht: dominant Autonomie: unabhängig
<i>Sein:</i> Annäherung ans ANTISOLL	<i>Sein:</i> Annäherung ans SOLL	<i>Sein:</i> Annäherung ans SOLL

Fazit

Frau Ella J. erzählt vom plötzlichen Tod ihres Kleinkindes. Um dieses unfassbare Geschehen integrieren zu können, schildert sie das Ereignis in mehreren Episoden, die aufeinander Bezug nehmen. Anhand der Erzähldynamik kann auf eine Möglichkeit der Bewältigung hingewiesen werden. Es ist insofern eine Entwicklung sichtbar, als im Auswertungsschritt *Akteurschicksal* eine Bewegung von der *Abgabe der Ini-*

tiative über die *Einbettung in Fremdinitiative* hin zur *Wiederaufnahme von Initiative* festgestellt werden kann. So zeigt auch die Analyse der Zentrierung, dass sich die Erzählerin in den ersten beiden Narrativen in *marginaler Subjektposition präsentiert*, während in der letzten Erzählung eine *Selbstzentrierung* des erzählten Ich zu sehen ist. Zugleich ist eine Veränderung in der *Selbstpräsentation* hinsichtlich *Macht* und *Autonomie* festzustellen: Von der Dimension *unterwürfig* ist eine Bewegung hin zu *dominant*, von der Dimension *abhängig* eine Bewegung hin zu *unabhängig* zu beobachten. Am auffälligsten ist das Ergebnis in der Spielregel. Während sich in der Schilderung des eigentlichen Ereignisses das *SEIN* situationsbedingt dem *ANTISOLL* annähert, ist in den beiden folgenden Erzählungen eine Annäherung an das *SOLL* festzustellen. Diese Bewegungen können ein Hinweis auf die Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses sein.

Die drei Narrative zeigen auf, dass mehrere Erzählepisoden zu einem Ereignis als eine Form der Bewältigung angesehen werden können.

In der ersten Erzählung wird der Eintritt des Ereignisses situiert. Damit bildet sie einen Kontrast zur Situation vor dem Ereignis. In der zweiten Erzählung stehen Formen des Umgangs und der Bewältigung des Ereignisses im Zentrum. In der dritten Erzählung wird eine Gegenwelt als Motiv zum Verlustereignis dargestellt.

Was nicht aus den Narrativen direkt abgeleitet werden kann, lässt sich aus deren Kontext herauslesen. So wird daraus ersichtlich, dass die Erzählerin auf Ressourcen zurückgreifen kann. Da sie in ein tragfähiges soziales Netz eingebunden ist, kann sie auf dessen Unterstützung zählen. Sowohl Glaube und Hoffnung als auch damit verbundene Rituale geben ihr Kraft und Zuversicht für ein Weiterleben. Schließlich gelingt es ihr, dem Geschehen im Nachhinein Sinn zu verleihen.

Es kann somit aufgezeigt werden, dass autobiografisches Erzählen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse beitragen kann.

Literatur

- Boothe, B., Grimmer, B., Luder, M., Luif, V., Neukom, M. & Spiegel, U. (2002). Manual der Erzählanalyse JAKOB. Version 10/02. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie I, Nr. 51. Universität Zürich: Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie I.
- Boothe, B. & Straub J. (2002). Die heilende Kraft des Erzählens. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 4 (3), 155-165.
- Boothe, B. (2003). Liebesfreuden – Lebensfreuden. Glück und Schmerz im Lebensrückblick. In B. Boothe & B. Ugolini (Hrsg.), *Lebenshorizont Alter* (S. 189-217). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Caduff, L. (2009). Die Konfliktodynamik in Erzählungen des kritischen Lebensereignisses „Tod eines nahen Familienangehörigen“. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit der Universität Zürich, Psychologisches Institut.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1990). *Kritische Lebensereignisse*. München: Psychologie Verlags Union.

- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2005). Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 35-78). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, G. & Boothe, B. (2007). Glücks- und Unglückserfahrungen im Lebensrückblick alter Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 2 (4), 63-73.
- Grimm, G. (2009). Funktionen des Erinnerns im Lebensrückblick älterer Menschen. *Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung*, 13 (2), 238-245.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Lucius-Hoene, G. (2002). Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 4 (3), 166-203.
- Mergenthaler, E. E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen* (3. Aufl.). Ulm: Ulmer Textbank.
- Miller, M. A. & Rahe, R. H. (1997). Life Changes Scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (3), 279-292.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 283-293.
- Schmid, M. (2004) Kritisches Lebensereignis. In H. O. Häcker & K.-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (S. 521-522). Bern: Hans Huber.
- Seeholzer, T. (2008). „Das Leben geht weiter, man kann nicht stille stehen“. Erzählungen kritischer Lebensereignisse im Lebensrückblick älterer Menschen. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit der Universität Zürich, Psychologisches Institut.

Mechthild Neises, Gerhard Schmid-Ott (Hrsg.)

Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie

Das Aufbrechen tradiertter Geschlechterrollen in modernen Gesellschaften kann Frauen und Männer überfordern – oft mit kritischen Folgen für die Gesundheit. Der Aufsatzband beleuchtet die Problematik aus biologischen, psychologischen, soziokulturellen, medizinischen Perspektiven – und trägt zum Verständnis geschlechtsspezifischer Aspekte von Erkrankungen bei. Das Buch vermittelt hilfreiche Informationen und Anregungen für die tägliche Praxis in der Medizin, Psychotherapie und Sozialarbeit.

296 Seiten, ISBN 978-3-89967-366-1, Preis: 25,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de

www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

„Was führt Sie zu uns?“ – ein Plädoyer für die Erfassung des Anliegens von Ratsuchenden

Valérie Boucsein, Hanspeter Mathys & Dragica Stojkovic

Zusammenfassung

Wer sich für ein psychotherapeutisches Erstgespräch anmeldet, trägt zumeist ein bestimmtes Anliegen an den Therapeuten heran. Die Aufgabe und Herausforderung für diesen besteht darin, dieses Anliegen zu verstehen und seinem Gegenüber dieses Verständnis mitzuteilen. In der reichhaltigen Literatur zum psychodynamischen Erstgespräch wird meist die Perspektive des Therapeuten diskutiert. Selten geht es um die Frage, wie der Ratsuchende sein Anliegen formuliert. In diesem Beitrag wird der Ansatz von Wilke (1992) vorgestellt, die anhand von Eröffnungssequenzen aus psychodynamischen Erstgesprächen dieser Frage nachgeht. Aufgrund eines empirischen Vergleichs zweier Eröffnungssequenzen lässt sich die Hypothese herleiten, dass Länge, inhaltliche Dichte und Struktur des ersten Redebeitrags eines Ratsuchenden Kriterien für die verständliche Vermittlung seines Anliegens sind.

Schlüsselwörter

Anliegen, psychodynamisches Erstgespräch

Das psychodynamische Erstgespräch

Das übergeordnete Handlungsziel eines psychotherapeutischen Erstgesprächs liegt in der diagnostischen Einschätzung des angetragenen Leidens eines Ratsuchenden, der Indikation und einer vorläufigen Prognose. Das Vorgehen eines Therapeuten im Gespräch ist von seinem Modell von Krankheit und Gesundheit geprägt. Dadurch ergeben sich durchaus Unterschiede, zum Beispiel zwischen dem psychodynamischen Erstgespräch und der von einer positivistischen Erkenntnishaltung geprägten psychiatrischen Exploration, die hauptsächlich auf die Erfassung der manifesten Krankheitssymptome abzielt. Die Subjektivität des ‚zu untersuchenden‘ Gegenübers und das Spiel der Beziehung zwischen Therapeut und Patient werden im Rahmen einer psychiatrischen Befunderhebung in erster Linie als ärgerliches Hindernis auf dem Weg zu einer veritablen objektiven Krankheitsdiagnose aufgefasst. Dabei werden alle Anstrengungen darauf gerichtet, Krankheiten oder Störungen durch standar-

disierte Testverfahren und Manuale kontextunabhängig erfassbar, replizierbar und behandelbar zu machen. Über psychische Diagnosen wird wie über körperliche Krankheiten gesprochen, und der Therapeut begreift sich selbst als eine Art objektiver außenstehender Beobachter (Streeck, 2002).

Den Prozess der Diagnose- und Indikationsstellung im Rahmen eines psychoanalytischen Erstinterviews umschreibt Eckstaedt (1996) folgendermaßen:

Es geht dabei um die Arbeit eines Verständnisses des unbewussten Konfliktes beziehungsweise der von ihm ausgehenden und sich darstellenden Komponenten. Zumeist wird dieser unbewusste Konflikt in seinem Ansatz in der ersten Begegnung mit dem Analytiker reinszeniert. Gleichzeitig geht es darum, eine Strukturdiagnose der Persönlichkeit des Patienten zu erarbeiten. Es entsteht ein Bild des Entwicklungsschicksals dieser Persönlichkeit, das auch einen Eindruck von ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten einschließt, den Garanten für eine spätere Arbeit. (s.p.)

Objektive Informationen wie biografische Fakten und Daten, Beschwerden und Symptome sind durchaus auch für den psychoanalytisch geschulten Therapeuten wichtig, doch der subjektiven und szenischen Bedeutung besagter Informationen, die sich aufgrund der Interaktion bewusster und unbewusster Persönlichkeitsanteile der beiden am Gespräch Beteiligten ergibt, gilt sein hauptsächliches Interesse (Mertens, 2000). Argelander (2009) unterteilt die Informationsgewinnung im Erstinterview in drei Bereiche: Neben den objektiven, also nachprüfbaren, und den subjektiven Informationen, welche deren Bedeutungsgehalt für den Patienten umfassen, sind die situativen beziehungsweise szenischen Informationen besonders aufschlussreich. In der Gewichtung dieser dritten Informationsquelle kommt das spezifisch Psychoanalytische zum Tragen: „Der Patient verrät uns also nicht nur mit seinen Informationen einen Eindruck von dem unbewussten Kräftespiel, das seine Krankheit bedingt, sondern stellt sie in der sprachlichen Kommunikation mit dem Interviewer direkt als Szene dar“ (S. 61). Begriffe wie Enactment oder Inszenierung weisen darauf hin, dass dabei mehr als die rein sprachliche Kommunikation gemeint ist. „In interpersonellen Situationen werden Ausdrucksintentionen realisiert, die sich in körperlichem Handeln kundtun, und zu diesem körperlichen Handeln gehört Sprechen ebenso wie nicht-sprachliches Verhalten“ (Streeck, 2002, S. 267). Vor allem Erinnerungen an die ersten Lebensjahre sind als sogenannte „action thoughts“ (Busch, 1989, 1995; zit. nach Streeck, 2002) abgespeichert und können demzufolge zunächst nur über motorisches Verhalten ausgedrückt werden. Erst in der Szene werden sie mit dem Bewusstsein verknüpft und dann durch Sprache ausdrückbar. „Das szenische Moment verbindet das sprachlose Zusammenspiel mit den Bilddarstellungen und diese mit dem ‚Beim-Namen-Nennen‘“ (Lorenzer, 1983, S. 114).

Für das Erkennen szenischer Informationen ist die Interaktion *zwischen* Therapeut und Patient wichtig. Beide Personen sind beteiligt und es ist nicht unterscheidbar, wer Verursacher und wer Reagierender dieser „joint creation“ (Roughton, 1993; zit. nach Streeck, 2002) ist. Gemäß Klüwer (1983) unterstützt gerade der Eintritt des Therapeuten in den Handlungsdialog, sein „Mitagieren“, analog der Gegenübertragung

neue Einsichten über den Patienten. Erst durch die Integration aller drei Informationsquellen, der objektiven, der subjektiven und der szenisch-situativen, ergibt sich ein stimmiges Bild des Anliegens und von der Person des Patienten. Genannt sei hier der Begriff der situativen bzw. szenischen Evidenz, d.h. wenn sich „das Gefühl einer prägnanten Übereinstimmung zwischen der Information und dem Geschehen in der Situation“ einstellt (Argelander, 2009, S. 14).

Vorgehen im psychodynamischen Erstgespräch

Freud beginnt seinen Aufsatz *Zur Einleitung der Behandlung* (1943/1913) mit einem Aphorismus:

Wer das edle Schachspiel aus Büchern erlernen will, der wird bald erfahren, dass nur die Eröffnungen und Endspiele eine erschöpfende systematische Darstellung gestatten, während die unübersehbare Mannigfaltigkeit der nach der Eröffnung beginnenden Spiele sich einer solchen versagt. (S. 454)

Feste Regeln für die erste Stunde stellte Freud nicht auf, jedoch formulierte er folgende Ratschläge: Bereits von Beginn an soll der Patient mit der Grundregel (freie Assoziation) vertraut gemacht werden. Der Therapeut demgegenüber begibt sich in eine Haltung gleichschwebender Aufmerksamkeit, Abstinenz und Neutralität. Weiter werden die Rahmenbedingungen (Zeit und Honorar) angesprochen. Eine Probebehandlung von ein bis zwei Wochen soll Klarheit über die Diagnose bringen und damit auch, ob eine psychoanalytische Behandlung indiziert ist. Dem diagnostischen Erfolg gegenüber bleibt Freud allerdings auch später skeptisch. Man kaufe „die Katze im Sack“, denn eine richtige diagnostische Einschätzung würde häufig erst nachträglich erfolgen können (1961/1933, S. 167).

Freuds Probebehandlung folgt also bereits den psychoanalytischen Regeln und kann als Beginn der Psychoanalyse begriffen werden. Zu einer von der eigentlichen Behandlung abgetrennten Untersuchungseinheit wird das Erstgespräch erst in den 1950er-Jahren durch Gill, Newman und Redlich (1954; zit. nach Mertens, 2000), die den Übertragungsaspekt in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient stärker betonen. Künzler und Zimmermann (1965) sprechen in diesem Zusammenhang von der bipersonalen Psychologie; an die Stelle der (interrogativen) Fragen des Arztes in der Manier einer einpersonalen Psychologie tritt das gemeinsame Untersuchen und Erleben: Alles, was sich ereignet, stellt eine Wechselwirkung zwischen Therapeut und Patient dar.

Dem Patienten, der zum ersten Mal auf einen psychoanalytisch orientierten Therapeuten trifft, wird bald auffallen, dass sich das Erstgespräch von einem Alltagsgespräch unterscheidet. Vielleicht wird er eine Befragung in der Art der gewohnten ärztlichen Exploration erwarten und – positiv oder negativ – überrascht einem ungewohnt zurückhaltenden Therapeuten gegenüber sitzen, der das Gespräch nur minimal lenkt, hingegen viel Raum zur eigenen Entfaltung lässt. Dieses Vorgehen hat gute Gründe.

Die Form des Gesprächs ist durch ihre Zielsetzung begründet. Indem der Therapeut das psychoanalytische Erstinterview als offenen und unstrukturierten Handlungsdialog begreift und sich – auch in Abgrenzung zur tiefenpsychologischen Anamnese und anderen Formen (halbstrukturierter) psychodynamischer Diagnoseverfahren wie der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD (Arbeitskreis OPD, 2006) oder dem strukturellen Interview nach Kernberg (Stern et al., 2010) – strukturierender Massnahmen enthält, wird ein Zugang zur aktuellen unbewussten Dynamik in der Zwei-Personen-Beziehung zwischen Patient und Therapeut möglich (Laimböck, 2000). „Was führt Sie zu uns?“ ist denn auch die Frage, mit der die Mehrzahl psychodynamisch orientierter Therapeuten das Erstgespräch eröffnet (Künzler & Zimmermann, 1965). Die Frage weist dem Patienten das Rederecht zu und bietet ihm durch die möglichst offen und neutral gehaltene Formulierung die Gelegenheit, seine Antwort an das noch unbekanntes Gegenüber selber zu gestalten. Dies bietet Raum für vielfältige Projektionen, Erwartungen, Wünsche und Ängste aufseiten des Patienten und in geringerem Ausmaß auch des Therapeuten.

Die Orientierung am mit der Psychoanalyse unvertrauten Patienten lassen manche Therapeuten von Freuds Empfehlung, von Beginn weg alle Regeln einer psychoanalytischen Therapie einzuführen, abrücken. Natürlich wird der Therapeut nebst Abstinenz und Neutralität eine Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit einnehmen, die eine vorschnelle Fokussierung bestimmter Themen verhindert. Beim Patienten hingegen kann das Konzept der freien Assoziation und das Verständnis für den Sinn der psychoanalytischen Gesprächsführung nicht vorausgesetzt werden, vielmehr wird er zunächst häufig eine klassische ärztliche Anamnese erwarten und über die ungerichtete Gesprächsführung und die Offenheit des Gesprächsverlaufs möglicherweise verunsichert, vielleicht auch frustriert sein. Daher ist es auch Aufgabe des Analytikers, beruhigend einzuwirken, die Stabilität zu wahren, und konventionelle Umgangsformen anzuerkennen (Laimböck, 2000). Dieses Balancieren zwischen psychoanalytischem Anspruch an ein Gespräch und den Alltagskonventionen stellt hohe Ansprüche an den Therapeuten und ist seit längerem Thema der ‚Working Party on Initiating Psychoanalysis WPIP‘ (Reith, Lagerlöf, Crick, Møller & Skale, 2011).

Neuere Beiträge zum psychoanalytischen Erstinterview stellen die dialogische Struktur des Erstinterviews heraus: Von Anfang an steht das therapeutische Moment mindestens gleichberechtigt neben dem diagnostischen (Laimböck, 2000; Mertens, 2000; Wegner, 2008). Diagnostische und therapeutische Funktion des Beginns einer Behandlung sind bereits bei Freud – wenngleich implizit – angelegt. Erst ihre Kombination ermöglicht die Indikationsstellung und eine vorläufige Prognose im Rahmen der indizierten psychoanalytischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung. Es sei die Aufgabe des Therapeuten, schreibt Eckstaedt (1996) neben dem Herausarbeiten der Konfliktnatur, Übertragungs- ‚Reflexionsfähigkeit und Motivation – also Aspekte von Erkenntniswert für Diagnose und Indikation – „die analytische Beziehung zum Patienten zu *initiieren* und gleichzeitig zu *erproben*“ (S. 14). Des Weiteren hat das Erstgespräch als therapeutische Begegnung die Aufgabe, „dem Patienten eine Einsicht zu vermitteln, warum der Weg des Verstehens von eigenem Unbewussten sinn-

voll ist“ (S. 14). Übersetzt bedeutet dies, den Patienten für eine psychoanalytische Behandlung zu motivieren, was insbesondere für die klassische Psychoanalyse mehr und mehr zu einer Herausforderung wird.

Die Sichtweise des Patienten ernst nehmen

Das Erstgespräch soll dem Therapeuten zum Zwecke der Diagnose und Indikation also folgende Fragen beantworten (Wegner, 2008):

Was ist das Problem des Patienten, welcher psychische Konflikt verbirgt sich hinter seinen Symptomen? Welches Problem ergibt sich daraus für den Psychoanalytiker? Ermöglicht die spezifische Analytiker-Patient-Beziehung die Einführung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsbündnisses mit dem Ziel, unter deklarierten Settingsbedingungen die unbewussten Konflikte des Patienten ins Offene zu bringen, um so einen Heilungsprozess in Bezug auf die diagnostizierte psychische, psychosomatische und somatische Erkrankung in Gang zu setzen? (S. 177)

Das Ziel des psychoanalytischen Erstgesprächs wird dabei aus der Warte des Therapeuten gedacht und mündet häufig in der Fokussierung auf ein *Problem* des Patienten. Die Formulierung der zielführenden Fragen bei Wegner macht diesen Umstand überdeutlich. Die Konzentration auf Diagnostik und Indikation – zweifellos wichtige Ziele und im Interesse des Patienten – birgt das Risiko, eine zu problemorientierte Perspektive einzunehmen und den Patienten als kränker einzustufen, als er in Wirklichkeit ist. Zur Einschätzung der Indikation gehört aber auch, sich einen Überblick über die Ressourcen eines Patienten zu verschaffen. Ebenfalls kann die Vision einer (positiven und ersehenswerten) Zukunft die Motivation des Patienten für die therapeutische Arbeit steigern. Bei Laimböck (2000) findet sich eine Formulierung zum Ziel des psychoanalytischen Erstgesprächs, das – neben Diagnose, Indikationsstellung und Beratung auf Therapeutenseite – die Perspektive des Patienten berücksichtigt: „Der Patient erwartet analog, dass er mit seinen Problemen, Leiden, Anliegen etc. gesehen, beurteilt, eingeschätzt und ihm schließlich ein Vorschlag zur Behandlung gemacht wird“ (S. 37). Oft wird bei der Suche nach der passenden Diagnose vergessen, dass der Patient selbst ebenfalls mit einer – nicht unbedingt psychodynamischen – Erklärung für sein Leiden und seine Situation aufwartet. Der letzte Schritt, nämlich dessen Sichtweise mit derjenigen des Therapeuten abzugleichen und einen möglichst großen gemeinsamen Nenner zu finden, wird in der psychoanalytischen Literatur relativ selten vertieft.

Künzler und Zimmermann (1965, S. 69) schreiben treffend: „Es ist der Sinn eines jeden Interviews – wie jeder therapeutischen Sitzung –, dass die ‚Bedürfnisse und Forderungen‘ des Patienten, seine Motivationen herausgearbeitet werden.“ Im Sinne einer Erweiterung des reichen Wissens über das technische Vorgehen im psychodynamischen Erstgespräch, steht im folgenden Abschnitt die Formulierung des Anliegens, das ein Patient an den Therapeuten heranträgt, im Vordergrund.

Die Bedeutung der Anfangsszene im psychodynamischen Erstgespräch

Ähnlich dem Initialtraum, den Symptomhandlungen oder dem Ende der Analysestunde kommt dem Anfang des Erstgesprächs eine zentrale – diagnostische – Bedeutung zu (Künzler & Zimmermann, 1965; Argelander, 2009; Wegner, 1992). Die *Anfangsszene* reicht gemäß Wegner (1992) von der persönlichen Begrüßung bis zur Eröffnung des Interviews, einschließlich des ersten gesprochenen Satzes und unter Bezugnahme der Rahmenbedingungen (räumlich und das Setting betreffend). So genannte Vorfeldphänomene (z. B. Vorinformationen und die Kontaktaufnahme per Telefon, Brief und immer häufiger per E-Mail) werden ebenfalls dazugerechnet. Was die Anfangsszene vor allen anderen Phänomenen auszeichnet, ist, dass hier zwei Menschen miteinander in Beziehung treten, die sich vorher nicht kannten. Dementsprechend groß ist die Möglichkeit, dass Projektionen, Erwartungen, Wünsche und Ängste des Patienten, in geringerem Maße aber auch des Therapeuten, auf den Moment einwirken.

Eröffnungssequenzen in psychotherapeutischen Erstgesprächen

Retrospektive Patientenbefragungen haben gezeigt, dass diejenigen Erstgespräche am besten eingeschätzt wurden, bei denen die Ratsuchenden den Eindruck hatten, die Fachperson hätte etwas von ihrem Anliegen verstanden (Kerz-Rühling, 2005). Das sorgfältige Erfassen des Anliegens, mit dem die Ratsuchenden eine psychotherapeutische Abklärungsstelle aufsuchen, scheint also eine zentrale Rolle zu spielen. Dabei ist nicht nur der Therapeut als Hörer gefordert, auch vom Patienten wird eine nicht zu unterschätzende Darstellungsleistung seines Anliegens verlangt, damit der Therapeut sich eine Vorstellung davon machen kann, worum es eigentlich geht.

Eine der wenigen Arbeiten, die sich mit der Darstellung des Anliegens beschäftigt haben, ist die von Wilke (1992). Sie hat sich ausführlich mit dieser Ausgangslage auseinandergesetzt, und in ihrer Arbeit, die von ihrem methodischen Zugang her als eine Kombination von Inhaltsanalyse und Interaktionsanalyse bezeichnet werden kann, die Frage behandelt, wie sich die Eröffnungssequenzen in psychotherapeutischen Erstgesprächen gestalten. Unter ‚Eröffnung‘ wird hier der formale Gesprächsbeginn gefasst, der üblicherweise mit einer Eröffnungsfrage auf seiten des Therapeuten eingeleitet wird. Nicht darin enthalten sind die sog. Vorfeldphänomene oder Präliminarien, gemeint sind stattdessen – in Anlehnung an Sacks (1972) – die „proper beginnings“.

In ihrer Untersuchung interessiert sich Wilke für die Frage, worüber im ersten Redebeitrag von Patienten auf der bewussten Ebene gesprochen wird. Dabei arbeitet sie fünf Hauptkategorien (ebd., S. 182) heraus:

- 1) Etikett
- 2) Problembezogene Selbstdarstellung

- 3) Krisensignal
- 4) Steigerung
- 5) Kommentar: Gesamtbewertung der Symptome unter dem Aspekt der psychotherapeutischen Behandlung:
 - a) Fremdkommentar
 - b) Psychologischer Kommentar
 - c) Zielkommentar
 - d) Indifferenter Kommentar
 - e) Negativer Kommentar

Das *Etikett* beinhaltet die Nennung der Symptome, die zum Aufsuchen des Psychotherapeuten geführt haben, und fungiert als eine Art Überschrift für den ersten Redebeitrag. Die Funktion besteht vereinfacht gesagt darin, dass sich der Sprecher als Patient definiert. Die *problembezogene Selbstdarstellung* besteht in einer Detaillierung wie zeitliche Angaben, bestimmte Lebensumstände etc. Sie ergänzt das Etikett und erlaubt einen ersten Einblick in ein psychologisches Problembewusstsein des Patienten. Es geht darum, einen Zusammenhang zwischen Lebensumständen und Krankheit herzustellen.

Durch das *Krisensignal* wird starke Emotionalität zum Ausdruck gebracht. Meist sind es einschneidende Ereignisse, die Symptome zu Beschwerden machen. Die Funktion des Krisensignals besteht darin, einen Punkt zu markieren, an dem der Patient seine Symptome nicht mehr ignorieren kann. Die *Steigerung* beschreibt die Intensität des Auftretens der Symptome in Form einer stetig anwachsenden Entwicklung. Die Funktion ist ähnlich wie beim Krisensignal, deshalb ist eine Unterscheidung dieser beiden Kategorien nur begrenzt sinnvoll. Im *Kommentar* drücken sich die Beweggründe des Patienten zur aktuellen Inanspruchnahme einer therapeutischen Fachperson am deutlichsten aus. Sie können wie folgt paraphrasiert werden: Nach vielen Versuchen, das Leiden durch somatische Therapien anzugehen oder auch unbehandelt zu lassen respektive selber zu behandeln (wie beim *psychologischen Kommentar*) hat sich kein befriedigender Erfolg eingestellt. Die Symptome haben zugenommen, sodass auf einem anderen Weg Hilfe gesucht wird. Weiter fand in der letzten Zeit häufig ein schwer zu verkraftendes Ereignis statt. Die Ausübung des Berufs sowie persönliche Beziehungen sind gefährdet und/oder Personen aus der Umgebung des Patienten nahmen Einfluss auf die Entscheidung, eine psychotherapeutische Behandlung anzustreben. Die größte Distanz zu den Beschwerden wird durch den *Fremdkommentar* ausgedrückt (vgl. den von einer Drittperson sog. ‚geschickte‘ Patienten). Der *indifferente Kommentar* fordert den Therapeuten zu vermehrter Anstrengung auf, den genauen Beweggrund für die Konsultation herauszuhören, da dieser nicht explizit geäußert wird (ebd., S. 204–205)

Zusammenfassend ist festzuhalten: Die Krankheit allein liefert keinen ausreichenden Grund für ein psychotherapeutisches Erstgespräch, der Gang zum Psychotherapeuten ist multikausal begründet.

Ein Blick auf empirische Befunde

Patienten beantworten den Eröffnungszug des Therapeuten im Erstgespräch durch vier bis fünf Komponenten mit ihrem je eigenen Stellenwert für die Konstituierung des Redebeitrags, was sie hierher geführt hat. Nicht alle Redebeiträge enthalten alle Kategorien. Welche typischen Kombinationen treten auf? Welche Konsequenzen ergeben sich, wenn die eine oder andere Kategorie fehlt? Gerade im Hinblick auf die Klarheit des Anliegens respektive den Aufwand für den Therapeuten, das Anliegen zu verstehen, können diese Analysekatoren sehr erhellend sein.

Die Untersuchung von 44 Erstgesprächen hat gezeigt, dass sich Patienten an eine bestimmte Reihenfolge halten: zuerst wird das Etikett genannt, dieses fehlte nie. Danach folgen die entsprechenden Detaillierungen. Wilke stellte in ihrer Untersuchung fest, dass Patienten versuchen, den ersten Redebeitrag so verständlich wie möglich zu schildern, damit der Therapeut folgen kann. Dies geschieht durch eine aktive Strukturierung, dramaturgische Gestaltung und unterschiedlich starke Gewichtung verschiedener Themenblöcke (Wilke, 1992, S. 218). Aus dem ersten Redebeitrag kann also herausgelesen werden, welchen Wert die Patienten welchem Thema beimessen und wie sie den dramaturgischen Ablauf ihres ersten Beitrags gestalten.

Zwei Eröffnungssequenzen im Vergleich:

Eine Fallkontrastierung

Wie unterschiedlich dies in der Praxis des Erstgesprächs aussehen kann, möchten wir mit der folgenden Fallkontrastierung verdeutlichen. Es werden zwei Ausschnitte aus Erstgesprächen präsentiert, die 2001 und 2006 an der Psychotherapeutischen Praxisstelle des Lehrstuhls Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich geführt wurden. Formal ist der Anfang der Sequenz durch die Eröffnungsformulierung des Therapeuten und das Ende durch die erste Wortübergabe des Ratsuchenden definiert. Zusätzlich zum formalen Endkriterium lässt sich ein inhaltliches wie auch ein szenisches Ende feststellen. Inhaltlich wird der Erstbeitrag des Patienten durch Sätze wie „ja, das ist so das Wichtigste“ abgerundet, während ein szenisches Ende beispielsweise durch ein starkes Seufzen und Zurücklehnen des Patienten gekennzeichnet sein kann. Besonders die szenische Abrundung ist nicht in allen Erstgesprächen anzutreffen, auch nicht in den zwei vorgestellten Fallbeispielen. Die zwei Fälle sind so gewählt, dass in Bezug auf die Reaktion des Ratsuchenden auf die Gesprächseröffnung des Therapeuten ein maximaler Unterschied erkennbar wird. Der erste Fall zeigt eine besonders reibungslose Eröffnungssequenz, wohingegen der

Gesprächsanfang im zweiten Fall problematischer verläuft. Nach den einzelnen Textpassagen folgt eine schematische Darstellung anhand der von Wilke herausgearbeiteten inhaltlichen Kategorien. In einem zweiten Schritt werden die beiden Erstgesprächsanfänge auf Kategorienebene verglichen. Anzumerken ist, dass die Gespräche auf schweizerdeutsch geführt und ins Hochdeutsche übersetzt wurden.

Falldarstellung 1: Andriana

In diesem Erstgespräch trifft eine Studentin mit dem Decknamen Andriana (A) auf einen Therapeuten (T). Insgesamt dauert die Eröffnungssequenz zwei Minuten und 25 Sekunden. In Tabelle 1 ist sie schematisch dargestellt.

- 1 T: Und ansonsten würde ich gerne einmal das Wort Ihnen übergeben verbunden mit der Frage, was Sie zu
- 2 uns führt?
- 3 A: Mhm. Also es sind eigentlich zwei Sachen, wobei das eine sicher Priorität hat. Das ist mal das eine,
- 4 eben das Priorität hat, das ist meine momentane Situation. Ich bin in meiner Lizphase, also ich bin daran am Liz
- 5 schreiben.
- 6 T: ja
- 7 A: Bin jetzt vor zweieinhalb Monaten von Frankreich heim gekommen. Ich studiere Romanistik im
- 8 Hauptfach. Und habe dort meine Recherchen gemacht neun Monate lang. Nein nicht ganz aber fast. Bin heim
- 9 gekommen, nur schon das einmal recht streng, oder. Schon dies es Heimkommen, halt wieder sich hier wieder
- 10 eingliedern. Dann ehm, hat bin ich jetzt auch in Geldschwierigkeiten momentan. Also ich habe jetzt zwar einen
- 11 Kredit bekommen von meinen Eltern, aber es reicht nur bis wirklich Ende Studium, wo ich jetzt relativ schnell
- 12 fertig machen muss. Dazu kommt, und das ist eigentlich das Hauptproblem, ist bin ziemlich in einer
- 13 Beziehungskrise jetzt. Wo ich einfach merke, es wächst mir alles über den Kopf. Jetzt eben auch noch mit dem,
- 14 mit dem Finanziellen mit dem Heimkommen. Und eh, wir haben in einer schwachen Minute noch beschlossen
- 15 zusammenzuziehen. Also wir sind jetzt dran die Wohnung einzurichten. Er ist jetzt zwei Wochen weg gewesen,
- 16 ist jetzt heim gekommen. Von dem her habe ich jetzt zwei Wochen mal ein wenig Ruhe gehabt. Aber ehm, ich

- 17 weiss nicht, es ist, was ich so ein wenig suche ist wie Krisenintervention. Ich
weiss nicht wie lange dass das geht,
- 18 weil wenn etwas quasi so explodiert, ist ja auch immer noch eine längere
Geschichte dahinter.
- 19 T: mhm
- 20 A: Und mh, das ist mal das eine. Und das andere, das hat sicher auch irgendwo
ein wenig einen
- 21 Zusammenhang, ehm geht zurück auf einen sexuellen Missbrauch. Aber der
liegt schon 14 Jahre zurück. Wo ich
- 22 in letzter Zeit einfach so ein wenig das Gefühl hatte, da habe ich das Gefühl,
kommt der wieder hoch und macht
- 23 sich in gewissen Mustern irgendwie wieder bemerkbar. Also das ist meine
Interpretation, aber vielleicht bin ich
- 24 da auch völlig fehl.
- 25 T: mhm
- 26 A: Wo es einfach so ein wenig darum geht Grenzen zu setzen, wo ich das wie
nicht kann.
- 27 T: mhm
- 28 A: Wo ich teilweise Sachen mache die ich mir nachher wie nicht erklären kann.
Ja das sind so
- 29 T: mh
- 30 A: die zwei Sachen die ich gern einmal mit Ihnen besprechen würde.
- 31 T: (atmet ein) Gibt es gibt es irgendwie so etwas wie konkrete Anlässe oder konkrete
Ereignisse, die sie dazu
- 32 gebracht haben zu denken, eh dass der sexuelle Missbrauch vor 14 Jahren sich
wieder bemerkbar macht.
- 33 Eben im Sinn von Abgrenzungsschwierigkeiten.

In ihrem ersten Redebeitrag deckt Andriana alle Inhaltskategorien ab und vermittelt dem Therapeuten beziehungsweise dem Lesenden verständlich, weshalb sie gekommen ist und was sie sich davon erhofft. Auffällig ist die gelungene Strukturierung: Gleich zu Beginn macht Andriana deutlich, dass sie zwei Anliegen hat, und sie nimmt sich die Mühe, eines nach dem anderen zu erzählen. Dadurch kann der Zuhörende folgen und findet sich nicht in einer diffusen Zusammenstellung von Worten wieder. Dem ersten Etikettteil, der momentanen Situation, schenkt sie mehr Raum und steigert die Ausführungen bis zum Krisensignal, um dann ihre Hoffnung in Bezug auf dieses Gespräch zu formulieren. Erst danach nennt sie ihr zweites Anliegen, welches sie zwar in Zusammenhang mit dem erstgenannten stellt, dem sie jedoch nicht dieselbe Dringlichkeit zuspricht. Die Ratsuchende rundet ihren Beitrag ab, indem sie, am Ende ihrer ersten Schilderung angelangt, die Frage des Therapeuten in einem Satz noch einmal prägnant zusammenfasst: Sie ist hierhergekommen, um die zwei genannten Anliegen mit dem Therapeuten zu besprechen. Durch den abgerundeten Sprechakt übergibt sie ihr Rederecht an den Therapeuten, dessen anschließende Frage sich nicht

Tabelle 1: Schematische Darstellung der Eröffnungssequenz des Erstgesprächs mit Andriana

T	offene Aufforderung und offene Frage
A	<i>Etikett</i> bestehend aus zwei Teilen – Momentane Situation (hat Priorität) – Sexueller Missbrauch
	<i>problembezogene Selbstdarstellung</i> zu Etikett eins: „momentane Situation“ – Lizphase – Rückkehr aus Frankreich – Geldschwierigkeiten – Beziehungskrise (Hauptproblem) – Wohnsituation
	<i>Krisensignal</i> – Es wächst ihr alles über den Kopf
	<i>Zielkommentar</i> – Suche nach Krisenintervention
	<i>psychologischer Kommentar</i> – Mitteilung des eigenen Krisenverständnisses („[...] wenn etwas quasi so explodiert, ist ja auch immer noch eine längere Geschichte dahinter.“)
	<i>Problembezogene Selbstdarstellung</i> zu Etikett zwei; „sexueller Missbrauch“ – „Muster“ – Abgrenzungsschwierigkeiten
	Rederechtübergabe nach inhaltlichem Abschluss
	Rederechtannahme nach deren Ankündigung durch deutlich hörbares Einatmen
T	Frage nach konkreten Anlässen/Ereignissen

auf den ersten und dringenderen Teil bezieht, sondern auf den sexuellen Missbrauch. Damit geht der Therapeut auf ein Beziehungsangebot ein, das Andriana in den Zeilen 29 bis 30 formuliert hat. Die Patientin bietet eine Erklärung für den Einbezug und die Aktualisierung des 14 Jahre zurückliegenden sexuellen Missbrauchs. Gleichzeitig relativiert sie ihre Aussage und kommuniziert dem Therapeuten, „gemeinsam zu prüfen, was im Dienst der Sache wichtig ist“ (Boothe, 2007, S. 96). Ein weiterer Versuch des Beziehungsaufbaus seitens der Ratsuchenden zeigt sich im folgenden Satz: „Bin heim gekommen, nur schon das einmal recht streng, oder.“ Das sich auffällig oft wiederholende Heimkommen tritt hier in Kombination mit einem „oder“ auf, das als Offerte betrachtet werden kann, mit Hilfe der übereinstimmenden Bewertung ein Wir-Gefühl zu bilden, durch das sich Andriana Stärkung in ihrem persönlichen Kampf erhofft (Boothe, 2007, S. 96–97). Das von der Patientin explizit formulierte Anliegen „Ja, das sind so die zwei Sachen, die ich gern einmal mit Ihnen besprechen würde“ muss durch die implizit formulierten Anliegen ergänzt werden: Die Patientin ist nicht nur gekommen, um in Form einer Krisenintervention die beschriebenen Pro-

bleme zu besprechen. Sie möchte zudem in ihrer Sichtweise bestätigt und gestärkt werden (vgl. „oder“), lässt aber Raum für Perspektivenerweiterung offen (vgl. „Also das ist meine Interpretation, aber vielleicht bin ich da auch völlig fehl.“).

Falldarstellung 2: Alex

Der Student mit dem Pseudonym Alex trifft auf eine Therapeutin. Insgesamt dauert die Sequenz eine Minute und 19 Sekunden. In Tabelle 2 erfolgt die schematische Darstellung nach dem Vorgehen von Wilke (1992).

- 1 T: Und jetzt eh, können wir ja eigentlich gerade einmal anfangen. Erzählen Sie doch mal wieso dass Sie
- 2 bei uns angerufen haben und was ihre Probleme sind.
- 3 A: Ja eh ja hm also aufmerksam geworden bin ich auf das durch durch einen Kollegen. Er hatte gesagt, dass es
- 4 da die Beratungsstelle gibt.
- 5 T: hmh
- 6 A: Also deswegen bin ich einmal hierher gekommen.
- 7 T: hmh
- 8 A: Und ehm ja grundsätzlich ist es so, dass ich mir eigentlich immer wieder einmal und seit langem
- 9 eigentlich überlege vielleicht einmal etwas Richtung Therapie oder Beratung zu machen.
- 10 T: hmh
- 11 A: Das aber irgendwie immer wieder ehm, ja das ist dann irgendwie einmal, das ist ein Gedanke der da
- 12 gewesen ist und der ist dann wieder weggegangen und ist dann wieder gekommen und wieder weggegangen.
- 13 Und jetzt ehm, ja weiss auch nicht habe ich es einmal geschafft irgendwie einmal so einen ersten Schritt zu
- 14 machen (lacht).
- 15 T: hmh
- 16 A: (räuspert sich) Ehm ja. Wieso aha wieso, ja huh ehm hm vieles. Also irgendwie nichts irgendwie weiss
- 17 auch nicht. Es sind so oft irgendwie hm ich weiss nicht wie ich anfangen soll.
- 18 T: Ehm, ob also es hat jetzt nicht irgendwie etwas Spezielles gegeben, das sie jetzt da dazu veranlasst hat,
- 19 in der ehm jüngeren Vergangenheit?

Die Therapeutin eröffnet das Gespräch mit einer offenen Aufforderung zum Erzählen, grenzt aber durch das Wort ‚Problem‘ den Erwartungshorizont ein und steuert auf die

Tabelle 2: Schematische Darstellung der Eröffnungssequenz des Erstgesprächs mit Alex

T	offene Aufforderung zum Erzählen
A	<i>Quasifremdkommentar</i> – ein Freund habe ihm von der Institution erzählt, deshalb sei er gekommen
	<i>Problembezogene Selbstdarstellung</i> – Gedankenspiel, eine Psychotherapie oder Beratung zu beginnen, sei nicht neu
	Gescheiterter Versuch, ein <i>Etikett</i> zu formulieren
T	Frage, ob es tatsächlich keine konkreten Anlässe in der jüngeren Vergangenheit für sein Kommen gibt

Schilderung dessen zu, was Wilke *Etikett* nennt. „Das ‚Etikett‘ ist diejenige Kategorie, die nie fehlt“, meint Wilke (1992, S. 207). Ihre Annahme muss erweitert werden, denn im Beitrag von Alex ist kein Etikett vorhanden. Stattdessen wird der Beitrag mit einem „Quasifremdkommentar“ eröffnet. Damit ist gemeint, dass Alex nicht von seinem Kollegen überwiesen, sondern lediglich über die Möglichkeit der Abklärungsstelle informiert wurde. Da Alex die Information seines Kollegen als Grund seines Kommens darstellt, gibt er ihr den Status eines Fremdkommentars. Er kann sich selbst jedoch nicht davon überzeugen, dass dies Grund genug für sein Erscheinen ist, denn ohne externe Aufforderung bemerkt er gegen Ende seines Beitrags etwas Fehlendes: Er hat noch nicht wirklich gesagt, weshalb er gekommen ist. Beim Versuch, diesen Grund zu formulieren wird deutlich, wie schwierig ihm dies fällt („ja, huh, ehm, hm“) und er reduziert von „vieles“ auf „irgendwie nichts“. Danach gesteht er, nicht zu wissen, wie er anfangen soll. Eindrucksvollerweise werden im Verlauf des weiteren Gesprächs, das hier nicht sichtbar ist, mehrmals Neuanfänge versucht. Aber auch diese verlaufen nicht unproblematisch.

In Alex‘ erstem Redebeitrag lassen sich zwei Kategorien finden und ein gescheiterter Versuch, eine dritte Inhaltskategorie zu füllen. Das Etikett „wird offensichtlich, wie seine Definition schon besagt, als Grundlage für den gesamten Beitrag des Patienten benötigt“, bemerkt Wilke (1992, S. 207). Da es in diesem Redebeitrag fehlt, bleibt die Therapeutin etwas orientierungslos zurück, was sich darin äußert, dass sie eine weitere Erzählaufforderung unternimmt. Nur eines ist sicher: Dem Ratsuchenden fällt es aus noch unbekanntem Gründen schwer, das Aufsuchen einer Therapeutin zu erklären, und das wenige Gesagte relativiert er mit Hilfe wiederholten Gebrauchs der Worte „vielleicht“ und „eigentlich“.

Andriana und Alex: Ein Vergleich zweier Initialszenen

Während Andriana die Aufforderung des Therapeuten sofort versteht und adäquat darauf reagiert, kann Alex trotz Situationsverständnis nicht zufriedenstellend antworten. Andrianas erster Redebeitrag ist umfangreicher: Er dauert länger, wir erfahren

mehr über ihre Person und es sind mehr inhaltliche Kategorien auffindbar. Zudem verfügt der Redebeitrag über eine komplexere Struktur, die für den Zuhörenden bzw. Lesenden jedoch durchschaubar und verständlich ist. Andriana ist es gelungen „zu bündeln, zu sortieren und zu bewerten“ (Boothe, 2007, S. 95). Sie befolgt die von Wilke herausgearbeitete Reihenfolge der Inhaltskategorien: Nach dem Etikett schildert sie nötige Detaillierungen und strukturiert ihren Bericht auf verständliche Weise (1992, S. 218). Alex scheitert beim Versuch, sein Problem und Anliegen in Worte zu fassen. Dies scheint ihm bewusst zu sein, so dass er mit der Aussage „ich weiß nicht, wie ich anfangen soll“ indirekt um Hilfe bittet und ein Beziehungsangebot vollzieht. In Andrianas Fall kann der Therapeut die Beziehungsangebote sicherer annehmen, da er sich ein Bild der Ratsuchenden machen konnte und im Stande ist, einigermaßen abzuschätzen, was auf ihn zukommt. Dies ist bei Alex nicht der Fall. Die Therapeutin bietet Hilfe an, weiß aber noch nicht, weshalb der Ratsuchende gekommen ist und warum ihm die Schilderung seines Anliegens Mühe bereitet.

Fazit zur Fallkontrastierung

Aus dem obigen Vergleich lässt sich folgende Hypothese für zukünftige qualitative Forschung ableiten: Je mehr inhaltliche Kategorien im ersten Redebeitrag auffindbar sind, desto verständlicher wird das Anliegen des Ratsuchenden. Dies darf aber nicht zu dem voreiligen Schluss führen, reibungslose Erstgespräche seien die besseren Erstgespräche. Ziele eines therapeutischen Erstkontakts im Rahmen einer Abklärung sind unter anderem, sich ein Bild des Gegenübers zu machen, einzuschätzen ob eine Psychotherapie bei der betreffenden Person sinnvoll ist und welche Psychotherapieform dem Anliegen des Ratsuchenden am besten entspricht. Unter Umständen kann ein problematischer Einstieg ausgesprochen aufschlussreich sein (Wilke, 1992, S. 155). Denkbar ist dies, wenn sich die Problematik des Ratsuchenden in der Schwierigkeit, das eigene Anliegen zu schildern, verdichtet im Beziehungsgeschehen zeigt. Dem Lesenden erschließt sich diese Ebene jedoch nicht, so dass Andrianas Gesprächseinstieg auf schriftlicher Ebene als informativer bewertet werden kann.

Schlussfolgerung

Der Zweck des psychodynamischen Erstgesprächs besteht in der Hauptsache darin, eine adäquate diagnostische und indikatorische Einschätzung des Leidens des Ratsuchenden zu erreichen. Dies beinhaltet immer auch, dass der Therapeut eine neue Sicht oder einen Aspekt einbringt, der dem Ratsuchenden so noch nicht bewusst war. Damit dieser einen Zugang zur neu gewonnenen Erkenntnis finden kann, darf dieses Neue aber nicht zu fremdartig sein, sondern muss auf gewisse Weise an Vertrautes und Bekanntes anknüpfen. Deswegen besteht die Herausforderung im Erstgespräch außerdem darin, das Anliegen des Ratsuchenden, seine Sichtweise der Problematik, möglichst gut zu verstehen. Dass dies nicht nur auf inhaltlicher Ebene von Bedeutung

ist, sondern auch im formalen Gesprächsverhalten, betonen Kächele et al. (2006), wenn sie die erforderliche Haltung im Erstgespräch wie folgt umschreiben: „... soviel Alltagsdialog wie notwendig, um den Sicherheitsbedürfnissen des Patienten zu entsprechen, und soviel analytischer Dialog wie möglich, um die Explorierung unbewusster Bedeutungen in intra- und interpersonellen Dimensionen zu fördern“ (S. 417).

Literatur

- Arbeitskreis OPD. (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Argelander, H. (2009). Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Boothe, B. (2007). „Im Dezember bin ich umgekippt“. Erzählen über Kontrollverlust. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 1, 89-117.
- Busch, F. (1989). The compulsion to repeat in action: a developmental perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 535-544.
- Busch, F. (1995). Do actions speak louder than words? A query into an enigma in analytic theory and technique. *J Am Psychoanal Ass*, 43, 61-82.
- Eckstaedt, A. (1996). Die Kunst des Anfangs: psychoanalytische Erstgespräche. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1943). Zur Einleitung der Behandlung. In *Gesammelte Werke*, Bd. VIII (S. 454-478). London: Imago Publishing Co. (Original erschienen 1913)
- Freud, S. (1961). Aufklärungen, Anwendungen, Orientierungen. In *Gesammelte Werke*, Bd. XV (S. 146-169). Frankfurt a. M.: S. Fischer. (Original erschienen 1933)
- Gill, M. M., Newman, R., & Redlich, F. C. (1954). The initial interview in psychiatric practice. New York: International Universities Press.
- Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Grünzig, H.-J., Hölzer, M., Hohage, R., Jimenez, J.P., Leuzinger-Bohleber, M., Mergenthaler, E., Neudert-Dreyer, L., Pokorny, D. & Thomä, H. (2006). Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. *Psyche*, 60, 387-425.
- Kerz-Rühling, I. (2005). Wie beurteilen Patienten ihre Erfahrung in einer psychoanalytischen Ambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung psychoanalytischer Erstinterviews. *Psyche*, 59, 589-610.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37, 828-840.
- Künzler, E. & Zimmermann, I. (1965). Zur Eröffnung des Erstinterviews. *Psyche*, 19, 68-79.
- Laimböck, A. (2000). Das psychoanalytische Erstgespräch. Tübingen: edition diskord.
- Lorenzer, A. (1983). Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 37, 97-115.
- Mertens, W. (2000). Psychoanalytisches Erstinterview. In W. Mertens (Hrsg.), *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd. 1, (S. 233-258). Stuttgart: Kohlhammer.

- Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Möller, M. & Skale, E. (2011). *Initiating Psychoanalysis: Perspectives*. London: Routledge Chapman & Hall.
- Roughton, R. E. (1993). Useful aspects of acting out: repetition, enactment, and actualization. *J Am Psychoanal Ass*, 41, 443-472.
- Sacks, H. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In D. Sudnow (Ed.), *Studies in social interaction* (pp. 31-74). New York: Free Press.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92 (1), 35-44.
- Streck, U. (2002). Handeln im Angesicht des Anderen. Über nicht-sprachliche Kommunikation in therapeutischen Dialogen. *Psyche*, 56, 247-274.
- Wegner, P. (1992). Zur Bedeutung der Gegenübertragung im psychoanalytischen Erstinterview. *Psyche*, 46, 286-307.
- Wegner, P. (2008). Erstinterview. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 177-181). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wilke, S. (1992). *Die erste Begegnung: Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch*. Heidelberg: Asanger.

Martin Poltrum

Klinische Philosophie

Logos Ästhetikus und Philosophische Therapeutik

Bereits in der Antike ist ein besonderes Naheverhältnis von Philosophie und Psychotherapie konstatiert worden. Das Buch des Philosophen und Psychotherapeuten Martin Poltrum stellt die Grundlegung einer therapielevanten, klinischen Philosophie über den Logos des Schönen dar. Es zeigt auf, dass philosophische Überlegungen einen wohlthuenden Effekt auf die Seele haben und wie philosophische Gespräche Teil psychotherapeutischer Praxis werden können.

Mit der idealistischen Ästhetiktradition geht die Untersuchung davon aus, dass die Kunst das große Stimulans des Lebens, das Ästhetische das Versprechen des Glücks und die Schönheit Vorschein der Freiheit ist. Damit sind die Kategorien genannt, die eine Klinische Philosophie zu reflektieren hat, welche in der Philosophie des Abendlandes ein Medikament für die traumatisierte Psyche sieht.

154 Seiten, ISBN 978-3-89967-598-6, Preis: 15,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

„Mit diesem Gesicht...“ – Stigmatisierung und face-work in der Identitätsarbeit gesichtschirurgischer Patientinnen und Patienten

Lisa Schäfer-Fauth, Joachim Küchenhoff, Martin Haug, Gabriele Lucius-Hoene & Daniel Sollberger

Zusammenfassung

Das Gesicht und seine möglichen Veränderungen sind kulturell, ethisch und sozial hoch besetzt. Dabei ist entscheidend, dass das Gesicht durch seine Exponiertheit ein besonders sensibler Verhandlungsplatz von Identität ist. Unzufriedenheit mit dem eigenen Gesicht oder mit dessen Veränderungen – durch natürliche Prozesse wie Alterung oder durch traumatische Ereignisse wie Unfälle, Verletzungen oder Tumore – kann mit einer tiefgreifenden Verunsicherung bezüglich der eigenen Identität einhergehen. Wie gesichtschirurgische PatientInnen darüber in Interviews sprechen, soll mit konversations- und erzählanalytischen Mitteln betrachtet werden. Anhand zweier Interviewbeispiele wird die stattfindende sprachlich-kommunikative „Arbeit am Gesicht“ auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet und mit den Konzepten des *sozialen Stigmas* und des *face-work* nach Goffman in Verbindung gebracht.

Schlüsselwörter

Gesichtschirurgie, Identität, face-work, Stigma, Textanalyse

Einleitung

Mit der Zunahme an technischen Möglichkeiten der plastischen Gesichtschirurgie werden Fragen nach Beweggründen, Bedingungen und Erfolg solcher Maßnahmen nicht nur von medizinischer, sondern auch von psychologischer Seite drängend. Auch wenn das Gesicht sicherlich von jeher und in allen Kulturen Manipulationen im Sinne einer Normalisierung oder Verschönerung ausgesetzt war (Gilman, 1998), bieten die neuen Techniken doch einen Gestaltungsspielraum, der nicht nur die Grenzen von medizinisch Notwendigem, sondern auch von Kult oder Ritus verlässt (vgl. Rohr, 2004). Die chirurgische Machbarkeit sowohl bei der plastischen Rekonstruktion nach

Unfällen oder tumorösen Veränderungen als auch bei kosmetisch motivierten Eingriffen schafft neben ungeahnten Therapiemöglichkeiten auch neue Problemstellungen. Insbesondere die ethisch prekäre Position der plastischen Chirurgie zwischen Medizin und Dienstleistung wirft Fragen nach Leidensdruck, Indikations- und Erfolgskriterien aus medizinischer und psychologischer Sicht auf, die ohne die subjektive Sichtweise der betroffenen Patientinnen und Patienten nicht auskommen. In Anlehnung an die in neuerer Zeit verstärkt stattfindende Debatte um Körper(-technologien) und Selbst bzw. Identität kann davon ausgegangen werden, dass jegliche Manipulationen des Körpers nicht rein äußerliche Veränderungen sind, sondern unmittelbar identitätsrelevanten Charakter haben (vgl. Borkenhagen, 2001; Gugutzer, 2004; Küchenhoff & Wieglerling, 2008; Posch, 2009; Villa, 2008). Die plastische Gesichtschirurgie nimmt gerade in dieser Hinsicht einen besonderen Platz ein.

Das Gesicht ist für gewöhnlich das exponierteste Merkmal unserer physischen Erscheinung. Zeit unseres Lebens kommt ihm eine besondere identitätsstiftende Relevanz zu. Gleichzeitig haben wir in der alltäglichen Interaktion normalerweise selbst keinen visuellen Zugang zu unserem Gesicht. Es ist der Körperteil, zu dem die *Anderen* den bevorzugten Sichtkontakt haben. Wir können unser Gesicht immer nur aus der Position des Anderen im Spiegelbild, auf Fotos oder Videos wahrnehmen. Tatsächlich sind wir in der direkten Interaktion von den Blicken und Reaktionen der Anderen abhängig, wenn wir die Bedeutung unseres Gesichts und seiner Ausdrücke verstehen wollen: Erst im Blick des Anderen erkennen wir uns selbst (Küchenhoff, 2007).

Solange nun kein akutes Problem besteht, nehmen wir unser Gesicht im Alltag selbstverständlich hin. Gleichzeitig ist es gerade durch seine Exponiertheit ein äußerst sensibler Verhandlungsplatz von Identität. Das Gesicht ist in vielerlei Hinsicht unmittelbar mit dem Bild verknüpft, das wir von uns entwerfen. Es ist das soziale Kennzeichen, das wir vor uns hertragen, wenn wir mit anderen in Kontakt treten. Wir werden an unserem Gesicht erkannt, eingeschätzt und bewertet. In schwierigen Situationen setzen wir eine „gute Miene“ auf oder „verziehen keine“, wir verbergen unser Gesicht, wenn wir uns schämen oder nicht überführt werden wollen. So leisten wir tatsächlich mit unserem „physischen“ Gesicht einen entscheidenden Beitrag zu dem sozialen Prozess, den Goffman (1955) im übertragenen Sinne als „face-work“ bezeichnet: Als Selbstdarstellung in der sozialen Interaktion, bei der wir im Allgemeinen versuchen, ein möglichst konsistentes und sozial erwünschtes Bild von uns selbst abzugeben und es damit unserem Gegenüber zu ermöglichen, dieses Bild von uns zu akzeptieren.

Entscheidend ist nun, dass wir gerade unser Gesicht nur schwer dauerhaft kontrollieren können. Anhand unseres Gesichts sind wir von anderen nicht nur direkt in unseren Regungen und Gemütszuständen, sondern auch in unseren Unvollkommenheiten und Versehrungen erkennbar – also in allen Abweichungen von dem Bild, das wir selbst und andere von uns haben mögen. Es kann so in der Interaktion zu einem Merkmal werden, das Prozesse der Stigmatisierung auslöst (Goffman, 1967, vgl.

dazu auch Furr et al., 2007). Das (auf welche Weise auch immer „unnormale“) Gesicht kann durch seine soziale Sichtbarkeit unmittelbar „diskreditierend“ (Goffman, 1967, S. 11) wirken: Inkonsistenzen, Schambesetztes und Privates sind gerade in Bezug auf unser Gesicht direkt zugänglich – für andere mehr noch, als für uns selbst. Entgleisungen, Abweichungen, Veränderungen oder gar „Entstellungen“ im Gesicht sind sowohl face-to-face in der sozialen Interaktion als auch beim Blick in den Spiegel kaum oder gar nicht zu verstecken. Wenn unser Gegenüber durch unser Gesicht mit einem unerwarteten oder unerwünschten Bild von uns konfrontiert ist, entsteht Unbehagen. Die Wirkung eines stigmatisierenden Merkmals ist dabei, wie vielfach beschrieben (z.B. Cloerkes, 2000; Goffman, 1967), extensiv: Vom abweichenden, diffus Unbehagen auslösenden Merkmal wird auf die ganze Person geschlossen, die in der Folge als beschädigt, als mangelhaft wahrgenommen wird. Das Gesicht kann zur Gefahr für die soziale Identität werden.

Dies ist in besonderem Maße prekär, wenn das Gesicht – wie dies bei gesichtschirurgischen Patientinnen und Patienten der Fall sein mag – subjektiv *grundsätzlich* ein Problem darstellt. Wenn der Eindruck, den wir von uns vermitteln wollen (das „soziale Gesicht“), durch unser Gesicht (das „physische“ Gesicht) von vorn herein unterminiert ist oder temporär außer Kontrolle gerät, besteht in der direkten sozialen Interaktion („von Angesicht zu Angesicht“) die Gefahr eines „Gesichtsverlusts“ (Goffman, 1955). Beschämung, Peinlichkeit, Demütigung oder gar Selbstverachtung können die Folge sein (Goffman, 1955; Tisseron, 2000). Es müssen von beiden Seiten Techniken des face-work eingesetzt werden, um das soziale Image (das *face*) des Stigmatisierten zu bewahren.

In diesem Licht betrachtet, können plastisch chirurgische Eingriffe im Gesicht als eine Form von face-work oder gar Stigma-Management verstanden werden: Ziel ist es, die Kontrolle über die eigenen Gesichtszüge wieder zu erlangen, sich des Stigmas zu entledigen und damit auch die Reaktionen der anderen zu beeinflussen.

PatientInnen, die vor einem gesichtschirurgischen Eingriff stehen, sind auf ganz besondere Weise mit ihrem Gesicht und dessen sozialer Sichtbarkeit konfrontiert. Das, was am Gesicht sowieso schon als problematisch empfunden wird, muss auch noch explizit thematisiert und absichtsvoll dem (medizinischen) Blick anderer preisgegeben werden. Damit ergeben sich auch ganz eigene Probleme, wenn (beispielsweise zu Forschungszwecken) die subjektive Perspektive dieser PatientInnen im Hinblick auf den Eingriff erfragt werden soll. Im Interview, in dem nach der Geschichte gefragt wird, die der geplanten Gesichtsoperation voraus ging, werden face-work und Prozesse der Stigmatisierung auf doppelte Weise relevant: Im hervorgebrachten Plot, also der thematischen Konstruktion als bevorzugtem „Ort der Wirklichkeitskonstruktion der ErzählerIn“ (Lucius-Hoene, 2009, S. 139) und in der direkten interaktiven Situation des Interviews.

Im Folgenden sollen diese Aspekte exemplarisch anhand zweier Interviewausschnitte betrachtet werden. Die Daten stammen aus dem Korpus einer qualitativen Interviewstudie, die seit August 2009 in Zusammenarbeit der Kantonalen Psychiatrischen

Klinik Liestal, der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, der Klinik für Plastische Chirurgie am Universitätsspital Basel und der Abteilung für Rehabilitationspsychologie der Universität Freiburg durchgeführt wird¹. Es handelt sich um offene und narrationsfördernde Forschungsinterviews (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004). Insgesamt liegen zu diesem Zeitpunkt Interviews von 20 PatientInnen vor, die jeweils kurz vor und etwa drei Monate nach einem gesichtschirurgischen Eingriff durchgeführt wurden.

Textbeispiel: „Frau Müller“

Das erste Textbeispiel² stammt aus einem Interview mit einer 37 Jahre alten Kosmetikerin (im Folgenden „Frau Müller“ genannt). Sie hat einen Mann und drei kleine Kinder. Ins Spital kommt sie mit dem Wunsch einer kosmetischen Nachoperation an ihrer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Sie hatte schon seit der Kindheit viele korrigierende Operationen in verschiedenen Krankenhäusern. Es gab immer wieder Komplikationen, der erwünschte Erfolg ist bis zum Zeitpunkt des Interviews ausgeblieben. Im Interview schildert sie einen schwierigen, durch die Narben der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte deutlich beeinträchtigten Lebensverlauf. Der Ausschnitt stammt aus den ersten zehn Minuten des Interviews.

- 1 M: ich sElbst hab ein kleines KIND (.)
- 2 einen (.) SOHN
- 3 der ist (.) VIERzehn monate alt (-)
- 4 und ähm (--)
- 5 ich hab ANGST wenn der größer wird und realisIert (1.5)
- 6 dass sein mAma halt soo AUSsieht also (--) ja
- 7 und dass ich halt SCHON hoff dass (.)
- 8 äh dass ich NICHT (-)
- 9 ich kann NICHT Ähm
- 10 <<schnalzt>tz> (-)
- 11 ich kann es nicht akzeptIEREN
- 12 ich kann_s nicht ANnehmen
- 13 äh ich ich (-) BIN noch nicht so weit dass ich könnte SAgen
- 14 oKE (.) das bin ICH
- 15 das (.) gehört zu MIR und ääh (-)
- 16 s (.) das kann <<undeutlich, leise>(i nich)> he °hh (--) nein
- 17 (1.0)

¹ Die Studie ist gefördert vom Department Chirurgie des Universitätsspitals Basel, der Freiwilligen Akademischen Gesellschaft FAG Basel und als Dissertationvorhaben Lisa Schäfer-Fauths von der Hermann Paul School of Language Sciences Freiburg.

² Es wurden die Transkriptionskonventionen nach GAT 2 (Selting et al., 2009, siehe Anhang) verwendet, wobei die Detailliertheit der (nicht-linguistischen) Fragestellung angepasst wurde.

- 18 I: hm (2.0)
 19 M: n_n so!GAR! (-) mein lebenspartner möchte (-)
 20 wü würde mich auch sehr gerne HEIraten
 21 aber ich habe !ANGST!
 22 ich sage immer NEIN weil (.)
 23 weil ich habe !ANGST! (.)
 24 vor den FOTOS
 25 I: hm_hm
 26 M: es ist eigentlich paraDOX gE (.) Aber °hh
 27 wir haben BEIde eigentlich angst vor diesen fOTOS die dann (.) entstehen wür-
 den (.) das
 28 mit diesem geSICHT net

Im größeren Kontext des Interviews handelt es sich bei diesem Ausschnitt um eine Begründung für die gesichtschirurgische Operation, die Frau Müller anstrebt. Dafür entwirft sie zwei Szenarien, die vor allem ihre *Not* mit dem eigenen Gesicht zeigen.

Im ersten Szenario (01-06) geht es um die „Angst“ der Erzählerin, „wenn“ ihr Sohn „größer wird und realisiert, dass seine Mama halt so aussieht“ (Z. 5-6). Frau Müller macht damit deutlich, dass ihr Aussehen etwas ist, das dem Sohn zwar *im Jetzt* noch nicht klar ist, das er *mit dem Größerwerden* – in der Zukunft – jedoch realisieren wird. Durch die Sequenzialität der Aussagen stellt sie einen direkten Zusammenhang zwischen dem Größer werden des Sohnes und dessen Realisierung ihres Aussehens her: das eine kommt unweigerlich mit dem anderen. Zudem impliziert sie, dass es sich bei dem, was der Sohn realisieren wird, um etwas Negatives oder zumindest um etwas Außergewöhnliches handelt. Der Sohn wird nicht realisieren, *wie* seine Mutter aussieht, sondern „*dass*“ sie „*halt so*“ aussieht.

Wir erkennen eine ganze normative Theorie, die Frau Müller implizit zugrunde legt. Mit psychologischen Begriffen können wir sagen: Der Sohn befindet sich *noch* in einem frühkindlichen Paradies der Verschmelzung mit der Mutter – er ist noch nicht alt genug, als dass er sie kritisch aus der Distanz betrachten könnte. Mit seinem Größerwerden wird er jedoch dieses Paradies verlassen, er wird an Distanz gewinnen und dadurch die Versehrtheit seiner Mutter als solche erkennen. Was Frau Müller beschreibt, ist damit keine Veränderung, die an ihrem Gesicht stattfindet, sondern es ist der Blick des Sohnes auf ihr Gesicht, der sich verändern wird – es ist also die Manifestation ihres Aussehens in den Augen des Sohnes, vor der sie Angst hat.

Den folgenden Abschnitt (Z. 07-17) beginnt Frau Müller mit einer Suchbewegung (Z. 7-10), die in einem Perspektivwechsel resultiert: von der kindlichen Perspektive des Sohnes hin zu ihrer eigenen Evaluation „ich kann es nicht akzeptieren, ich kann es nicht annehmen“ (Z. 11-12). Das, was sich dem Blick des Sohnes offenbaren wird („dass sein Mama halt so aussieht“), ist etwas, das sie selbst (noch) nicht als zu sich gehörig empfindet, von dem sie selbst zu diesem Zeitpunkt nicht sagen kann „Ok, das bin ich, das gehört zu mir“ (Z 14-15). Hier scheint eine Heilungsphantasie auf, die auf

normative Weise dem psychologischen Diskurs entspricht: Von Akzeptanz wäre Heilung zu erwarten, man müsste das Gesicht nur „annehmen“ wie es ist und sagen können „das bin ich, das gehört zu mir“. Dies nicht zu können, trägt den Duktus von persönlichem Versagen: Frau Müller weiß, wie es eigentlich gehen müsste, doch sie kann es trotzdem nicht.

Auf diesen evaluativen Einschub folgt das zweite Szenario (Z. 19-28), in dem sich die Erzählerin auf den Wunsch ihres Lebenspartners bezieht, sie zu heiraten und die „Angst vor diesen Fotos die dann entstehen würden, das, mit diesem Gesicht“ (Z. 27-28). Indem sie zunächst zwei Mal wiederholt „ich habe Angst“ (Z. 21, 23) und dann noch erweitert „wir haben beide eigentlich Angst“ (Z. 27) macht sie deutlich, dass diese (in einer möglichen Zukunft) entstehenden Fotos sowohl für sie wie auch für ihren Lebenspartner bedrohlich wären – und zwar so bedrohlich, dass sie Grund genug sind, eine Heirat abzulehnen. Die Tatsache, *dass* bei einer möglichen Hochzeit Fotos – wie auch immer – entstehen würden, setzt Frau Müller dabei als gegeben voraus. Im kulturellen Verständnis, so folgern wir, verlangen gerade Hochzeitsfotos nach äußerlicher Perfektion. Der Ausdruck „diesen Fotos“ (Z. 27) weist darauf hin, dass die Interviewte genau hier eine Kontrastierung vornimmt: zwischen dem, was Hochzeitsfotos normativ abbilden sollen, und der Realität von „diesen Fotos die dann entstehen würden, das, mit diesem Gesicht“. Es ist also, der sprachlichen Konstruktion der Erzählerin folgend, nicht – wie man als Topos auch vermuten könnte – ihr Gesicht selbst, das den Mann von einem Heiratswunsch abhält. Es sind vielmehr die unausweichlichen Hochzeitsfotos – die fotografische Manifestation der Abweichung von der erwarteten „Perfektion“ – die zur Ablehnung einer Hochzeit durch die Interviewte selbst führen.

Stigmatisierung und face-work in der Darstellung von Frau Müller

Betrachten wir nun genauer, wie die Interviewte in dieser Textstelle Prozesse der Stigmatisierung und face-work auf der Ebene der Erzählung relevant macht, ergeben sich interessante Parallelen zwischen den beiden Szenarien „Sohn“ und „Hochzeit“. In beiden Fällen beschreibt die Interviewte ein Auseinanderklaffen von idealem und realem Bild (mit Goffman, 1967, könnte man sagen: von virtueller und aktueller Identität). Im ersten Szenario entsteht die Kluft durch den Blick des Sohnes, der sich in der Zukunft verändern wird. Auf der einen Seite steht das „ideale“ Bild: Es ist das Bild, das die Interviewte als Mutter von sich vermitteln will, bzw. das Bild, das der Sohn (in seiner momentanen Unwissenheit) noch von ihr hat. Auf der anderen Seite steht das „reale“ Bild, das der Sohn (wenn er größer wird) von ihr erhalten wird, und das der Erzählerin offenbar normativ als Mutterbild völlig indiskutabel erscheint. Im zweiten Szenario entsteht die Kluft durch die Hochzeitsfotos. Diese würden vor dem Lebenspartner eine Differenz manifestieren: Hier steht auf der einen Seite das „ideale“, normative Bild einer schönen Braut, und auf der anderen Seite die Realität „dieser Fotos, die dann entstehen würden, das, mit diesem Gesicht“. Es ist genau diese Differenz zwischen dem Bild, das in der Interaktion eigentlich vermittelt werden soll,

und dem Bild, das ungewollt tatsächlich vermittelt wird, die Goffman als Gesichtsverlust beschreibt. Tatsächlich handelt es sich hier um die Darstellung eines klassischen Stigmas aus subjektiver Perspektive: Frau Müller setzt sowohl bei Sohn als auch bei Lebenspartner eine normative Erwartung voraus, wie ihr Gesicht *eigentlich* auszusehen habe (vergleichbar mit dem, was Goffman, 1967, die „virtuale soziale Identität“ nennt). Diese Erwartung stellt sie als etwas dar, das zwangsläufig enttäuscht werden wird, wenn ihr reales Gesicht erst offenbar wird (wenn sich die „aktuale soziale Identität“ im Blick des Sohnes oder auf Fotos manifestiert). Ihr Gesicht wird von der Erzählerin als diskreditierende Eigenschaft dargestellt, die ihre gesamte Identität als Mutter oder Braut überschattet.

Bei beiden Szenarien handelt es sich dabei im Grunde um fiktive, fantasierte Ereignisse. In der Gegenwart des Interviews ist der Sohn noch klein und damit in Unwissenheit; das Heiraten ist ein Wunsch des Mannes, den die Erzählerin bis jetzt ablehnen und damit Hochzeitsfotos verhindern konnte. In beiden Fällen handelt es sich also nicht um die Darstellung eines realen, sondern eines *antizipierten Gesichtsverlusts*. Dadurch wird deutlich, wie fragil der Status quo ist, den es durch den chirurgischen Eingriff zu retten gilt. Er trägt das bedrohliche Potential zwangsläufig in sich: Ihr Gesicht wird von der Interviewten als etwas dargestellt, das ihr Leben in der Gegenwart verhindert, weil es die Bedrohung in sich trägt, ihre „erwünschte Identität“ vor Sohn und Mann in der Zukunft zu torpedieren. Sie kann das eine gar nicht verhindern und das andere nur, solange sie ihre eigene Hochzeit ablehnt. Die gesichtschirurgische Operation wird so als (einzig) gangbare Möglichkeit dargestellt, die gefährdete Identität zu retten.

Textbeispiel „Herr Kunert“

Es soll nun noch ein weiteres Beispiel Betrachtung finden, das sich deutlich vom vorangegangenen unterscheidet. Es handelt sich um den Ausschnitt aus einem Interview mit einem 53-jährigen Mann, der als Abteilungsleiter in einer großen Firma arbeitet (im Folgenden „Herr Kunert“ genannt). Der Interviewte ist verheiratet und hat drei Töchter. Er möchte ein Face-Neck-Lifting im unteren Teil seines Gesichts vornehmen lassen. Er hat sich schon vor 20 Jahren im Unispital seine Nase korrigieren lassen und war mit dem Ergebnis sehr zufrieden.

- 1 K: ich erHOFF mir
- 2 dass ich DA wenigstens (.) wieder (--) ein paar (-) jA (-)
- 3 nein das ziel ist NICH
- 4 dass man paar jü JAHre jünger nur aussieht
- 5 sondern das ZIEL ist
- 6 und das geht eigentlich jetzt in einklang mit ihrer stu:die identiTÄT (.) un
gesICHT (--) dass man sich wieder WOHL fühlt (--) in seiner hAUt (.)

- 7 und (.) wie FÜHLT man sich wo:hl (--)
 8 indem man WAHRgenommen wIrd (.)
 9 Ohne dass man (.) um wAhrnehmung SU:CHT
 10 plötzlich FESTstellt (.) da kommen reflEXe (.) von de umwe:lt
 11 des WAR so (.)
 12 des ist so in IHrem Alter (-)
 13 ((schmatzt)) des nImmt AB (.)
 14 und plötzlich IST man (-)
 15 läuft man UNerkannt durch die WELT
 16 und NUR weil (.) eIn orga:n (-) des menschlichen körpers
 17 noch nicht gemErkt hat dass das wAchstum AUFGehört hat
 18 näm_ich die HAUT (--)
 19 u:nd da gibt_s nur ein MITtel
 20 das ABzuschneiden
 21 und (.) dEs will ich jetzt verSUchen

Auch bei dieser Textstelle handelt es sich um eine Begründung für den Wunsch nach einer gesichtschirurgischen Operation. Herr Kunert startet mit einer persönlichen Offenbarung: „ich erhoff mir“ (Z. 01). Was er zunächst als Ziel seines Hoffens anzuführen beginnt („dass ich da wenigstens wieder ein paar Ja-“, Z. 02) bricht er ab, und vervollständigt den Satz dann in der Verneinung: „nein das Ziel ist nicht dass man paar jü Jahre jünger nur aussieht“ (Z. 03-04). Mit dieser Reformulierung wechselt Herr Kunert in die unpersönliche „man“-Form – er spricht nicht mehr über seine ganz persönlichen Motive, sondern beginnt eine allgemein gültige Theorie darzulegen. Dabei formuliert er als übergeordnetes Ziel einer gesichtschirurgischen Operation, „dass man sich wieder wohl fühlt in seiner Haut“ (Z. 07). Es folgt eine Darstellung von Mechanismen, die dazu notwendig sind. Auf seine eigene rhetorische Frage „und wie fühlt man sich wohl?“ antwortet Herr Kunert selbst mit: „indem man wahrgenommen wird, ohne dass man um Wahrnehmung sucht, plötzlich feststellt da kommen Reflexe von der Umwelt“ (Z. 09-11). Es *braucht* dieser Theorie zufolge den Blick des anderen, um sich in seiner eigenen Haut wohl zu fühlen. Dieser Blick erfolgt *automatisch* – die Wahrnehmung durch die anderen ist nicht durch eigenes Verhalten willentlich herbeizuführen. Vielmehr stellt Herr Kunert das Gesicht als einen aktiven Reiz dar, der – solange er verlässlich funktioniert – als Reaktion automatisch Wahrnehmungsreflexe der sozialen Umwelt verursacht.

Herr Kunert führt nun an, dass dies bei ihm selbst in der Vergangenheit tatsächlich genau so funktioniert hat („des war so“, Z. 12) und adressiert dann direkt die deutlich jüngere Interviewerin („des ist so in Ihrem Alter“, Z. 13), um sie schließlich in die allgemeine Aussage „des nimmt ab“ (Z. 14) mit einzubeziehen.

Hier setzt Herr Kunert – wiederum eine allgemeine Theorie präsentierend – nun das Problem an. Mit dem Älterwerden nehmen die Reflexe aus der Umwelt ab. Die Folge, die Herr Kunert nun darstellt, ist verheerend: „plötzlich ist man, läuft man uner-

kannt durch die Welt“ (Z. 15-16). Das Ausbleiben der Reflexe aus der Umwelt wird vom Interviewten als existentieller Verlust dargestellt – man verschwindet als sozial wahrnehmbare Person.

Schuld an dieser Misere ist Herrn Kunert zufolge der Körper: All dies geschieht „nur weil ein Organ des menschlichen Körpers noch nicht gemerkt hat, dass das Wachstum aufgehört hat, nämlich die Haut.“ (Z. 17-19). Der Affekt, der hier vom Interviewten halb ironisch präsentiert wird, ist Ärger, und diesem wird dementsprechend mit bedingungsloser Aggression begegnet: „da gibt’s nur ein Mittel, das abzuschneiden, und das will ich jetzt versuchen“ (Z. 20-22). Dabei wechselt Herr Kunert in der letzten Zeile schließlich von der allgemeinen Darstellung zum persönlichen „ich“ zurück: Angesichts eines Mechanismus, der jeden trifft, zeigt er sich persönlich als aktiv handlungsmächtig.

Stigmatisierung und face-work in der Darstellung von Herrn Kunert

Die hier erfolgte Begründung für die gesichtschirurgische Operation unterscheidet sich ganz grundsätzlich von Frau Müllers Darstellung. Versucht man, die Textstelle im Hinblick auf eine Darstellung von face-work und Prozessen der Stigmatisierung zu untersuchen, wird schnell klar, dass diese Konzepte nicht greifen. Herr Kunert beschreibt im Grunde völlig andere soziale Mechanismen – es geht nicht um die Bedrohung durch einen Gesichtsverlust oder um Stigmatisierung. Zwar beschreibt auch er eine Differenz zwischen dem Bild, das er idealerweise vermitteln möchte, und den tatsächlichen sozialen Reaktionen – allerdings auf eine ganz andere Weise als Frau Müller. Herr Kunert plagt sich nicht damit, dass sein Gesicht den anderen ein *unerwünschtes* Bild von ihm vermitteln könnte, sondern dass es *gar keines* mehr vermittelt. Es ist der *Verlust* des einmal da gewesen positiven Bildes, der ihn umtreibt, nicht die Angst vor dem negativen Bild. Seine Identität sieht er durch das *Ausbleiben* von Reaktionen torpediert: Die Bedrohung liegt in seiner sozialen Unsichtbarkeit, nicht in der Offenbarung von etwas, das er selbst nicht akzeptiert, wie das Frau Müller schildert. Dieses Ausbleiben der Blicke anderer geht bei Herrn Kunert nicht mit Angst, Peinlichkeit oder Ähnlichem einher, sondern wird eher als ärgerlicher Lauf der Dinge geschildert, dem er Kraft seiner Handlungsmächtigkeit Abhilfe schaffen will.

Was wir hier sehen, ist ein anderer Begründungszusammenhang, als ihn Frau Müller präsentiert. Bei ihr ist die ganz persönliche Angst handlungsleitend, ein unerwünschtes Bild ihrer Selbst könnte offenbar werden – sie könnte stigmatisiert werden – und das will sie durch den chirurgischen Eingriff verhindern. Was Herr Kunert beschreibt, ist hingegen der als allgemein gesetzte Wunsch, zu einem Idealzustand des „sich Wohlfühlens“ zurückzukehren – und das will er durch den chirurgischen Eingriff erreichen. Er präsentiert sein Schicksal als ein allgemeines, das jeden – auch die Interviewerin – irgendwann treffen wird. Damit ist sein Gesicht kein Stigma: Es ist kein persönliches Merkmal, das ihn vor anderen unterscheidet und ihn bloßstellen kann. Was Herrn Kunert auszeichnet, ist seiner Darstellung zufolge weniger, dass sein

Gesicht sich verändert hat, als *wie er damit umgeht*. Er zeigt sich angesichts des Verlusts von sozialen „Reflexen“ als handlungsmächtig, indem er eine gesichtschirurgische Operation in Anspruch nimmt.

Das face-work in der Interviewsituation

Betrachten wir nun noch eine weitere Ebene, auf der face-work in den Interviews relevant wird. Selbstverständlich betreiben auch die Teilnehmer einer Interviewsituation im Akt des Erzählens bzw. Zuhörens face-work: Sie versuchen, ein konsistentes, sozial erwünschtes Bild von sich zu vermitteln und es gleichzeitig dem Gegenüber zu ermöglichen, dieses Bild zu akzeptieren. In dieser speziellen Interviewsituation ist das auf besondere Weise prekär: Die Interviewten präsentieren ihre Begründungszusammenhänge vor einer Interviewerin, die ihnen während der Schilderung ins Gesicht schaut. Sie sind also aufgefordert, zu erzählen, warum sie ihr Gesicht als so problematisch empfinden, dass sie einen chirurgischen Eingriff anstreben, während die Interviewerin diese Begründungen direkt visuell abgleichen und bewerten kann.³ Die beiden hier vorgestellten Interviewten gehen mit dieser Situation ganz unterschiedlich um.

Frau Müller macht im Interview sehr deutlich ihre Not erkennbar. Die Tatsache, dass sie die geschilderten Szenarien in die Zukunft verlegt, kann als gesichtswahrender Akt verstanden werden: Sie zeigt sich als Mensch, der dabei ist, einen drohenden Gesichtsverlust zu verhindern – nicht als Mensch, der das Gesicht schon verloren hat. Dennoch zeigt sie sich vor der Interviewerin als bedroht, als verletzlich, und macht explizit ihre Unfähigkeit zum Thema, die eigene Not psychisch zu bewältigen. Damit antizipiert sie eine mögliche Lösungsphantasie der Interviewerin und rechtfertigt den chirurgischen Eingriff als ihre einzige Handlungsoption. Im Sinne eines face-works zeigt sie sich damit als Mensch, der nicht leichtfertig ästhetische Chirurgie in Anspruch nimmt, sondern damit einen „letzten Strohalm“ ergreift: Der Wunsch nach einer Operation ist kein Luxus, kein kosmetisches Enhancement, sondern der Versuch, einer Stigmatisierung zu entgehen und damit die Integrität ihrer Identität zu bewahren.

Herr Kunert hingegen präsentiert sich als Mensch, der es gewohnt ist, auf besondere Weise von anderen wahrgenommen zu werden, und der nicht bereit ist, dies aufzugeben. Er betreibt in der Interviewsituation face-work vor der deutlich jüngeren, weiblichen Interviewerin, indem er die Veränderung seines Gesichts, die der Grund für seinen Operationswunsch ist, als allgemeinen Mechanismus beschreibt, der jeden irgendwann trifft. Indem er die Interviewerin explizit in dieses Schicksal mit einschließt, sitzt sie quasi mit ihm im gleichen Boot: Sie ist nicht mehr neutrale Beobachterin und kann sich damit nicht von seinem Schicksal mit seinem Gesicht distanzieren. Konsequenterweise präsentiert Herr Kunert der Interviewerin dann den chi-

³ Es ergibt sich noch ein weiteres Dilemma, auf das an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann: Die Interviewerin selbst steht vor der Aufgabe, potentiell gesichtsbedrohende Fragen zu stellen und gleichzeitig das Gesicht der Interviewten (und ihr eigenes als höfliche Interviewerin) zu wahren.

rurgischen Eingriff als einzig mögliche und vernünftige Lösung, um dem Verlust von „Strahlkraft“ zu begegnen. Damit zeigt er sich im Sinne eines face-works als potenter, handlungsfähiger Mensch, der eine Lösung parat hat, die auch der Interviewerin vielleicht irgendwann nützlich sein kann.

Vergleichend: Die unterschiedliche Affektivität in den Darstellungen

Vergleicht man also abschließend die Schilderungen von Frau Müller und Herrn Kunert, so wird deutlich, welche unterschiedliche Rolle dem Gesicht im Hinblick auf die gesamte Identität in beiden Fällen zugewiesen wird. Natürlich kann man argumentieren, dass auch die manifesten Gründe für die Operation sich jeweils unterscheiden: Bei Frau Müller ist es eine angeborene Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, bei Herrn Kunert ein natürlicher Alterungsprozess, die als Ursachen angeführt werden. Dennoch sind beide Eingriffe kosmetisch motiviert: es liegt in beiden Fällen keine medizinische Indikation für den Eingriff vor. Es gibt also tatsächlich eine besondere Rechtfertigungsnot. Die Interviewten müssen vor der Interviewerin irgendwie plausibel machen, warum der Eingriff trotzdem sein muss. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Interviewsituation nicht der einzige Ort ist, an dem diese Rechtfertigung vorgenommen werden muss. Der Eingriff will vor den behandelnden Ärzten, vor dem sozialen Umfeld, und in jedem Fall vor den PatientInnen selbst begründet sein. Die beiden Interviewten wählen dazu diametral unterschiedliche Darstellungen.

Diese unterscheiden sich insbesondere dadurch, ob Merkmale des Gesichts zum Zeitpunkt des Interviews, also *vor* dem geplanten chirurgischen Eingriff, tatsächlich als Stigmata dargestellt werden. In Frau Müllers Interview ist dies zweifellos so: Sie präsentiert ihr Gesicht als klassisches Stigma, das ihr ganz persönliches Schicksal ist und das die Macht hat, ihre gesamte Identität zu überstrahlen und sie im Blick des Sohnes oder auf Hochzeitsfotos bloßzustellen. Damit verbunden geht in ihrer Darstellung *Angst* einher – was in der Tat ein entscheidender Affekt ist, den Goffman (1967) „sichtbarlich stigmatisierten“ Menschen in der Interaktion mit Nicht-Stigmatisierten zuschreibt (S. 28). Den chirurgischen Eingriff stellt Frau Müller als (einzige) Möglichkeit dar, der ängstigenden Vorstellung einer Stigmatisierung in den Augen von Sohn oder Lebenspartner zu entgehen.

Herr Kunert hingegen stellt den Alterungsprozess seines Gesichts nicht als stigmatisierend dar, auch wenn der herrschende Diskurs um das Altern dies grundsätzlich möglich machen würde. Für Herrn Kunert ist es der Verlust einer herausragenden Stellung in den Blicken der anderen, den er durch den Eingriff kompensieren möchte. Die Veränderungen seines Gesichts rahmt er zudem nicht als sein persönliches Schicksal, sondern macht deutlich, dass dies ein allgemeines Problem ist, dem keiner entgehen kann. Dementsprechend ist der von ihm präsentierte Affekt auch nicht Angst – es ist vielmehr *Ärger* über die Tatsache, dass Gesichter sich allgemein im Alter auf unerwünschte Weise verändern. Er möchte durch den chirurgischen Eingriff

ein Privileg zurückerlangen und zeigt sich dabei als handlungsmächtiger Gegner angesichts des Laufs der Zeit.

Ausblick: Gesichtschirurgie zwischen Normalisierung und Optimierung

Für weitere Analysen erscheint es uns sinnvoll, genau an dieser Stelle zwischen den PatientInnen zu unterscheiden. Wir können vermuten, dass es für den Behandlungsverlauf nicht trivial ist, worauf die Motivation für einen Eingriff zurückgeht: Liegt der Wunsch zugrunde, sich von einem Stigma zu befreien, das die eigene Identität profunde bedroht – sich also vor den Augen anderer zu *normalisieren*? Oder geht es darum, eine kosmetische Verbesserung zu erreichen, um ein äußerliches und soziales Enhancement vorzunehmen – sich also zu *optimieren* (Borkenhagen, 2011)? Hier sehen wir den Ansatzpunkt für eine klinisch relevante präoperative diagnostische Unterscheidung. Weitere Forschung muss zeigen, inwieweit sich ein Einfluss auf den postoperativen Verlauf ergibt.

Literatur

- Borkenhagen, A. (2001). Gemachte Körper: Die Inszenierung des modernen Selbst mit dem Skalpell; Aspekte zur Schönheitschirurgie. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 25 (1), 55-67.
- Borkenhagen A (2011). Kosmetische Genitalchirurgie als Normalisierungs- und Optimierungspraktik. In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie* (S. 55-70), Berlin: Lit-Verlag.
- Cloerkes, G. (2000). Die Stigma-Identitäts-These. *Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung*, 3, 104-111.
- Furr, L. A., Wiggins, O., Cunningham, M., Vasilic, D., Brown, C. S., Banis, J. C. et al. (2007). Psychosocial implications of disfigurement and the future of human face transplantation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120 (2), 559-565.
- Gilman, S. L. (1998). *Creating Body to Cure the Soul. Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*. Durham: Duke University Press.
- Goffman, E. (1955). On face-work: An analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry*, 18, 213-231.
- Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Originalarbeit erschienen 1963).
- Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers: Einsichten - Vielsichten*. Bielefeld: transcript.
- Küchenhoff, J. (2007). Sehen und Gesehen-Werden: Identität und Beziehung im Blick. *Psyche*, (61), 445-462.
- Küchenhoff, J. & Wiegerling, K. (2008). *Leib und Körper: Philosophie und Psychologie im Dialog* (C. Hubig & G. Jüttemann, Hrsg., Bd. 5). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lucius-Hoene, G. (2009). Erzählen als Bewältigung. *Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung*, 23 (2), 139-147.

- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Posch, W. (2009). *Projekt Körper: Wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt*. Frankfurt am Main: Campus.
- Rohr, E. (Hrsg.) (2004). *Körper und Identität. Gesellschaft auf den Leib geschrieben*. Königstein im Taunus: Helmer.
- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D., Bergmann, J., Bergmann, P., Birkner, K., Couper-Kuhlen, E., Deppermann, A., Gilles, P., Günthner, S., Hartung, M., Kern, F., Mertzluft, C., Meyer, C., Morek, M., Oberzaucher, F., Peters, J., Quasthoff, U., Schütte, W., Stukenbrock, A. & Uhmann, S. (2009). *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2)*. *Gesprächsforschung*, (10), 353-402.
- Tisseron, S. (2000). *Phänomen Scham: Psychoanalyse eines sozialen Affektes*. München: Reinhardt.
- Villa, P.-I. (Hrsg.) (2008). *schön normal: Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript.

Anhang

Verwendete GAT 2 Transkriptionskonventionen (Selting et al., 2009):

°hh / hh° Ein- bzw. Ausatmen (hier von ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer)

- (.) Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
- (-) kurze geschätzte Pause von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
- (—) mittlere geschätzte Pause v. ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
- (—) längere geschätzte Pause von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
- (0.5) gemessene Pausen

und_äh Verschleifungen innerhalb von Einheiten

: Dehnung, Längung, um ca. 0.2-0.5 Sek.

((hustet)) para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse

<<hustend>> sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse

akZENT Fokusakzent

akzEnt Nebenakzent

ak!ZENT! extra starker Akzent

Humorvolle Taktlosigkeit, Kreditierung interaktiv: Ein gesprächsanalytischer Werkstattbericht

Michael Frei, Konrad Michel & Ladislav Valach

Zusammenfassung

Ausgehend von einer auf den ersten Blick irritierenden Frage einer Interviewerin in einem Erstgespräch mit einer Patientin nach Suizidversuch, wird der Frage nachgegangen, was eine solche Intervention humorvoll macht, und was eine konkrete, potentiell humorvolle Intervention für die Entwicklung der Begegnung bedeuten kann. Der Beitrag befasst sich einerseits mit der konzeptuellen Beziehung zwischen der humoristischen Einstellung und der kreditierenden Haltung, die beide eine wohlwollende aber dennoch fordernde Haltung gegenüber dem Vis-à-vis proklamieren, und diskutiert andererseits, anhand eines konkreten Beispiels, die Chancen und Risiken einer solchen Intervention für die Interaktion. Ein theoretischer Zusammenhang zwischen Humor und Kreditierung als Haltung wird angedacht.

Schlüsselwörter

Konversationeller Takt und Taktlosigkeit, Humor, Kreditierung, Gesprächsanalyse

„Sieh’ her, das ist nun die Welt, die so gefährlich aussieht.
Ein Kinderspiel, gerade gut, einen Scherz darüber zu machen!“
Freud, 1927a, S. 389

Einleitung

Was geschieht hier: In einem narrativen Interview zu Forschungszwecken mit einer ihr unbekanntem Interviewerin¹ erzählt eine jugendliche Patientin, die vor kurzem einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen hat, auf die einleitende Frage hin, wie es denn überhaupt dazu gekommen sei, von einem sexuellen Übergriff als „aktu-

¹ Es handelt sich bei dieser Begegnung um eine Erstbegegnung. Die Interviewerin, eine klinische Psychologin, und die Patientin kennen sich nicht. Die Interviewerin steht in keinem therapeutischen Verhältnis zur Patientin. Für eine ausführliche Charakterisierung der Situation siehe unten Fn. 3 und Frei, Michel, Valach, Grimmer und Boothe (2012).

eller Auslöser“ ihres Suizidversuchs. Also sie spiele Theater, und während der Abendvorstellung am letzten Freitag sei ihr Mitspieler alkoholisiert gewesen und habe sich „total daneben benommen“. Während der Aufführung soll er sich einfach nicht mehr unter Kontrolle gehabt, sie „beherrscht“ und angefasst haben. Sie wisse nicht, ob sie überreagiert habe, aber sie habe Angst bekommen. Im Nachhinein soll er ihr dann ihre Beziehung zum Regisseur vorgeworfen haben: Sie sei eine „kleine Schlampe“ und wenn der dürfe, ja dann könne ja jeder. Sie habe sich wie „Freiwild“ gefühlt. Auch im Publikum habe man während der Aufführung bemerkt, dass etwas nicht stimmt. Aus der Liebesszene sei „eh blöd gesagt eine Pornoszene“ geworden, und er habe sie „mit einer Macht beherrscht“, wo sie nichts mehr dagegen tun konnte. Hier, nach wenigen Minuten im Gespräch, reagiert die Interviewerin mit einer unerwarteten Frage auf den Einstieg und den bisherigen Verlauf des Interviews: Sie fragt, ob sich der Mitspieler zumindest an den Text gehalten habe, „wenigstens so“.²

Die Patientin hat sich damit einverstanden erklärt, zu Forschungszwecken einer ihr unbekannt Person die Geschichte ihres Suizidversuchs zu erzählen („wie ist es überhaupt so weit gekommen?“), und wie sie in den ersten Minuten dieses Gesprächs als aktuellen Auslöser für ihren Suizidversuch diesen Übergriff schildert, leistet sich die Interviewerin, von der man in einer solchen Situation sicher etwas mehr Mitgefühl und Einfühlungsvermögen erwarten könnte, eine solche Taktlosigkeit... Oder kann diese Bemerkung, in Anbetracht der Umstände, etwa als humorvoll gelten? Und wenn ja, was könnte dies für die Entwicklung dieser noch frischen Begegnung bedeuten?

Die therapeutische Beziehungs- und Interaktionsgestaltung kann als im Spannungsfeld zwischen Zumutung, Mut machen und Schonung liegend verstanden werden. In diesem Werkstattbericht soll der Frage nachgegangen werden, was Humor im therapeutischen Gespräch auszeichnet und was er, wenn er ankommt (oder eben nicht), für die Interaktion leisten und bedeuten kann. Dies soll im Folgenden anhand des oben angeführten Beispiels gesprächsanalytisch untersucht werden. Der Beitrag wird vor dem Hintergrund des psychologischen Vertrauensbegriffs (Krampen 1997; Franz, 1997; s. auch Luhmann, 2000 [1968]) und dessen Übertragung auf die therapeutische Situation (Bowlby, 1995; Schwab, 1997; Schauenburg & Strauss, 2002; Grossmann & Grossmann, 2002), der Entwicklung der therapeutischen Beziehung (Neukom, Grimmer & Merk, 2005) sowie dem damit verbundenen Konzept der Kreditierung (Boothe & Grimmer, 2005; Grimmer, 2006) aufgespannt.

² Anführungs- und Schlusszeichen verweisen auf Zitate aus dem Transkript, die, da das Interview in Mundart geführt wurde, der allgemeinen Verständlichkeit halber ins Schriftdeutsche übersetzt wurden.

„Im Prinzip hat er einfach mit mir gemacht, was er wollte“

Hier die eingangs beschriebene Szene mit der bemerkenswerten Intervention der Interviewerin (63) im Feintranskript:³

Auszug 1⁴

- 55 P: ... aber an den reaktionen hat er (.h) scheint es schon gemerkt dass es eh weniger (-) eine
 56 liebeszene als (-) eh blöd gesagt eine pornosze[ne war also einfach weil er wirklich (.h) ja eh
 57 I: [mhm]
 58 P: weil nicht das knistern da war das in einer liebeszene da i[st sondern einfach (.h) dass er mich
 59 I: [ja]
 60 P: (-) eh mit-mit mit einer macht beherrscht hat wo ich einfach nichts mehr dagegen machen
 61 konnte **als[o er hat im prinzip einfach mit mir gemacht was er °wollte°**
 62 I: [mhm]
mhm ja (-) hat er
 63 **sich denn an den text gehalten wenigstens so**
 64 P: JA ziemlich doch (-) also das ist eh (-) das ist bei der scene ...

Dem bisherigen, in der Einleitung beschriebenen Gesprächsverlauf ist soweit nicht viel hinzuzufügen. Die Intervention ab Zeile 62 ist, nach der Gesprächseröffnung und einer klärenden Zwischenfrage, die zweite Intervention der Interviewerin in diesem Gespräch. Für uns ist sie deswegen interessant, weil sie einerseits sehr wohl auf die Patientin und ihre Geschichte bezogen ist, andererseits aber etwas Unerwartetes und

³ Die Videoaufnahme auf der das Transkript dieses Gesprächs basiert entstammt dem Forschungsprojekt "Towards a Better Understanding of Suicidal Behaviour", das am psychiatrischen Universitätsspital Bern durchgeführt wurde (für eine ausführlichere Beschreibung dieses Forschungsprojekts siehe Michel et al. 2002; Valach, Michel, Dey & Young, 2002 und Michel & Valach, 2001). Bei den Gesprächen handelte es sich um Erstbegegnungen in einem Kriseninterventionszentrum, wenige Tage bis maximal zwei Wochen nach dem Suizidversuch der Patienten. Als Interviewer fungierten Internisten, Psychiater und klinische Psychologen, die in keinem direkten ärztlichen oder therapeutischen Verhältnis zu den von ihnen interviewten Patienten standen. Die Interviewer wurden für diese narrativen Interviews nicht speziell geschult. Die einzige Vorgabe bestand darin, kein klassisches klinisch-psychiatrisches Interview zu führen, wie dies z.B. für eine psychiatrische Diagnosestellung oder die Erhebung des psychischen Status getan wird, sondern "den Patienten zu ermutigen ... die Geschichte zu erzählen, die dahinter steckt" (Michel, 2002, S. 731). Als einleitende Frage finden sich in diesen Interviews regelmässig die Aufforderung zu erzählen, "was eigentlich passiert ist" oder "wie es soweit gekommen ist".

⁴ Die Zeilennummerierung verweist auf das Originaltranskript, das 713 Zeilen umfasst. Die verwendeten Transkriptionszeichen finden sich in einer Tabelle im Anhang.

Überraschendes hat. Sie bricht mit dem, was man (zumindest in einer alltäglichen Gesprächssituation) von einer einfühlsamen ZuhörerIn an dieser Stelle im Gespräch erwarten würde.⁵ Die Intervention fällt aus dem Takt. Sie steht wie quer zum bisherigen Gesprächsverlauf und den sich daraus ergebenden Erwartungen an das Gegenüber, und die weitere Entwicklung des Gesprächs. Im Folgenden soll mit den Mitteln der Gesprächs- (Deppermann, 2008) und der Positionierungsanalyse (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004) gezeigt werden, warum das so ist.

Die Interviewerin bezieht sich mit ihrer Frage von Zeile 63 wie die Patientin auf diesen übergriffigen Mitspieler („er“), der in der einleitenden Erzählung der Patientin zum „aktuellen Auslöser“ die zentrale Figur darstellt. Die Interviewerin übernimmt das Rederecht mit einem betonten „*mhm ja*“ (62) an einer übergangsrelevanten Stelle (Selting, 2000), nachdem die Patientin ihren Satz, „also er hat im Prinzip einfach mit mir gemacht was er wollte“ (61), leise beendet. Die Interviewerin bleibt mit ihrer Frage bei dem von der Patientin als relevant gesetzten Kontext. Sie führt nicht weg und lenkt nicht ab. Sie bezieht sich mit ihrer Frage auf den von der Patientin eingeführten Mitspieler, aber dennoch hat die Frage etwas Überraschendes. Die von der Interviewerin erfragte Aktion, „hat er sich denn an den Text gehalten wenigstens so?“, kontrastiert mit den bisher von diesem Mitspieler berichteten Handlungen. Schließlich war es ja auch nicht seine schauspielerische Leistung, die zur Diskussion stand. Es fällt auf, dass die Interviewerin mit keinem Wort auf die vorhergehende, stellenweise drastische Schilderung dieses Übergriffs Bezug nimmt. Die jugendliche Patientin erzählt, dass sie von diesem Mitspieler nach dem Übergriff als „Schlampe“ bezeichnet wurde, dass sie sich auf der Bühne wie „Freiwild“ gefühlt habe und dass die aufgeführte Szene für das Publikum zu einer „Pornoszene“ verkam. Dies alles wird von der Interviewerin, wie die überlappenden Hörersignale zeigen, zwar zur Kenntnis genommen, jedoch nicht explizit aufgegriffen. Mittels ihrer Frage relativiert und deeskaliert die Interviewerin das erzählerische Crescendo der Patientin zu Beginn dieses Gesprächs. Sie übernimmt das Rederecht an einer dramatischen Stelle („er hat mit mir gemacht, was er wollte“) und entdramatisiert die laufende Interaktion auf unerwartete Art und Weise durch die Einnahme einer leicht verrückten Perspektive.

Die Patientin bestätigt die Frage der Interviewerin, ob sich der übergriffige Mitspieler denn wenigstens an den Text gehalten habe, erst mit einem neutralen „ja ziemlich doch“ (64). Im Anschluss an diese Bestätigung staffiert sie die betreffende Szene weiter aus und kommt dann, circa eine halbe Minute später, lächelnd noch einmal auf die Frage der Interviewerin zurück.

⁵ Es ist vielleicht wichtig zu betonen, dass diese Intervention, die im Fokus dieser Arbeit liegt, keineswegs für das ganze Gespräch steht. Bei Frei et al. 2012 wird anhand weiterer Transkriptauszüge und im Vergleich mit anderen Gesprächen ausführlich dargelegt, dass diese Interviewerin regelmässig auf eine Art und Weise mit der Patientin interagiert, die eindeutig als zuvorkommend, feinfühlig und empathisch gelten kann.

Auszug 2

- 80 P: ... danach habe ich einfach das gefühl gehabt das gehe nicht aber (.h)
 <<lächelnd>mit dem
 81 text ist es dann einigermaßen> gegangen in der scene
 82 I: =mhm
 83 P: aber einfach der rest ist schlimm [gewesen (.h) und vor allem noch weil ehm
 ...
 84 I: [°mhm°]

Nach der anfänglich neutralen Bestätigung reagiert die Patientin hier ab Zeile 80 nachträglich, nach Ausarbeitung der betreffenden Szene, mit einem Lächeln. Auch wenn sie erst das Gefühl gehabt habe, „das geht nicht“, kann sie jetzt lächelnd sagen: „Mit dem Text ist es dann einigermaßen gegangen in der Szene“. Was ihr von der Interviewerin mit einem direkt anschließenden „mhm“ quittiert wird. Sie fährt fort: „Aber einfach der Rest ist schlimm gewesen“ (83), was ihr von der Interviewerin wiederum mit einem überlappenden, leisen „mhm“ abgenommen wird. Im Anschluss daran fährt die Patientin mit einer Ausführung dazu fort, warum dieser Übergriff trotzdem schlimm für sie gewesen ist.

Für unsere Überlegungen ist hier von Belang, dass die Patientin auf die überraschende und irgendwie taktlose Frage der Interviewerin nachträglich doch mit einem Lächeln reagieren kann. Etwas an dieser unvorhergesehenen Frage, das bei der Patientin angekommen ist, war aus ihrer Sicht also komisch. Das Lächeln der Patientin stellt eine kurze Auflockerung und Erleichterung des Gesprächs dar, bevor sie zur Schilderung einer früheren „Erfahrung“ übergeht, wo sie „fast vergewaltigt wurde“. Die Interviewerin und die Patientin finden sich zwischen diesen zwei aufeinanderfolgenden Berichten zweier belastender Erfahrungen zu einem kurzen, humorvollen Austausch. Nach der abschließenden Aussage der Patientin („er hat mich mit einer Macht beherrscht wo ich einfach nichts mehr dagegen machen konnte, also er hat im Prinzip einfach mit mir gemacht was er wollte“) erlaubt sich die Interviewerin, die Präsentation des als übermächtig dargestellten Mitspielers durch einen Registerwechsel in Frage zu stellen. Die Schilderung des ersten Übergriffs als aktueller Auslöser kann mit einem Lächeln abgeschlossen werden: Trotz all der empörenden Dinge, die sich dieser Mitspieler da auf der Bühne geleistet hat, wenigstens mit dem Text hat es einigermaßen geklappt.⁶

⁶ Die Patientin hätte hier auch ohne weiteres entrüstet oder empört auf die Frage der Interviewerin reagieren können. Zwei eindrückliche Beispiele für die Entwicklung der Humorfähigkeit von persönlichkeitsgestörten Patienten in Therapie liefert Herbold (2011).

„Hat er sich denn an den Text gehalten wenigstens so?“

Boothe (2004) erwähnt neben dem vereinnahmenden Charakter und der identifizierenden Wirkung des Erzählens eine „Tendenz zur Selbstbestätigung“ insofern als

... dass eine im Sprecher schon vorbereitete Perspektive auf das Erlebte und Erfahrene sowie eine schon vorbereitete Version des Verstehens bestätigt wird ... Der suggestive Charakter der Erzählung tendiert zu einer Sprecher-Hörer-Vereinigung, einer Aufhebung von Trennung in einem gleichsinnig mitvollziehenden emotionalen Engagement. (S. 43f.)

Als Leser oder Hörer dieses Gesprächs fühlen wir diese identifizierende Wirkung des Erzählens als Tendenz zur Übereinstimmung und konkordanten Bestätigung der Erzählerin. Entsprechend dieser Identifizierung, oder eben dieses „gleichsinnig mitvollziehenden emotionalen Engagements“, würde man von der Interviewerin an dieser Stelle des Gesprächs eine eher mitfühlende, haltende und schonende Intervention erwarten.⁷ Dieser vereinnahmenden und identifizierenden Wirkung des Erzählens entzieht sich die Interviewerin in unserem Fall geschickt, indem sie mit ihrer überraschenden Frage einen exzentrischen Standpunkt zum erzählenden Geschehen einnimmt, und sich so der darin angelegten Sprecher-Hörer-Vereinigung entzieht. Anstatt sich, entsprechend der ihr von der Patientin durch ihr Erzählen implizit zugewiesenen Rolle (Hörerin/Zeugin eines Opferberichts), über den Täter und die Tat zu empören, das Opfer zu bemitleiden und zu schonen, wie es in einem normalen sozialen Setting von der Hörerin einer solchen Geschichte erwartet würde, wagt sie es, das Erzählte unter einem überraschend anderen Blickwinkel zu befragen. Indem sie die in der Präsentation dieser Geschichte angelegte Rollenverteilung zurückweist, und die ihr dabei zgedachte Position ablehnt, bricht sie mit der impliziten Spielregel einer Opfererzählung. Diese Übertretung kommt einer Tabuverletzung gleich (Kraft, 2011) und macht das Überraschende und Taktlose dieser Intervention aus.⁸ Die Interviewerin zeigt der Patientin mit ihrer unerwarteten Frage indirekt, dass sie mit deren passiv-hilflosen Selbstpositionierung nicht ganz einverstanden ist.⁹ Subtil relativiert und hinterfragt sie die szenische Anweisung der Patientin, die vom erzählten Geschehen emotional überschwemmt zu werden droht. Anstatt, der impliziten Regieanweisung gemäß, Übergriff und Übeltäter zu verurteilen, wie das unter normalen Gesprächsbedingungen zu erwarten gewesen wäre, stellt sie die Charakterisierung des Täters durch die Patientin (unberechenbar, triebhaft und mächtig) spielerisch in

⁷ Als wir dieses Beispiel im Rahmen unserer Werkstatt an der Tagung vorgestellt haben, wurden dementsprechend kritische Stimmen seitens der Teilnehmer laut, die Intervention als problematisch und anmassend taxierten.

⁸ Das Tabu, das hier berührt wird, dreht sich um die Frage, wie man als normaler Hörer und Mitmensch im Alltag, bzw. als Psychotherapeut in einer therapeutischen Situation mit einem Opfer sexueller Belästigung umzugehen hat.

⁹ In diesen Interviews soll es unter anderem ja gerade um die Erarbeitung eines Verständnisses der aktiven Seite der interviewten Personen als Täterinnen und Täter gegen sich selbst gehen, denn die Klärung der Bedingungen dieser autoaggressiven Handlungstendenzen ist eine notwendige Voraussetzung für ein Verständnis des Suizidversuchs (Frei, 2008).

Frage. Die Patientin wird versuchsweise dazu eingeladen, sich über den Täter und die Situation lustig zu machen. Von einem diagnostischen Standpunkt aus betrachtet, könnte man sagen, dass der Humor der Patientin auf die Probe gestellt wird.¹⁰

Das ist ein durchaus riskanter Zug, der auch als Provokation aufgefasst werden kann. In einer Therapie können solche Provokationen und Tabubrüche eine Weiterentwicklung oder ein Umdenken initiieren, sie können aber auch die Beziehung gefährden und zu einem Behandlungsabbruch führen. Eine solche Taktlosigkeit muss daher „stets vor dem Hintergrund der Achtung des Patienten und auf der Grundlage einer guten Beziehung erfolgen“ (Kraft, 2011, S. 180). Im Folgenden soll nun dahingehend argumentiert werden, dass diese humorvolle Taktlosigkeit auch als eine für die Beziehung und den Vertrauensaufbau günstige Kreditierung gelten kann, denn: „Therapeutik besteht nicht nur in Takt und/oder Respekt, sondern vielfach auch in taktvollen Taktlosigkeiten; Therapeutik muss auch konventionelle Grenzen des Respekts taktvoll durchbrechen können“ (Buchholz, 2009, S. 129). Dass das Risiko dieser humorvollen, die Positionierungsaktivität der Patientin subtil relativierenden Intervention aufgeht, zeigt in unserem Fall die interaktive Konsequenz, d.h. die Reaktion der Patientin im weiteren Gesprächsverlauf.

Das Beispiel kann nun also so verstanden werden, dass die Interviewerin, quasi mit einem Augenzwinkern, relativierend und regulierend in die Interaktion eingreift, und sich gegenüber dem Erzählen der Patientin eine unabhängige und kritische Position etabliert. Eine andere Position, als sie im Erzählen der Patientin für die Hörerin vorgesehen ist. Eine exzentrische Position die ausserhalb des vereinnahmenden Prozesses des Erzählens der Patientin liegt. Dabei geht der Witz der Interviewerin nicht auf Kosten der Patientin, sondern auf Kosten ihrer Darstellung des übergreifigen Mitspielers. Die Interviewerin macht sich nicht über die Patientin lustig, sondern sie stellt deren Präsentation des Mitspielers in Frage. Deswegen kann diese Sequenz als Kreditierung der Patientin verstanden werden, denn ihr wird humorvolle Selbstrelativierung bezüglich ihrer Positionierungsaktivität zugemutet. Sie wird von der Interviewerin eingeladen, den Mitspieler unter einem anderen, leicht verrückten Blickwinkel neu zu betrachten.

Positionierungsaktivität ist komplex und findet stets auf mehreren Ebenen statt. Es geht dabei, wie der Name schon sagt, um die metaphorische *Position*, die eine „Person im sozialen Raum einer Interaktion für sich beansprucht“ (Lucius-Hoene & Depermann, 2004, S. 61) und anderen Personen zuweist. In unserem Fall ist da die Patientin, die sich gegenüber dem übergreifigen Mitspieler als ängstlich, schwach und ausgeliefert positioniert. Der Mitspieler dagegen wird als unberechenbar, triebhaft-aggressiv und mächtig dargestellt. Dieser Verortung im erzählten Raum gemäß fällt auch die interaktive Positionierung im Akt des Erzählens vis-à-vis der Interviewerin aus: Die Patientin soll geschont und in Schutz genommen, der Täter und seine Tat sol-

¹⁰ Herbold und Sachsse sprechen diesbezüglich von der diagnostischen Verwendung des Humors und dessen Toleranz durch den Patienten als ein "Indikator für das Integrationsniveau des Selbst" (Herbold & Sachsse, 2011, S. 158; Herbold, 2011).

len verurteilt werden. Anstatt dem nachzukommen, mutet die Interviewerin der Patientin jedoch eine humorvolle Selbstrelativierung zu, und zwar sowohl hinsichtlich der Positionierung des erzählten Selbst und des Mitspielers, als auch hinsichtlich der Erzählerin hier und jetzt im Gespräch (interaktive Positionierung). Im Vergleich zur Präsentation des Antagonisten offeriert sie eine Relativierung ihrer Position nach oben. Die scheinbar so anstößige Frage nach der Textkompetenz des übergriffigen Mitspielers kann als spielerische Entmächtigungsofferte verstanden werden. Die Patientin wird eingeladen, kritisch über die Leistung des Mitspielers zu urteilen. Seine Darstellung als unbezwingbarer und übermächtiger Bedränger und Beherrscher wird ins Komische entschärft. Die Vorstellung, dass der porno-lüsterne Brusttrommler am Text herumstottert und wie ein Schüler nach dem ordentlich Auswendiggelernten gefragt werden kann und womöglich eine schlechte Note bekommt, offeriert einen komischen Kontrast zu seiner ursprünglichen Präsentation an.

Werfen wir noch einen kurzen Blick auf den Übergang der zwischen der Frage der Interviewerin und dem Lächeln der Patientin liegt:

Auszug 3

63 I: *mhm ja (-) hat er sich denn an den text gehalten wenigstens so*

64 P: JA ziemlich doch (-) also das ist eh (-) das ist bei der scene ich spiele eine doppelrolle d[ann

65 I: [ja]

66 P: oder der jörg-lukas von den drei jungs

67 I: ja

68 P: (.h) und das ist gerade die scene da muss ich gleich nach hinten und mich gleich an- (-)

69 umziehen und gleich wieder nach vorn k[ommen (.h) und (-) ich bin schon nach dieser scene

70 I: [mhm]

71 P: bin ich nach hinten und habe gesagt ich könne das nicht spielen es gehe nicht und wir haben

72 es schon da gemerkt also (.h) er ist so (-) er ist wahnsinnig gut er kann gut artiku[lisieren und

73 I: [mhmm]

74 P: **spielt [gut** (.h) und dort hat er so wenig text und er hat dort die hälfte vom text ausgelassen

75 I: [mhm]

76 P: hat nur noch so eh (1) in der sprache einfach undeutlich [geredet und eben hat sich wirklich

77 I: [mhm]

78 P: schon dann ist-in (-) eh-in die instrumentenkästen hinein gefahren und (.h) [und alles da:s und

79 I: [mhm]

80 P: danach habe ich einfach das gefühl gehabt das gehe nicht **aber (.h)**
 <<lächelnd>>mit dem text

81 ist es dann einigermassen> gegangen in der scene

Auf die Frage der Interviewerin (63) reagiert die Patientin mit einer Ausstaffierung der betreffenden Szene: Als erstes präsentiert sie sich als kompetente Schauspielerin, die eine schwierige Rolle zu meistern hat: „Ich spiele eine Doppelrolle dann“ (64). „Das ist gerade die Szene da muss ich gleich nach hinten und mich gleich an-, umziehen und gleich wieder nach vorn kommen“ (68). Von der Interviewerin wird sie während dieser Selbstpräsentation verschiedentlich mit zustimmenden Hörersignalen unterstützt (65, 67, 70). Dann geht sie zur Präsentation des Mitspielers über: „Also, er ist so, er ist wahnsinnig gut er kann gut artikulieren und spielt gut“ (72-). Auch das wird ihr von der Interviewerin überlappend bestätigt (73, 75). Nun beginnt die Patientin aber eine Entwicklung dieser ersten Präsentation des wahnsinnig kompetent gezeichneten Mitspielers. Sie nimmt ihm gegenüber eine urteilsmächtige Position ein, und demontiert ihre überhöhte Darstellung von ihm in rascher Folge: Er habe dort „so wenig Text“ gehabt in dieser Szene und dabei noch „die Hälfte vom Text ausgelassen“ (74) und „in der Sprache einfach undeutlich geredet“ (76). Sie habe dann „das Gefühl gehabt das gehe nicht aber, (und jetzt lächelnd) mit dem Text ist es dann einigermassen gegangen“ (80-).

Auf die komische Frage der Interviewerin baut sich die Patientin also erst als kompetente Schauspielerin auf und platziert sich als solche neben dem „wahnsinnig guten“ Mitspieler, der dann jedoch sukzessive demontiert werden kann. Die erst als überwältigend dargestellte Szene des Übergriffs wird jetzt zu einer Szene, in der die Patientin ihre Kompetenz unter Beweis stellen kann, und in der sich der Mitspieler vor versammeltem Publikum blamiert. Die Mitspielerin ist in ihrer Be- und Verurteilung des Mitspielers auch nicht alleine, wie das „wir haben es schon da gemerkt“ von Zeile 71 anzeigt.

Herausfordernde und humorvolle Interventionen wie diese Frage der Interviewerin sind, obschon konfrontativ und riskant, durchaus kooperationsorientiert. Indem sie das Gegenüber dazu animieren, in dessen Erzähl- und Interaktionsverhalten angelegte Identitätsaspekte und interaktive Erwartungen zu hinterfragen und damit einhergehende Rollenselbstzuschreibungen zu durchbrechen, kann eine humorvolle Intervention eine neue Sicht auf das Vergangene und/oder die gegenwärtige Interaktion ermöglichen. Auf subtile Weise verschiebt sich der Fokus implizit für kurze Zeit weg vom Inhalt des Gesagten hin zum Sprechhandeln selbst (Vehviläinen, 2008).

In der Psychotherapie¹¹ steht Humor dabei im Spannungsfeld „zwischen Provokation, einer großen Verletzungsgefahr und im besten Fall einer neuen Leichtigkeit im Umgang mit dem Erlittenen“ (Kraft, 2011, S. 171). Er kann zu einer unmittelbaren

¹¹ Oder stellvertretend natürlich auch in solchen persönlichen Interviews.

Stressreduktion führen und den spielerischen Zugang zu einem Perspektivenwechsel und zu größerer kognitiver und emotionaler Flexibilität eröffnen:

„Humor hat auch das Potenzial, die Wahrnehmung von traumatischen Situationen zu ändern und auch ungewohnte Aspekte in einem solchen Kontext zu erleben. Diese Fähigkeit zum humorvollen Perspektivenwechsel erfordert jedoch eine psychologische Distanz zu dem Erlebten und sei es auch nur für Sekunden“ (Diegelmann, 2011, S. 183).¹²

Genau diese psychologische Distanz zum Erlebten kann durch die humorvolle Intervention der Interviewerin errichtet werden. Die Patientin tritt für kurze Zeit aus dem emotional hoch involvierten Erzählprozess heraus, und kann über einen für sie ungewohnten und überraschenden Aspekt an ihrer Geschichte lächeln. Dieser kurze Moment in dem die Patientin aus dem mitreißenden Erzählen ihrer Geschichte auftaucht, kann als wichtiger Ausgangspunkt für das weitere Gespräch betrachtet werden. Hier wird die Basis dafür gelegt, gemeinsam aus einem sicheren Hier-und-Jetzt über ein verstörendes Dort-und-Damals nachzudenken. An diesem Beispiel zeigt sich, wie eine humorvolle Intervention zur Regulation des Gegenübers und der Beziehung respektive der Interaktion eingesetzt werden kann.

Humoristische Einstellung und kreditierende Haltung

Freud (1927a) meint, dass der Humor nicht resigniert, sondern „trotzig“ ist,

er bedeutet nicht nur den Triumph des Ichs, sondern auch den des Lustprinzips, das sich hier gegen die Ungunst der realen Verhältnisse zu behaupten vermag“ (ebd., S. 385). „Kein Zweifel, das Wesen des Humors besteht darin, dass man sich die Affekte erspart, zu denen die Situation Anlass gäbe, und sich mit einem Scherz über die Möglichkeit solcher Gefühlsäußerung hinaussetzt. (S. 384)

Humor ist also gerade, wenn man *trotzdem* lacht. Er zeichnet sich dadurch aus, dass einem erwarteten oder erwartbaren unangenehmen Affekt wie Angst, Ärger, Schmerz, Schrecken, Grausen, Verzweiflung, Trauer usw. mit einem lustig-lustvollen Affekt begegnet werden kann. Die negative Gefühlserwartung wird durch den humoristischen Lustgewinn enttäuscht. Dadurch hat der Humor etwas Befreiendes, etwas Großartiges und Erhebendes:

Das Grossartige liegt im Triumph des Narzissmus, in der siegreich behaupteten Unverletzlichkeit des Ichs. Das Ich verweigert es, sich durch die Veranlassungen aus der Realität kränken, zum Leiden nötigen zu lassen, es beharrt dabei, dass ihm die Traumen der Aussenwelt nicht nahegehen können, ja es zeigt, dass sie ihm nur Anlässe zu Lustgewinn sind. (S. 385)

¹² Auch Autoren aus einer ganz anderen Ecke weisen auf diesen Charakterzug des Humors hin. So z. B. Marshall McLuhan (2008 [1967], S. 92): "Humor ... is often the best guide to changing perceptions."

Diese für den Humor charakteristischen Züge, Abweisung des Anspruchs der Realität und Durchsetzung des Lustprinzips, reihen ihn in die Abwehrmechanismen ein. Humor verhilft zur Selbstbehauptung des Ichs gegenüber einer frustrierenden und traumatisierenden Realität. Dies jedoch nicht, indem er die Realität verleugnet, sondern indem er sie anerkennt und sich *trotzdem* über sie hinwegsetzt. So verstanden ist Humor eine wichtige Ressource, die zur Resilienz, d.h. zum selbstregulativen Potential im Umgang mit Belastungen beiträgt. Humor weckt Selbstzustände, die mit dem Erleben von Hilf- und Hoffnungslosigkeit inkompatibel sind (Diegelmann, 2011). Dabei muss jedoch betont werden, „dass es nicht um ‘denk positiv’ oder ‘alles ist nicht so schlimm’ geht, sondern gerade weil es so schlimm ist, ist es wichtig als ‘Ich’ handlungsfähig zu werden oder zu bleiben“ (ebd., S. 182).¹³

Freud (1927a) spricht diesbezüglich von einer *humoristischen Einstellung* die man sich zu eigen machen und gegenüber sich selbst oder gegenüber anderen einnehmen kann. Er vergleicht sie mit der Einstellung, die der Erwachsene dem Kind gegenüber einnimmt, „indem er die Interessen und Leiden, die diesem gross erscheinen, in ihrer Nichtigkeit erkenne und belächle“ (ebd., S. 386). Die humorvoll eingestellte Person gewinnt seine Überlegenheit gegenüber den widrigen Umständen der Realität daher, „dass er sich in die Rolle des Erwachsenen, gewissermassen in die Vateridentifizierung gebe“ (ebd.).

Diese Einstellung überschneidet sich also in einem zentralen Bereich mit der kreditierenden Haltung, insofern sich beide auf gütige, aber dennoch fordernd-fördernde Erfahrungen mit Elterninstanzen beziehen, die, bei ausreichender Kontinuität und Verlässlichkeit, zu einem gutmütigen, freundlichen und verzeihenden Aspekt des Über-Ichs erinnern.¹⁴ In der Sprache der Selbst-Psychologie könnte man sagen, dass validierende Selbstobjekt-Erfahrungen zu guten Introjekten mit narzisstischem Potenzial führen, auf die bei Bedarf zur Regulierung der narzisstischen Homöostase zurückgegriffen werden kann (Herbold, 2011). Auf den therapeutischen Umgang bezogen kann (traumatisierten) Patienten mittels der humorvollen Einstellung und der kreditierenden Haltung über eine Neu-Positionierung ihrer selbst zur Handlungsfähigkeit zurück geholfen werden.

Literatur

- Boothe, B. (2004). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Boothe, B. & Grimmer, B. (2005). Die therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In W. Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 37-58). Heidelberg: Springer.

¹³ Genauso wenig wie es bei der Kreditierung um ein bloßes "du schaffst das schon" und "ich glaube an dich" geht.

¹⁴ Die Herausgeber der Studienausgabe sprechen in den editorischen Vorbemerkungen davon, dass uns in dieser Schrift Freuds das Über-Ich zum ersten Mal "in freundlicher Stimmung vorgeführt" wird (Freud, 1927b, S. 276).

- Bowlby, J. (1995). Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung: Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter.
- Buchholz, M. B. (2009). Takt in der Konversation. Mit Bemerkungen zu Rücksicht und Respekt, Verletzungen und Rhythmus. *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 1, 129-150.
- Deppermann, A. (2008). *Gespräche analysieren* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Diegelmann, C. (2011) Humor als Ressource. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 15, 181-191.
- Franz, M. (1997). Die Bedeutung von Vertrauen und Wertschätzung für den Weg in die psychotherapeutische Beziehung. In M. K. W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens* (S. 177-188). Neuwied etc.: Luchterhand.
- Frei, M. (2008). Vertrauensaufbau im Erstgespräch mit Patienten nach Suizidversuch. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Frei, M., Michel, K., Valach, L., Grimmer, B. & Boothe, B. (2012). Gelingende und misslingende Beziehungsaufnahmen mit Patientinnen nach Suizidversuch. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 13 (1), Art. 5.
- Freud, S. (1927a). Der Humor, *GW Bd. XIV*, S. 383-389.
- Freud, S. (1927b). Der Humor, *Studienausgabe Bd. IV*, 275-282.
- Grimmer, B. (2006). Psychotherapeutisches Handeln zwischen Zumuten und Mut machen. Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2002). Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 295-318). Stuttgart: Schattauer.
- Herbold, W. (2011). Narzissmus und Humor. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 15, 192-199.
- Herbold, W. & Sachsse, U. (2011). Editorial. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 15, 157-159.
- Kraft, H. (2011). Tabu, Humor und Psychotherapie. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 15, 171-180.
- Krampen, G. (1997). Zur handlungs-, persönlichkeits- und entwicklungstheoretischen Einordnung des Konstrukts Vertrauen. In M. K. W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens* (Jugend, Erziehung, Gesellschaft, S. 16-61). Neuwied: Luchterhand.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, N. (2000 [1968]). *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität* (4. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- McLuhan, M. & Fiore, Q. (2008 [1967]). *The medium is the massage*. London: Penguin.
- Michel, K. (2002). Der Arzt und der suizidale Patient. Teil 2: Praktische Aspekte. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 31, 730-734.

- Michel, K., Maltzberger, J. T., Jobes, D. A., Leenaars, A. A., Orbach, I., Stadler, K., Dey, P., Young, R. A. & Valach, L. (2002). Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 56 (3), 424-437.
- Michel, K. & Valach, L. (2001). Suicide as goal-directed action. In K. van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 230-254). Chichester: Wiley.
- Neukom, M., Grimmer, B. & Merk, A. (2005). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie*. 3., vollst. überarb. Aufl. (S. 456-475). Bern: Huber.
- Schauenburg, H. & Strauss, B. (2002). Bindung und Psychotherapie. In B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungs-forschung*. Stuttgart: Schattauer.
- Schwab, R. (1997). Interpersonales Vertrauen in der psychotherapeutischen Beziehung. In M. K. W. Schweer (Hrsg.), *Interpersonales Vertrauen. Theorien und empirische Befunde* (S. 165-179). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Selting, M. (2000). The construction of units in conversational talk. *Language in Society*, 29, 477-517.
- Valach, L., Michel, K., Dey, P. & Young, R. A. (2002). Self-confrontation interview with suicide attempters. *Counseling Psychology Quarterly*, 15 (1), 1-22.
- Vehviläinen, S. (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In Anssi Peräkylä, Charles Antaki, Sanna Vehviläinen & Ivan Leudar (Eds.), *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 120-138). Cambridge: Cambridge University Press.

Anhang

Transkriptionszeichen

[...]	Überlappung und simultanes Sprechen
=direkt	direkt anschließendes Sprechen
(-)	kurze Pause (< eine Sekunde)
(2), (3)	Pause von zwei Sekunden, drei Sekunden usw.
:	Dehnung
(...)	Unverständliche Äußerung
°leise°	leises Sprechen
akZENT	lautes Sprechen
<i>betont</i>	speziell intoniertes Sprechen
(.h)	hörbares Einatmen
(.hh)	starkes Einatmen
(.snf)	Nasehochziehen
(h)	hörbares Ausatmen

(hh)	starkes Ausatmen
(hrm)	Räuspern
(mz), (tz)	Schmatzlaute
*Name	anonymisierte Personennamen
((hustet))	zusätzliche Beschreibung
<<weinend>... >	zusätzliche Beschreibung einer Äußerung
.	fallende Intonation
?	fragende, steigende Intonation

Martin Poltrum

Musen und Sirenen

Ein Essay über das Leben als Spiel

Philosophie besteht nicht aus Worten, sondern aus Taten. Sie bildet und gestaltet die Seele, ordnet das Leben, regelt die Handlungen und zeigt uns, was zu tun und zu lassen ist. Sie steht am Steuer und gibt uns den richtigen Kurs durch die Gefahren der Wellen an. Ohne sie kann niemand furchtlos und sorgenfrei leben.

Lucius Annaeus Seneca

Gerade das ist es ja, das Leben, wenn es schön und glücklich ist, ein Spiel. Natürlich kann man auch alles andere aus ihm machen, eine Pflicht oder einen Krieg oder ein Gefängnis, aber es wird dadurch nicht schöner.

Hermann Hesse

168 Seiten, ISBN 978-3-89967-838-3, Preis: 15,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Die Verarbeitung von Lungentransplantationen aus psychodynamischer Perspektive

Marius Neukom & Tamara Lewin

Zusammenfassung

Die Transplantation von Organen gehört zu den beeindruckenden Erfolgsgeschichten der Medizin. Bis heute weiß man allerdings wenig darüber, welche psychischen Auswirkungen sie hat. Die Transplantation von Lungen etwa erfordert neben der psychischen Integration eines fremden und lebenswichtigen Organs im eigenen Körper und der Akzeptanz einer ununterbrochenen, in der Regel von starken Nebenwirkungen begleiteten Einnahme von Immunsuppressiva auch die Verarbeitung des häufig von latenten Schuldgefühlen begleiteten Umstands einer sogenannten Totspende. Im vorliegenden Artikel wird ein Forschungsprojekt vorgestellt, in dem Interviews mit Patientinnen und Patienten nach einer Lungentransplantation mit erzähl- und inhaltsanalytischen Methoden untersucht und in den Kontext eines psychodynamischen Modells der Organintegration gestellt wurden. Die Befunde ermöglichen ein vertieftes, auch für die medizinische und psychosoziale Begleitung dieser Patientinnen und Patienten aufschlussreiches Verständnis der psychischen Integrationsleistungen und unterschiedlichen Verarbeitungsformen.

Schlüsselwörter

Lungentransplantation, Organintegration, Empfänger-Spender-Beziehung, Fantasiebildung, Erzählanalyse, Inhaltsanalyse

Einleitung

In der heutigen Medizin ist die Lungentransplantation eine erfolgreiche Therapiemethode bei Patienten mit einer terminalen Lungenerkrankung. Die Überlebenschancen betragen ein Jahr nach Lungentransplantation ca. 80 bis 85 %, drei Jahre nach Transplantation ca. 65 bis 70 % (ISHLT, 2008). Trotz bemerkenswerter technischer Fortschritte ist die psychische Verarbeitung der Transplantation verhältnismäßig wenig erforscht. Aus psychodynamischer Sicht stellt die Transplantation einen wesentlichen Eingriff ins Selbst- und Körperbild des Empfängers dar. Der Austausch des eigenen, kranken Organs mit einem fremden, funktionierenden ist für die Integrität und die

Einheit des Körper- und Selbstbildes des Empfängers unter Umständen bedrohlich. Im Fall von post-mortem-Spenden – wie bei der Lungentransplantation – wird das Organ eines Spenders implantiert, der unmittelbar zuvor gestorben ist und dessen Identität aufgrund gesetzlicher Vorgaben (in der Schweiz oder Deutschland) anonym bleibt. Die Schicksale von Spender und Empfänger überschneiden sich einerseits durch das Leben spendende Organ; andererseits bleiben der verstorbene Spender und dessen Angehörige vollkommen unbekannt. Damit induziert die Organtransplantation eine komplexe Beziehung zwischen dem Empfänger und dem anonymen, durch die Transplantation im Leben des Empfängers jedoch immens wichtigen Spender: „Das tote und unbekannte Wesen des Spenders gibt den Weg frei für eine intensive Ausschmückung von Fantasien, die wiederum von den bestehenden Selbst- und Objektrepräsentanzen geprägt sein können“ (Kirsch, Kernhof & Otterbach, 2003, S. 28).

Nachfolgend wird ein Forschungsprojekt auf der Basis von halbstrukturierten Interviews mit Lungentransplantations-Patienten vorgestellt, in welchem mit Hilfe von qualitativen Inhalts- und Erzählanalysen nach Antworten gesucht wurde, wie die Empfänger die partielle physische und psychische Aufhebung der Grenzen zwischen sich und dem Spender bewältigen. Der Datensatz umfasste 20 Interviews, aus denen mehrere Einzelfälle ausgewählt und in der Folge eingehend untersucht wurden. Die systematische, auf ein psychodynamisches Verstehen ausgerichtete Analyse erlaubt Einblicke in die Phantasiewelt von Lungenempfängern, wie sie bisher in vergleichbarer Detaillierung nicht vorgelegt wurden.

Ein psychodynamisches Modell der psychischen Integration transplantierter Organe

Häufige Anlässe für die Transplantation von Lungen sind terminale Lungen- und Lungenkreislauf-Erkrankungen wie Lungenemphysem, Mukoviszidose/zystische Fibrose oder Viruserkrankungen. Die Patienten leiden zumeist über eine lange Zeit hinweg zunehmend, seltener aufgrund einer plötzlichen Erkrankung an einer lebensbedrohlichen Sauerstoffknappheit. Zur Gefahr des Erstickens kommen zusätzliche Risiken, die durch Bewegungsmangel entstehen. Die Patienten befinden sich oft über Monate auf einer Warteliste, während sie stets innerhalb von kürzester Zeit in der Lage sein müssen, sich der Operation zu unterziehen. In dieser Wartezeit sind sie innerlich bereits intensiv mit der bevorstehenden Operation beschäftigt und verfolgen etwa aufmerksam die Berichterstattung über Verkehrsunfälle. Nach einer geglückten Operation ist es den Empfängerinnen erlaubt, einen einmaligen und anonymen Dankesbrief an die Spenderfamilie zu richten; grundsätzlich bleibt ihnen der Spender allerdings unbekannt.

Das transplantierte Organ kann vom Körper nur behalten werden, wenn die Patienten lebenslänglich Immunsuppressiva einnehmen. Diese Medikation fordert den Patienten große Disziplin ab und ist in der Regel von starken Nebenwirkungen begleitet.

Nicht selten treten nach einiger Zeit auch ernsthafte sekundäre Organschäden etwa an den Nieren auf. Unregelmäßigkeit oder gar ein Unterbleiben der Einnahme der Immunsuppressiva führt zu Komplikationen bis hin zu Abstoßungsreaktionen. Für die medizinische Betreuung nach der Operation sind daher Fähigkeit und Bereitschaft der Patienten, sich an die ärztlichen Anweisungen zu halten (Adherence), entscheidend.

Während als Maß des Erfolgs in der Transplantationsmedizin oft lediglich die Länge der Lebenszeit nach einer Transplantation berücksichtigt wurde, wird inzwischen vermehrt mit dem differenzierteren Kriterium „Lebensqualität“ geforscht. Trotz grosser technischer Fortschritte gibt es viele offene Fragen und Schwierigkeiten, vor allem im psychosozialen Bereich: Besonders die psychischen Prozesse der Integration des fremden Organs und ihr Zusammenhang mit der erlebten Lebensqualität sind wenig erforscht. Auch die nicht selten unzureichende Adherence der Organempfänger ist ein ernsthaftes Problem, wobei ihre psychologischen Hintergründe in der Regel im Dunkeln bleiben.

Drei unterschiedliche Zustandsbilder der Organintegration

In den Anfangsjahren der Transplantationsmedizin setzten sich verschiedene psychoanalytische Autoren mit den psychischen Implikationen von Organtransplantation auseinander (Muslin, 1971, 1972; Basch, 1973; Lefebvre & Combez, 1972; Lefebvre, Crombez & LeBeuf, 1973). In wegweisenden Fallberichten untersuchte Muslin (1971, 1972) die psychologischen Reaktionen von Nierentransplantat-Empfängern nach der Transplantation und legte den Grundstein für eine psychodynamische Konzeptualisierung einer schrittweisen Internalisierung transplantierte Organe. Dieser Prozess erstreckt sich über folgende Stadien (vgl. Neukom, Corti, Boothe, Boehler & Goetzmann, 2012):

Im ersten Zustandsbild des *Fremdkörperstadiums* wird das neue Organ als Fremdkörper, d.h. als ein vom Selbst getrenntes Objekt wahrgenommen, und der Empfänger identifiziert sich unbewusst mit dem Spender. Die Identifizierung mit dem Spender beruht auf einer Inkorporation, d.h. das Selbstbild des Patienten verschmilzt mit den unbewussten Phantasien über den Spender. Das Transplantat wird hingegen lediglich introjiziert: Es wird zwar in die psychische Welt des Empfängers aufgenommen, bleibt aber als ein eigenständiges, abgegrenztes Objekt bestehen. Dabei erleichtert die unbewusste Identifizierung mit dem Spender (via Inkorporation) die Assimilierung des transplantierten Organs (via Introjektion). Indem der Empfänger sich unbewusst mit dem Spender identifiziert, vermag er dessen Organ mit narzisstischer Libido zu besetzen und in das eigene Körper selbst zu integrieren.

Im zweiten Zustandsbild, dem *Übergangsstadium*, wird das transplantierte Organ mit narzisstischer Libido besetzt: Der Patient erlebt das fremde Organ im Zuge dieser libidinösen Besetzung zunehmend als einen eigenen Körperteil. Laut Muslin (1971,

1972) liegt eine Besonderheit der Organintegration darin, dass das Transplant im zweiten Stadium der Internalisierung Züge eines Übergangsobjektes (Winnicott, 1953) annehmen kann: Übergangsobjekte entstehen typischerweise in der Kindheit und haben die Funktion, Trennungserfahrungen zu bewältigen. Bestimmte Gegenstände oder auch Körperteile können auch in späteren, oft krisenhaften Phasen der Entwicklung als hilfreiche oder tröstende Übergangsobjekte verwendet werden. Vorübergehend können sich sowohl der Spender wie auch das Transplantat im ‚Übergangsraum‘ des Patienten aufhalten. Sie werden als Übergangsobjekte erlebt, die unter Umständen mit projektiv-magischen Eigenschaften ausgestattet sind, um die Alltags- und vor allem Gesundheitsbelastungen nach einer Organtransplantation erfolgreich zu bewältigen.

Im dritten Zustandsbild, dem *Stadium der kompletten Integration*, ist das Transplantat in das Körper- und Selbstbild des Patienten integriert und wird als Teil des eigenen Körpers wahrgenommen. Der Motor dieser psychischen Internalisierung besteht in der zunehmenden Besetzung des Transplantats mit narzisstischer Libido. Muslin (1971, 1972) greift auf die Vorstellung zurück, dass der Körper am Anfang der psychischen Entwicklung vor allem narzisstisch besetzt ist und kein weiterer Weltbezug besteht (vgl. Freud, 1914). Schilder (1935) wies darauf hin, dass das Kind bereits in frühen Stadien seiner Entwicklung zwischen seinem Körper und der Umwelt unterscheiden könne und dass sich eine gewisse Beweglichkeit zwischen narzisstischer und objektaler Besetzung beobachten ließe. Eben diese Fähigkeit zur sowohl objektalen als auch narzisstischen Besetzung ermöglicht es Transplantationspatienten, das fremde Organ als eigenen Körperteil zu assimilieren.

Im weiteren Verlauf der Transplantations-Verarbeitung wird nach Lefebvre et al. (1973) das transplantierte Organ in die Körpervorstellung integriert, während der Spender zunehmend als (fremdes) Objekt repräsentiert wird, das in der Vorstellung der Patienten häufig den Charakter eines verstorbenen Angehörigen erhält. Die Repräsentation des Spenders spiegelt zunächst die Selbstrepräsentation des Empfängers wieder, löst sich dann allmählich davon ab und wandert vom Zentrum des Ichs in den Bereich der externen Welt. Das Transplantat bewegt sich in umgekehrter Richtung von der Peripherie zum Zentrum des Ichs und wird schließlich ins Selbstbild des Empfängers integriert.

Die Abbildung 1 illustriert die drei unterschiedlichen Zustände der Organintegration: Im Fremdkörperstadium sind der Empfänger und der Spender miteinander verschmolzen, während die Lunge als ein äußeres Objekt erlebt wird. Im Übergangsstadium dagegen wird der Spender in Analogie zu einem Übergangsobjekt als zum Ich gehörig und gleichzeitig als ein äußeres Objekt wahrgenommen: Die Lunge gehört damit sowohl dem Spender als auch dem Empfänger. Im Stadium der kompletten Internalisierung schließlich wird der Spender vom Empfänger als ein äußeres Objekt wahrgenommen, während die Lunge internalisiert und als zum Ich gehörig erlebt wird.

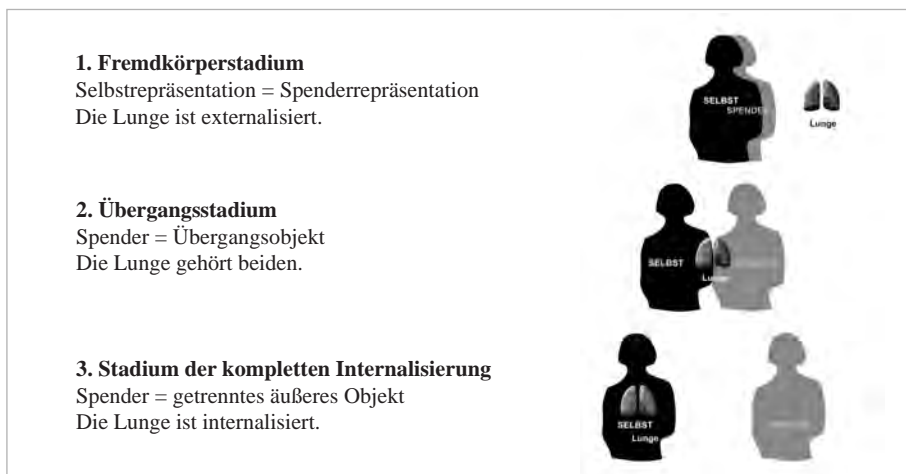


Abbildung 1: Selbst-, Spender- und Organrepräsentationen am Beispiel der Lunge im transplantationspezifischen Modell (nach Muslin, 1971, 1972; Lefebvre & Crombez, 1972; Lefebvre et al., 1973; Corti, 2007; Neukom et al., 2012)

Datengrundlage, Forschungsfragen und Methodologie

Das vorliegende Untersuchungsprojekt entstand im Rahmen einer Kooperation zwischen der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich und der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse des Psychologischen Instituts der Universität Zürich (Goetzmann, Moser, Vetsch et al., 2007, 2009; Neukom et al., 2012). Es liegen ihm halbstandardisierte und transkribierte Interviews mit zehn Frauen und zehn Männern zugrunde, die mindestens 12 Monate nach der Lungentransplantation stattfanden. Die Patienten wurden in Bezug auf ihr soziales Netzwerk, ihr Selbstbild, ihren Körper und ihre Gesundheit befragt und gebeten, frei und assoziativ zu antworten. Alle Interviews wurden nach dem Standardverfahren für Interview-Transkription im Bereich der Psychologie von Wittowski (1994) transkribiert. Das Interviewmaterial wurde im Hinblick auf folgende Forschungsfragen bearbeitet: Was lässt sich in Bezug auf die psychische Integration der transplantierten Lunge aus den Erzählungen und Interviews schließen? Welche Beziehungen zwischen der Selbstrepräsentation, der Repräsentation des Spenders und der Repräsentation der Lunge offenbaren die Erzählungen und Interviews? Lassen sich Bezüge finden zu den unterschiedlichen Stadien des psychodynamischen Integrationsmodells?

Der Forschungsprozess bestand in einem sukzessiven Auswählen und immer eingehenderen Untersuchen derjenigen Interviews, die sich als besonders aussagekräftig erwiesen. Kennzeichen der dahinter stehenden Methodologie ist die Kombination von empirischer wissenschaftlicher Methodik (Erzähl- und Inhaltsanalyse) mit genuin psy-

chodynamischer Theoriebildung. Ihr Ziel besteht darin, auf dem Hintergrund des oben zusammengefassten Forschungsstands individuelle psychische Verarbeitungsweisen einer Transplantationserfahrung zu analysieren und einander gegenüberzustellen. Hierfür wurden die Interviewaussagen erst nach systematischer Sichtung, Extraktion, Zusammenfassung und Gruppierung der relevanten Information mit den psychodynamischen Konzepten des Transplantationsmodells in Verbindung gebracht. Dies erlaubte eine Engführung von wortwörtlichen Patientenaussagen und psychodynamischen Hypothesen. Ihr Nachvollzug wird bis zur Datenquelle möglich. Die Befunde können sachbezogen und kritisch rezipiert werden. Es besteht ausdrücklich keine Intention, die psychodynamischen Hypothesen mit Hilfe der inhaltsanalytischen Befunde zu belegen oder ggf. zu verwerfen. Die qualitativen Analysen dienen einerseits der systematischen Sichtung der Daten und andererseits der textnahen psychoanalytischen Konzeptualisierung von psychischen Integrationsleistungen nach einer Lungentransplantation. Die psychoanalytischen Theorien werden als Instrumente verstanden, die das Wahrnehmen und Denken im Feld des Psychischen befördern. Sie erlauben das Erkennen unbewusster Zusammenhänge und Kräfteverhältnisse.

Die Erzählanalyse JAKOB (Boothe, Grimmer, Luder, Luif, Neukom & Spiegel, 2002) ist ein qualitatives Instrument zur Untersuchung mündlicher autobiografischer Alltagserzählungen. Sie basiert auf der Annahme, dass Erzählungen das Selbsterleben des Erzählers in Beziehungen sowohl auf der Ebene der Handlung zwischen den erzählten Figuren als auch in der Art und Weise, wie der Kontakt zum Adressaten aufgenommen wird, offenbaren. Sie sind ein verdichteter Ausdruck menschlichen Erlebens und zeichnen sich durch einen sequenziellen Ablauf aus, in dem auf eine Ausgangssituation (die Setzung von erzählten Figuren in einem räumlich-zeitlichen Bezugsrahmen mit einem initialen Handlungsimpuls) folgerichtige und chronologisch nicht vertauschbare Handlungsschritte folgen. Aus den 20 Interviews mit den Lungenempfängern wurden zuerst alle Erzählungen extrahiert, in denen der Patient als Erzähler den Spender als eine erzählte Figur in (grammatikalischer) Subjekt- oder in Objektposition auftreten lässt. Es fanden sich acht Erzählungen von sechs Patienten (drei Frauen und drei Männer), die diese Kriterien erfüllen und systematisch analysiert werden konnten (vgl. Corti, 2007; Neukom et al., 2012). Auf der Grundlage der Analyse dieser Erzählungen wurden drei Einzelfälle ermittelt, die den oben dargelegten Stadien der Organintegration prototypisch entsprechen (Corti, 2007). Die integralen Interviews mit diesen Patienten wurden in der Folge weiter untersucht. Einerseits mit der Erzählanalyse JAKOB (Feldmann, 2008; Mettler, 2009; Emmenegger, 2009) und andererseits mit Hilfe der induktiven Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) in Bezug auf Aussagen zum Selbst- und Körpererleben, zu den zwischenmenschlichen Beziehungen und zur den Gedanken, Vorstellungen und Gefühlen in Bezug auf das Transplantat und die Spenderfigur (Lewin, 2009). Kernstück der Inhaltsanalyse bildete die systematische und regelgeleitete Bildung von Kategorien, die offen, d.h. nicht-theoriegeleitet, und möglichst nahe am Wortlaut der Interviews formuliert werden. Bei der hier gewählten spezifischen Methode der „Zusammenfas-

sung“ (Mayring, 2008, S. 59f.) steht die systematische Reduktion von Textmaterial auf seine wesentlichen Inhalte im Vordergrund.

Erzählanalytische Befunde

Von den 20 interviewten Lungentransplantationspatienten illustrieren sechs Patienten ihr Verhältnis zu den Spendern mittels des Redeformats „Erzählung“ und vermitteln den Interviewern damit einen vertieften Einblick in ihr Innenleben und ihre Gestaltung der Beziehung zum verstorbenen Spender (Corti, 2007; Neukom et al., 2012). Inhaltlich setzen sich diese sechs Erzähler mit unterschiedlichen Themen auseinander. Zur Sprache kommen Vermutungen in Bezug auf das Alter und Geschlecht des Spenders, seine Persönlichkeitseigenschaften und die Art seines Todes. Es werden Bezüge zu tödlichen Unfällen hergestellt, die kurz vor der Transplantation der Presse zu entnehmen waren. Auch werden Fantasien zur Situation der Spender-Familie thematisiert. Mehrere Erzähler befassen sich mit der Diskrepanz zwischen einer beobachteten subjektiven Gewissheit und dem objektiven Unwissen in Bezug auf den Spender: „...ich habe immer das Gefühl, ich habe die Lunge von dieser Frau. Ich weiß nicht wieso, es ist, es ist eine blöde Vorstellung aber, irgendwie befasste ich mich damit.“ Formulierungen wie diese deuten darauf hin, dass die fantasmatistische Ausstattung der Spenderfiguren unwillkürlich abläuft und einer psychischen Notwendigkeit unterworfen ist.

Die Analysen der Erzählungen offenbaren ein breites Spektrum an Beziehungs-Konstellationen sowie Wunsch- und Angstmotiven (Corti, 2007; Neukom et al., 2012). Die Beziehungen zu den Spendern nehmen individuelle Formen an und weisen eine Reihe von auffallenden Merkmalen auf. Die Art und Weise der Beziehungsgestaltung zwischen Erzähler und Spender lässt sich wie folgt zusammenfassen: In allen acht Erzählungen beschäftigen sich die Erzähler implizit mit der Frage, ob und wie sie mit dem verstorbenen Spender noch verbunden sind. In fünf Erzählungen befassen sich die Erzähler mit der Person des Spenders in Bezug auf Geschlecht, Alter oder spezifische Persönlichkeitseigenschaften. Vier Erzählungen drehen sich um die Frage des Zusammenhangs zwischen dem Tod des Spenders und dem eigenen Leben und bringen ein latentes Schuldgefühl (zumeist gegenüber der Spender-Familie) zum Ausdruck. Ein Patient bringt in seiner Erzählung zum Ausdruck, dass der Spender nicht gestorben sei, sondern in ihm weiterlebe.

Bezüge zu den drei Stadien des transplantationsspezifischen Modells (Muslin, 1971, 1972; Lefebvre & Crombez, 1972; Lefebvre et al., 1973; Corti, 2007; Neukom et al., 2012) konnten aufgrund des Selektionskriteriums der Erzählungen vor allem in Bezug auf den Status des Spenders hergestellt werden. Die Lunge wird lediglich in zwei Erzählungen explizit erwähnt. Zwei Erzähler konstituieren Spender-Figuren, die mit dem Fremdkörperstadium in Verbindung gebracht werden können, weil der Spender als ein Teil des Selbst des Erzählers erscheint. Bei einem Erzähler sind der Spender und die Lunge Objekte, die sowohl ein Eigenleben haben als auch dem Empfän-

ger gehören (Übergangsstadium). Drei Erzähler entwerfen ein Bild des Spenders, der als ein äußeres, vom Selbst der Empfänger getrenntes Objekt erscheint (Stadium der kompletten Internalisierung).

Befunde aus drei Einzelfallanalysen

Drei Interviews wurden im Rahmen von Einzelfallanalysen noch eingehender erzähl- und inhaltsanalytisch untersucht (Feldmann, 2008; Mettler, 2009; Emmenegger, 2009; Lewin, 2010): Die Transplantation ist bei Frau A., Herrn B. und Herrn L. in je eigene, nicht direkt miteinander vergleichbare biografische Umstände eingebettet. Die Art und Weise, wie sie von sich und ihren Erfahrungen mit der Transplantation sprechen, ist nicht zuletzt deshalb unterschiedlich. Die Befunde der Analysen zeigen auf, wie sich die Verarbeitung der Operation und die Integration des fremden Organs darstellen können, ohne dass sich hieraus ein allgemein gültiges Muster oder kausale Zusammenhänge ableiten ließen:

Frau A. (Feldmann, 2008; Lewin, 2010) litt seit Geburt an einer Mukoviszidose, erhielt im Alter von 24 Jahren eine fremde Lunge und wurde sechs Jahre nach der Transplantation interviewt. Sie bewertet den Verlauf vom Entschluss zur Transplantation bis zum aktuellen Zeitpunkt als „ein mega Glück“ und betont besonders die neue Freiheit der Lebensgestaltung und eine wiedererlangte Genussfähigkeit und Gelassenheit. Es ist für sie, als wäre sie mit „einem zweiten Leben“ beschenkt worden. Den Spender stellt sie sich als einen jungen Mann vor, der lebensfroh und wie sie selbst positiv eingestellt war. Sie glaubt, dass er und seine Lunge gut zu ihr passen würden, weshalb auch der medizinische Verlauf so gut glückte. Vor diesem Hintergrund sagt sie in Bezug auf die neue Lunge: „Ich hatte nie, nie, nie Mühe mit der Lunge [...]. Nein die gehört einfach zu mir, die ist jetzt halt einfach ein Geschenk habe ich die bekommen und ich darf die haben.“ Sowohl die erzähl- als auch inhaltsanalytischen Befunde weisen auf eine komplette Integration des fremden Organs hin.

Herr B. (Mettler, 2009; Lewin, 2010) erkrankte an einem Lungenemphysem und wurde über 13 Jahre hinweg mit Sauerstoff versorgt. Die Transplantation fand statt, als er 44 Jahre alt war, das Interview vier Jahre nach der Operation. Seine Einstellung zur Transplantation ist grundsätzlich positiv, mitunter euphorisch und emotionalisiert und geht mit einer Wiederherstellung des eigenen Selbstwerts einher. Sein Verhältnis zum Spender formuliert er wie folgt: „Das klingt vielleicht komisch aber ich habe zu dem eine extreme Beziehung [...] zu dem habe ich einfach, eine sehr, sehr enge Beziehung. Er bedeutet mir viel.“ Herr B. geht sogar noch einen Schritt weiter und sagt: „So lange dass das Organ lebt, lebt auch der Mensch. Die Hülle von diesem Menschen ist nicht da aber der Mensch eben lebt weiter“. Der Spender ist für ihn ein Freund und Helfer, und manchmal hat er den Eindruck, „da läuft irgendjemand neben mir“. Die erzähl- und auch inhaltsanalytischen Befunde weisen auf das Übergangsstadium in Bezug auf die Integration des fremden Organs hin.

Herr L. (Emmenegger, 2009; Lewin, 2010) schließlich erlitt mit 20 Jahren eine Virus-erkrankung, die ihn jäh aus seinem Alltag riss und sofort die Transplantation erforderte. Das Interview fand zwei Jahre nach der Operation statt. Bei ihm vermischen sich die Erkrankung und die Transplantation zu einer zusammenhängenden Geschichte eines persönlichen und sozialen Abstiegs. Trotz guter Erholung und weitgehender Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit ist seine Auseinandersetzung mit diesen Ereignissen von Verzweiflung und Hader mit dem „harten Schicksal“ geprägt. Er beschreibt seine Angst vor Zurückweisung als Sexualpartner, Arbeitnehmer und Mitglied der Gesellschaft aufgrund eines Verlusts an Leistungsfähigkeit und Attraktivität des eigenen Körpers. Die Konfrontation mit der Figur des verstorbenen Spenders fällt ihm schwer. Er „verdränge das ehrlich gesagt auch ein bisschen, eben alles was passiert ist und so“ und wolle „eigentlich auch gar nicht an so Sachen denken, noch zusätzlich.“ Er beschreibt ein Gefühl von Verantwortlichkeit „für den Spender oder irgendwie für die Familie“ und einen Druck, dem Geschenk des Spenders gerecht werden zu müssen. An die Lunge, die er anfänglich explizit als „Fremdkörper“ empfunden hat, habe er sich inzwischen gewöhnt. Allerdings: „Es ist mehr so wie mein Körper so darauf reagiert [...] es ist äh einfach ein neuer Körper irgendwie“. Die erzähl- und auch inhaltsanalytischen Befunde weisen auf das Fremdkörperstadium hin.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Analyse der Interviews ermöglichte die Herausarbeitung systematischer Unterschiede in der Verarbeitung der Transplantationserfahrungen. Dabei konnte das psychodynamische Integrationsmodell wertvolle Verständnishilfen bieten. Zwischen den berichteten realen Beziehungen der Patienten und den Fantasien über die Spender fanden sich auffällige Entsprechungen. Die Schilderungen der Beziehungen zwischen den Figuren innerhalb der Erzählungen als auch zwischen den wichtigen Bezugspersonen, von denen in den Interviews die Rede ist, zeigen, dass die Transplantationserfahrung wesentlich als eine Beziehungserfahrung verstanden werden kann. Ein weiteres Ergebnis der Untersuchungen besteht darin, dass die psychische Verarbeitung einer Organtransplantation wesentlich von der Symbolisierungs-Fähigkeit der Patienten abhängt (Neukom et al., 2012; Lewin, Neukom, Boothe, Boehler & Goetzmann, 2013): Sie ermöglicht die Bewältigung der anspruchsvollen, von latenten Schuldgefühlen und Trennungsängsten begleitete Aufgabe, das Organ als ein eigenes Inneres und die Spenderfigur als eine bedeutsame, den Patienten unbekannt und durch deren Tod radikal von ihnen getrennte Figur zu repräsentieren.

Die in den Interviews dargestellte Situation der LungenempfängerInnen legt nahe, dass die psychische Verarbeitung der Transplantation (fremdes und lebenswichtiges Organ, Todspende, Einnahme von Immunsuppressiva) eine höchst anspruchsvolle psychische Integrationsleistung darstellt. Sowohl der Tod des Spenders als auch das Nicht-Wissen in Bezug auf seine Identität, d.h. dessen absolute Stummheit, wirken

destabilisierend und Angst erregend. Das Bedürfnis, die Identität des Spenders auszufantasieren, scheint für alle zu bestehen und geschieht individuell und nach Maßgabe der jeweiligen psychischen Struktur.

Fazit

Die auf aufwändigen qualitativen Einzelfallanalysen beruhenden Ergebnisse dieses Forschungsprojekts erheben keinen Anspruch auf eine Verallgemeinerungsfähigkeit. Die unterschiedlichen Voraussetzungen der einzelnen Patienten schränken auch die Vergleichbarkeit der Befunde ein. Sie lassen keine Aussagen zu den individuellen Verläufen der Organintegration zu. Vielmehr handelt es sich um Momentaufnahmen, die ein Bild davon vermitteln, wie es diesen Patienten zum Zeitpunkt des Interviews ging und wie sie in diesem Moment ihre Situation erlebten. Diese Momentaufnahmen wurden zunächst systematisch und deskriptiv untersucht im Hinblick auf das Erleben der Transplantation und die gegenwärtigen wichtigen Beziehungen der Patienten. Die psychoanalytische Konzeptualisierung fand auf dem Boden dieser Analysen des Wortlauts der Interviews statt und orientierte sich an dem von Muslin (1971; 1972) eingeführten transplantationspezifischen Modell. Dieses Modell erwies sich als fruchtbar, insofern es die Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Zuständen und damit eine sinnvolle und weiterführende Gruppierung der Aussagen der Patienten erlaubte. Es erscheint lohnend, diesen Forschungsansatz zu vertiefen und die Befunde weiter auszuarbeiten. Insbesondere ist es angezeigt, Datenaufzeichnungen über den Verlauf einer Transplantation zu machen, um die Prozesse der Verarbeitung bei einzelnen Personen direkt verfolgen und untersuchen zu können. Dabei ist allerdings nicht zu erwarten, dass diese Patienten die von Muslin (ebd.) postulierten Stadien durchlaufen. Eher ist zu vermuten, dass es sich um Zustände handelt, zwischen denen sie in Abhängigkeit ihrer momentanen körperlichen und psychischen Befindlichkeit wechseln können. Eine Konsolidierung wäre, wenn überhaupt, erst nach mehreren Monaten zu erwarten.

Wir vertreten die Auffassung, dass die Analyse von Patienten-Aussagen im Kontext psychosozialer Aspekte von Organtransplantationen psychodiagnostisch aufschlussreich ist und einen wertvollen Beitrag zum Verständnis der Situation dieser Patienten leistet. Eine weitere Erforschung dieser Vorgänge in diesem hoch technologisierten Bereich der Spitzenmedizin ist wichtig, weil ein solcherart vertieftes Verständnis auf der Basis von Einzelfallstudien durchaus auch die klinische Arbeit fördert, deren Ziel darin besteht, den Patienten sowohl die Verarbeitung ihrer Erfahrungen als auch die darauf beruhende psychosoziale Rehabilitation zu erleichtern. Unsere Analysen zeigen, dass qualitative Forschungsmethoden in Kombination mit psychoanalytischen Erkenntnissen und Konzepten, etwa zur Variabilität und Beweglichkeit des Körperbildes, wertvolle Erkenntnisse und nicht zuletzt auch Einblicke in grundlegende Mechanismen der Selbst- und Körperwahrnehmung eröffnen.

Literatur

- Basch, S. H. (1973). The intrapsychic integration of a new organ: a clinical study of kidney Transplantation. *Psychoanalytic Quarterly*, 42, 364-384.
- Boothe B., Grimmer B., Luder M., Luif V., Neukom M. & Spiegel U. (2002). *Manual der Erzählanalyse JAKOB*. Berichte aus der Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Nr. 51. Universität Zürich
- Corti, V. (2007). Die Beziehung zwischen SpenderInnen und EmpfängerInnen im Spiegel der Erzählungen von Lungentransplantations-EmpfängerInnen. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Emmenegger, V. (2009). Die Erzählungen des Herrn L. – Psychoanalytische Fallstudie eines Lungentransplantationsempfängers mittels der Erzählanalyse JAKOB. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Feldmann, K. (2008). Zwischenmenschliche Beziehungen und psychische Verarbeitung der Organtransplantation im Spiegel der Erzählungen nach einer Lungentransplantation. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzissmus. In Studienausgabe Band III, S. 37-68. Frankfurt/M.: Fischer.
- Goetzmann, L., Moser, K. S., Vetsch, E., Grieder, E., Naef, R., Russi, E. W., Buddeberg, C. & Boehler, A. (2009). „Medikamente sind Bomben“ - zum Metapherngebrauch von Lungentransplantations-Patienten mit guter oder ungenügender Compliance. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 1-9.
- Goetzmann, L., Moser, K. S., Vetsch, E., Klanghofer, R., Naef, R., Russi, E. W., et al. (2007). How does psychological processing relate to compliance behaviour after lung transplantation? A content analytical study. *Psychology, Health and Medicine*, 12, 94-106.
- ISHLT (2008). International Society for Heart & Lung Transplantation: Transplant Registry Quarterly Reports, 3 [Internet]; 2008 [cited 2008 december 04], available from: <http://www.isHLT.org/>
- Kirsch, H., Kernhof, K. & Otterbach, I. (2003). Psychodynamische Hypothesen zur Repräsentation der Transplantationserfahrung In Y. Erim & K.-H. Schulz (Hrsg.), *Beiträge der Psychosomatik zur Transplantationsmedizin* (S. 22-35). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lefebvre, P. & Crombez J. C. (1972). The behavioural responses of renal transplant patients as seen through their fantasy life. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 17, 19-23.
- Lefebvre, P., Crombez, J. C. & LeBeuf, J. (1973). Psychological dimension and psychopathological potential of acquiring a kidney. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, 495-500.
- Lewin, T. (2010). Der Andere in mir – Freund oder Feind? Psychoanalytische Überlegungen zur psychischen Verarbeitung und Organintegration nach einer Lungentransplantation. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Lewin T., Neukom, M., Boothe, B., Boehler, A., Goetzmann, L. (2013). Der Andere in mir – Transplantationserfahrung als Beziehungserfahrung. Psychodynamische Überlegungen zur psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation. *Psyche – Z Psychoanal*, 67, 120-144.

- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mettler, S. (2009). *Die Erzählungen des Herrn B. Psychoanalytische Fallstudie eines Lungentransplantationspatienten mit der Erzählanalyse JAKOB*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
- Neukom, M., Corti, V., Boothe, B., Boehler, A. & Goetzmann, L. (2012). *Fantasized recipient-donor relationships following lung transplantations: A qualitative analysis of patient narratives*. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 117-137.
- Schilder, P. (1923). *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers*. Berlin: Springer.
- Winnicott, D. W. (1953). *Transitional objects and transitional phenomena*. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Wittowski J. (1994). *Das Interview in der Psychologie – Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Kai Vogeley, Thomas Fuchs, Martin Heinze (Hrsg.)

Psyche zwischen Natur und Kultur

Die Psyche stand schon immer im Spannungsfeld von Natur und Kultur, denn sie ist sowohl Gegenstand der philosophischen Reflexion als auch der naturwissenschaftlich-medizinischen Erforschung. Zwischen diesen Polen bewegte sich seit ihrem Beginn auch immer die Psychiatrie. Einerseits können subjektives Erleben und damit auch psychiatrisch relevante Störungen dieses Erlebens zum Gegenstand neurowissenschaftlicher Forschung gemacht werden, ohne sich damit auf neurobiologische Prozesse reduzieren zu lassen. Andererseits ist das subjektive Erleben aber auch wesentlich geprägt von den historischen Entwicklungen, gesellschaftlichen Verhältnissen und kulturellen Umgebungen, in denen es auftritt.

Dieses Spannungsfeld soll in den philosophischen und psychiatrischen Beiträgen des Bandes ausgelotet werden, der aus dem Jahreskongress 2007 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hervorgegangen ist und an die Bände „Subjektivität und Gehirn“ sowie „Willensfreiheit – eine Illusion?“ anschließt.

204 Seiten, ISBN 978-3-89967-519-1, Preis: 20,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Die Kluft zwischen kontrollierter Forschung und klinischer Praxis in der Psychotherapie. Ein Blick in den Abgrund

Stephan Hau

Zusammenfassung

Vieles ist über die Kluft zwischen klinischer Praxis in der Psychotherapie einerseits und der empirischen Beforschung von Psychotherapie andererseits geschrieben worden. Darunter fällt auch die Kluft oder das Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis innerhalb der Psychoanalyse. Im Folgenden werden einige Aspekte der Verständigungsschwierigkeiten zwischen Klinikern und Forschern angesprochen, um so den „Abgrund“, aber auch die Chancen und Herausforderungen für Neu- und Weiterentwicklungen zu beleuchten.

Schlüsselbegriffe

Psychotherapieforschung, Evidenz-basierte Psychotherapie, Prozeßforschung, Manual, EBP, Forschung

Die Kluft zwischen Klinik und Forschung als Uniformitätsmythos

In der Psychotherapieforschung sind immer wieder Uniformitätsmythen aufgezeigt worden (vgl. Kiesler 1977). Die Patienten haben sich als inhomogene Gruppe herausgestellt, Psychotherapeuten behandeln unterschiedlich erfolgreich, hinter ein und derselben Diagnose verbergen sich unterschiedlichste Ätiologien, Therapieprozesse verlaufen unterschiedlich und nicht-linear. Somit ist nicht nur von *einer* Kluft zwischen Klinikern und Forschern auszugehen, sondern, angesichts der Vielfalt der Forschungsansätze, etwa repräsentiert innerhalb der Society for Psychotherapy Research, von vielfältigen Verständigungsschwierigkeiten. Ein Teil der Psychoanalytiker innerhalb der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung zeigt sich interessiert an empirisch-kontrollierter Forschung, während ein anderer Teil den Nutzen dieser Forschung für die Psychoanalyse generell in Zweifel zieht. Die Argumente sind bekannt: in der psychoanalytischen Behandlungssituation gehe es um die Bewusstmachung unbewusster Konflikte und um das Herstellen von Bedeutungszusammenhängen individuell für jeden Patienten. Jede Behandlung ist in ihrem zeitlichen Ver-

lauf und ihrer historischen Bedeutung einzigartig und zwar für Patient wie für Analytiker und lässt sich nicht replizieren (vgl. Perron, 2002). Für die klinische Praxis bedarf es deshalb unscharfer Konzepte, die Raum für individuell unterschiedlichste Ausdeutungen und Verstehenszusammenhänge geben.

Auf diese Widersprüche und Spannungsfelder stößt jeder, der einerseits im klinischen Setting seinen Patienten begegnet und andererseits in Forschungsprojekten mitarbeitet. Wie können diese Widersprüche und unterschiedlichen Identitäten integriert werden?

Der Zusammenhang zwischen klinischer und extraklinischer Forschung

Klinische Praxis beeinflusst die Forschung und umgekehrt, auch wenn kein unmittelbar kausaler Zusammenhang besteht. Klinische beziehungsweise extraklinische¹ Forschung müssen kein Gegensatzpaar bilden, sondern können sich vielmehr komplementär ergänzen. Freud hatte ein „Junktum zwischen Heilen und Forschen“ aufgestellt (1927, S. 293). Heute muss bezweifelt werden, dass jeder behandelnde Kliniker auch gleichzeitig forscht. Forschung geschieht heute vielmehr in Verbänden, Kooperationen und in institutionellen Zusammenhängen.

Leuzinger-Bohleber und Fischmann (2006) haben den Zusammenhang zwischen klinischer und extraklinischer Forschung wie folgt beschrieben: Klinische Forschung umfasst Erkenntnisse über Patienten und über das therapeutische Geschehen, die unmittelbar aus der Behandlungssituation entstammen. Diese Erfahrungen aus der klinischen Praxis sammelt der einzelne Therapeut, verarbeitet und aggregiert diese zu privaten Theorien, Metaphern und Konzepten. Über weitere Generalisierungsschritte werden Konzepte kondensiert und schließlich Theorien entwickelt, die in öffentlichen oder in privaten Diskursen präsentiert, diskutiert, kritisiert und weiter entwickelt werden. Die Rezeption durch andere Therapeuten beeinflusst wiederum deren Behandlungssituation mit neuen Patienten. Ein Beispiel für einen solchen Prozess ist die Veröffentlichungs- und Rezeptionsgeschichte der Theorien zu Borderline-Störungen oder zum pathologischen Narzissmus (Kernberg 1983, Kohut 1979). Eine klinische Evaluierungsmöglichkeit dieser Konzepte besteht in Supervision und Intervision. Blickt man auf die Geschichte der Psychoanalyse zurück, wurde in über 100 Jahren ein gewaltiger klinischer Wissensbestand generiert, mit einer unüberschaubaren Anzahl von Fallberichten und klinischen Behandlungsanweisungen (heute zusammengefasst unter Begriffen wie „Textbuch“ oder „Manual“). Allerdings hat dieser Zirkel der klinischen Wissensgenerierung eine Schwäche: Ohne unabhängige Überprüfung der klinischen Hypothesen, besteht das Risiko zur Selbstbestätigung. Um darüber zu entscheiden, ob eine Theorie richtig oder falsch ist, ob sie in Übereinstim-

¹ Mit extra-klinischer Forschung sind alle Untersuchungen gemeint, die außerhalb der klinischen Behandlungssituation, also meist nachträglich, stattfinden.

mung steht mit vergleichbaren Theorien aus angrenzenden Wissenschaftsdisziplinen, bedarf es einer externen Validierung (vgl. Strengers, 1991), die nur außerhalb des klinischen Diskurses erfolgen kann (vgl. Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006). Dies ist die Stunde der Forscher, die einzelne Aspekte aus den komplexen Theoriegebäuden über Behandlungen herausfiltern und kontrolliert überprüfen. Allen diesen extraklinischen Untersuchungsansätzen ist gemein, dass sie Teilaspekte komplexer Prozesse untersuchen, und zwar auch auf mögliche Inkongruenzen zum aktuellen Erkenntnisstand in den Nachbardisziplinen. Die Ergebnisse dieser extraklinischen Forschungen beeinflussen nun nicht direkt, wie in der klinischen Situation gearbeitet wird, führen nicht zu unmittelbaren Veränderungen in der Behandlungstechnik oder im Umgang mit Patienten, sondern die Überprüfung einzelner Theoriebestandteile führt zu einer unmittelbaren Veränderung der Theorie, die eventuell modifiziert oder ganz verworfen werden muss. Die Veränderungen in der klinischen Behandlungssituation geschehen somit eher indirekt und sind einem langsam fortschreitenden Adaptationsprozess vergleichbar. Bei klinischer und extraklinischer Forschung handelt es sich somit nicht um ein Gegensatzpaar, sondern um sich ergänzende Bereiche. Die extraklinische Forschung kommt nicht ohne klinische Modelle aus, von denen sie ihre Variablen und Fragestellungen herleiten kann, die klinische Behandlungstheorie braucht extraklinische Forschung zur externen Validierung.

Am Beispiel der Untersuchungen experimenteller Traumforschung kann der Vorgang so beschrieben werden: Es wird nicht erwartet, dass die Therapeuten die experimentellen Methoden in ihrer klinischen Arbeit mit den Träumen der Patienten anwenden, sondern dass die Traumforschungsergebnisse die Sichtweise auf das Traummaterial der Patienten und die Art und Weise des Zuhörens verändern, etwa indem mehr auf die Fähigkeiten des Träumers geachtet wird, mit unerträglichen Gefühlen umzugehen oder wie Träume unterbrochen oder Traumszenen verändert werden.

Praxisorientierte Theorie vs. Forschungstheorie

Ein weiterer Grund für Verständigungsschwierigkeiten zwischen Klinikern und Forschern liegt in den unterschiedlichen Merkmalen relevanter Theorien für die Praxis beziehungsweise für die Forschung. Eine Theorie klinischer Praxis stellt dem Therapeuten Erklärungszusammenhänge bereit und beschreibt, wie Psychotherapie in der Praxis durchgeführt wird. Sie hat die Funktion, Sicherheit und Orientierung zu geben und der Kliniker geht zunächst von der Gültigkeit der Behandlungstheorie und dem praktizierten Therapieansatz aus. Der Wissenschaftler hingegen orientiert sich an einer grundsätzlich anderen Haltung. Ein Forscher ist darin geschult, zu zweifeln, zu kritisieren und ist selbst immer Kritik ausgesetzt. Es gibt keine Autoritäten und grundsätzlich müssen alle Bestandteile eines Konzepts oder einer Theorie infrage gestellt werden können.

In der Praxis heißt dies, dass der Kliniker versucht, der Komplexität eines Falles und des entstehenden Behandlungsprozesses Rechnung zu tragen, Verständnis für latente

Konflikte gewinnt und diese mit den Lebenszusammenhängen eines Patienten verknüpft. Behandlungsschwierigkeiten oder Misserfolge zwingen dann möglicherweise zu Veränderungen dieser Konzepte. Der Forscher hingegen definiert einzelne Variablen, die er aus dem komplexen Geschehen isoliert und genau untersucht und deren Zusammenhang er zu verstehen versucht. Dabei simplifiziert er oder beschränkt sich in seinen experimentellen Untersuchungen auf abgegrenzte Ausschnitte eines viel komplexeren Geschehens. Aus diesen zwei völlig entgegengesetzten Denkstilen und Haltungen entstehen viele Verständigungsschwierigkeiten zwischen Klinikern und Forschern.

Variationen wissenschaftlichen Forschens in der Psychotherapie

Psychotherapie ist ein hyperkomplexes Interaktionsgeschehen. Dies wird im generischen Psychotherapiemodell von Orlinsky, Rønnestad und Willutzki (2004) verdeutlicht. Dabei erscheint es unmöglich, alle Input-, Prozess- und Output-Variablen in einer extraklinischen Untersuchung berücksichtigen zu können. Forschungsuntersuchungen müssen sich vielmehr auf einige wenige Variablen konzentrieren, etwa auf die Interventionen, auf das Arbeitsbündnis oder auf die Therapieziele. Die Untersuchung der einzelnen Variablen und ihrer Ausprägung im zeitlichen Verlauf einer Behandlung erfordert unterschiedliche Methoden. Hierdurch ergeben sich eine Vielzahl möglicher Missverständnisse: Was wird untersucht? Prozess vs. Outcome, relevante Variablen für den Therapieverlauf? Was ist veränderungsrelevant und wie sehen die Prozesse über die Zeit hinweg aus?

Im Laufe der letzten 60 Jahre wurden in der Psychotherapieforschung zahlreiche Methoden für die wissenschaftliche Untersuchung entwickelt. Kächele (zitiert nach Leuzinger-Bohleber & Bruns 2004) hat sechs Stadien der Psychotherapieforschung beschrieben: Klinische Einzelfallbeschreibungen, Systematische Fallstudien, Experimentelle Analog-Studien, Klinisch-Kontrollierte Studien, Naturalistische Studien und Patienten-Fokussierte Studien. Alle in den einzelnen Stadien verwendeten Methoden können, in Abhängigkeit von der zu untersuchenden Fragestellung, angewendet werden. Angesichts der Vielfalt der zu untersuchenden Phänomene und der großen Anzahl unterschiedlicher Untersuchungsmethoden, die entwickelt wurden, erscheint es unverständlich, warum randomisiert-kontrollierte Studien („Gold-Standard“) mit manualisierten Therapien und strengen Exklusionskriterien der alleinige Maßstab für Wissenschaftlichkeit und Evidenz sein sollen. Vergegenwärtigt man sich, dass der Evidenzbegriff auch klinische Kompetenz und Patientenpräferenz einschließt (vgl. APA 2006), wird schnell klar, warum sich die Kliniker hier außen vor fühlen müssen, wenn vor allem Untersuchungsmethoden, bei denen klinische Erfahrung und klinisches Wissen gefordert sind, der RCT-Fokussierung zum Opfer fallen.

RCT als Gold-Standard und die Folgen

Die Variablenvielfalt in Orlinskys generischem Modell der Psychotherapie, das die Integration von input-, process- und output Variablen versucht, gerät schnell aus dem Blick, wenn man sich die Debatte um Evidenzbasierung aus den letzten Jahren vergegenwärtigt, in der Prozessforschung keine Relevanz zu haben scheint, sondern nur messbare Veränderungseffekte zählen. Mit der Priorisierung von randomisiert kontrollierten Studien handelt man sich jedoch erhebliche Nachteile ein, in dem systematisch-klinisches Wissen ausgeschlossen bleibt. So weiß man aus den Ergebnissen von randomisiert-kontrollierten Vergleichsstudien viel über die Veränderung von Mittelwerten einer Gruppe, die eine bestimmte Behandlung bekommen hat, jedoch wenig über die Veränderungsprozesse der einzelnen Patienten, also was genau in der Therapie passiert ist und welche Faktoren zur Veränderung beigetragen haben. Man weiß auch nicht, ob sich ein individueller Patient im Laufe der Behandlung verbessert oder verschlechtert hat oder ob sein Zustand unverändert geblieben ist (vgl. Nilsson et al., 2007).

Oft bleiben kritische Fragen unbeantwortet, etwa ob das medizinische Modell randomisiert-kontrollierter Doppelblindversuche auch in der Psychotherapieforschung so ohne Weiteres angewendet werden kann. Eine Psychotherapie ist ein historisch einmaliges Ereignis im Leben von Patient und Therapeut und lässt sich ebenso wenig replizieren wie Interventionen innerhalb einer Therapie. Eine Intervention, am Anfang einer Therapie gegeben und am Ende wiederholt, ist nicht die gleiche. Dazwischen liegen viele Stunden Behandlungserfahrung für den Patienten, die den zweiten Zeitpunkt mit beeinflussen. Im Medikamentenversuch wird eine Substanz verabreicht, deren Wirkung im Experiment gemessen werden soll. Aber was wirkt eigentlich in der Psychotherapie? Welches „Verum“ wird hier verabreicht?

Reduziert auf das Untersuchungsdesign randomisiert-kontrollierter Studien geht somit eine Menge Information über Psychotherapie verloren. Hier würden nicht nur die Prozessforschung, sondern auch systematische Einzelfallstudien, naturalistische Studien, Ergebnisse ethnographischer Untersuchungen, Daten der Versorgungsforschung oder patientenfokussierte Studien erheblich bessere Beurteilungsgrundlagen bieten.

Auf Dauer erscheint eine rein an Ergebnissen orientierte Psychotherapieforschung eher kontraproduktiv, generiert sie doch kein relevantes Wissen für die Weiterentwicklung der Therapieform. Denkbar wären hier andere Untersuchungen, etwa mit solchen Therapeuten, die überzufällig erfolgreich arbeiten, oder sich solche Therapien genauer im Verlauf zu betrachten, die scheitern und von den Patienten abgebrochen werden. Was lief falsch? An welcher Stelle entgleiste der Prozess?

Natürlich ist die Nachfrage nach evidenzbasierten Behandlungs- und Interventionsformen berechtigt. Es spricht einiges für die Evidenzbasierung von Psychotherapien. Es ist sinnvoll, von subjektiven Vorurteilen und unsystematischem Wissen wegzukommen und zu mehr wissenschaftsbasierten Beurteilungsgrundlagen zu gelangen.

Das kann der Professionalisierung und Anerkennung von Psychotherapie nur nützen. Die stationäre sowie die ambulante Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie würde so verbessert. So effektiv wie möglich zu arbeiten liegt nicht nur im Interesse der Solidargemeinschaft, sondern auch im Interesse der einzelnen Patienten. Ist eine Psychotherapieform als evidenzbasiert ausgewiesen, erleichtert dies die Argumentation bei den Versorgern, Versicherungen oder den Behörden. Auch die Ausbildung der Psychotherapeuten insgesamt verbessert sich durch evidenzbasierte Therapieformen, deren Therapiemanuale als Lehrunterlagen verwendet werden können.

Allerdings kann man auch ein anderes Bild zeichnen. Mit dem medizinischen Modell, das den RCT-Studien zugrunde liegt, wird der Patient einem Modul ähnlich konzipiert, bei dem sich kontextunabhängig einzelne „Bausteine“ verändern oder austauschen lassen. Kritisch einzuwenden wäre aber, ob für die Psychotherapie nicht eher ein Relations- oder Kontextmodell adäquater wäre, welches die therapeutische Beziehung und den Patienten in seinem jeweiligen Lebenszusammenhang erfassen kann (vgl. Wampold 2001; Norcross & Lambert 2006)? RCT-Studien weisen eine hohe interne Validität auf, ihre externe Validität ist jedoch geringer. Statistische Signifikanz ist somit nicht gleich klinische Signifikanz, wodurch Probleme bei der Generalisierbarkeit der Ergebnisse entstehen. Was passiert mit Patienten aus Randgruppen, ethnischen Minderheiten, seltenen Erkrankungen, für die keine Studien vorliegen? Es ließen sich noch viele weitere Fragen stellen, etwa nach der Adäquatheit des zugrunde liegenden Diagnosesystems (Stichwort Mehrfachdiagnosen, Komorbidität, Symptomorientierte Diagnostik), der Frage nach dem Placebo-Effekt, der eigentlich nicht wegkontrolliert sondern als menschliches Phänomen untersucht werden müsste, dem Problem des Publikationsbias, etc. Man kann sich schließlich des Eindrucks nicht erwehren, dass in der Debatte um evidenzbasierte Psychotherapie auch ein gewisses Maß an Ideologie enthalten ist.

Manualisierung

Die Manualisierung von Psychotherapeutischen Verfahren ist immer wieder kontrovers diskutiert worden. Kritiker befürchten eine Art Kochbuchanleitung, die der Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses und der Vielfalt der unterschiedlichen klinischen Phänomene nicht gerecht werden kann. Die Kliniker würden in ihrer Kreativität und Flexibilität, auf die Patienten zu reagieren, eingeschränkt. Manualisierte Behandlungen bergen das Risiko in sich, so die Kritik, eine geringere ökologische Validität aufzuweisen, sprich, sie funktionieren gut im Labor, aber weniger gut im klinischen Praxisalltag.

Seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts gibt es den Trend, Behandlungsempfehlungen möglichst vollständig aufzulisten, die Behandlungsprinzipien nachvollziehbar zu beschreiben, sodass es Dritten möglich wird, die beschriebene Psychotherapie durchzuführen. Gerade letzter Punkt hat zu erheblicher Kritik unter Praktikern geführt, Psychotherapie würde von nicht genügend qualifizierten „Therapeuten“

durchgeführt, die nicht in der Lage wären, angemessen auf unvorhersehbare krisenhafte Entwicklungen im Behandlungsverlauf zu reagieren.

Für die Manualentwicklung ist es notwendig, zu klären, was denn eigentlich die essentiellen Bausteine einer Therapiemethode sind, um diese dann zu beschreiben. Auch diese Frage ist kontrovers. Für viele Störungen existieren heute manualbasierte Behandlungen. Bedeutet dies, dass heutzutage der Kliniker nur noch eine bestimmte Patientenklientel manualbasiert adäquat behandeln kann, sich auf 2-3 unterschiedliche Ansätze spezialisiert, weil mehr manualbasierte Therapieformen nicht adäquat erlernbar sind? Die Ergebnisse von Untersuchungen sind widersprüchlich. Luborsky et al. (1982) zeigten, dass Therapeuten, die manualbasiert arbeiteten, bessere Erfolge aufwiesen als Therapeuten, die sich nicht an das Manual hielten. Bein et al. (2000) hingegen fanden keine Unterschiede. Angesichts dieser widersprüchlichen Befunde ist man gezwungen, nach anderen Faktoren zu suchen, die das Behandlungsergebnis beeinflussen, etwa nach der Schwere der Pathologie des Patienten (Lambert u. Barley 2002) oder nach Unterschieden in der Therapeutenvariable (Sandell et al. 2006). Kächele (2010) kommt zu dem Schluss, dass ein Manual „die Variabilität zwischen den Therapeuten deutlich verringert“ und empfiehlt beides: die Manualisierung für junge Therapeuten als auch die Berücksichtigung der Expertise des einzelnen erfahrenen Psychotherapeuten, wobei im Laufe der Zeit die therapeutische Erfahrung immer mehr ausschlaggebend für den Behandlungsverlauf sei.

Evidence based practice (EBP)?

Sackett et al. (1996) sind der Ansicht, dass der ideale Kliniker permanent die individuelle klinische Erfahrung mit der besten verfügbaren klinischen Evidenz aus systematischen Studien abgleicht und gleichzeitig die Patientenpräferenzen mit berücksichtigt. Diese Auffassung gesteht dem einzelnen Kliniker ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Flexibilität bei klinischen Entscheidungen zu. Die Praxis sieht nicht selten anders aus, denn hier reduziert sich die Frage oft auf ein regelgeleitetes Zuweisen: Weil ein Patient eine bestimmte Symptomatik hat, soll er am besten die evidenzbasierte Therapie A machen, weil dies so in den Leitlinien steht. Aber auch umgekehrt kann eine solche Praxis bedeuten, dass Behandlung C von den Kassen nicht mehr finanziert wird, weil sie in Leitlinien nicht als hinreichend evidenzbasiert eingestuft wird.

Schaut man sich die Umsetzung oder besser gesagt Übersetzung von wissenschaftlichen Ergebnissen in die klinische Praxis genauer an, dann verändern Kliniker nicht die Art und Weise, wie sie ihre Entscheidungen treffen aufgrund von Befunden der EBP. Midgley (2009) schlug die Unterscheidung dreier Gruppen vor: Kliniker, die verbessern wollen; solche, die sich anpassen und Kliniker, die sich verweigern. Alle sind sich darin einig, dass es die Lücke zwischen klinischer Praxis und Forschung gibt, allerdings wird unterschiedlich damit umgegangen. Die die verbessern wollen, streben nach einer sofortigen Implementierung von evidenzbasierten Verfahren,

wobei die Idee einer 1:1 Relation zwischen Forschungsergebnis und dessen linearer Umsetzung besteht. Gelingt die Umsetzung nicht, waren die Anstrengungen nicht groß genug, so die meist gängige Argumentation. Bei der Suche nach Gründen für Probleme bei der Umsetzung werden teils die Wissenschaftler verantwortlich gemacht, welche die falschen Fragen untersuchten oder in einer technischen und schwer verständlichen Wissenschaftssprache schreiben würden. Den Klinikern wird oft vorgeworfen, sie würden die wissenschaftlichen Untersuchungen nicht genügend wertschätzen, nicht die nötige Bereitschaft aufbringen, die vorhandenen Befunde zu recherchieren, oder schlicht keinerlei Unterstützung von Seiten der Institution bei deren Umsetzung bekommen.

Die zweite Gruppe der „Adaptierer“ suche, so Midgley, nach mehr grundsätzlichen Überlegungen, warum EBP nicht umgesetzt werde. Grundsätzlich positiv eingestellt, reklamiere diese Gruppe einen nicht zu schmal definierten Ansatz und eine breitere Definition von Evidenz. Statt der Überbetonung der internen Validität der RCT-Studien werde eine Orientierung hinsichtlich der externen Validität angemahnt. Mit der erweiterten Definition von Evidenz ist die Hoffnung verbunden, dass die Forschungsergebnisse dann auch eine höhere Relevanz für die klinische Alltagspraxis haben und sich somit leichter umsetzen lassen. Auch wird von einer Linearität bei der Umsetzung von Forschungsbefunden in die klinische Praxis ausgegangen.

Für die Gruppe derer, die EBP ablehnen, wird jedoch genau dies in Frage gestellt. Der EBP-Ansatz wird als gefährlich normativ und exkludierend kritisiert, wodurch eine „Abhängigkeit von vorab-interpretierten bereits vorbereiteten Evidenzquellen“ entsteht (Upshur, 2006, S. 420). EBP richte mehr Schaden an als Nutzen, angesichts der theoretischen und konzeptuellen Schlichtheit einerseits und der Komplexität der therapeutischen Beziehungsrealität andererseits. Konsequenter wird argumentiert, es gebe keine Evidenz dafür, dass die Anwendung des Evidenzkonzeptes die Ergebnisse psychotherapeutischer Praxis verbessere. Zu fragen wäre in der Tat, ob die Umsetzung von kontextfreien wissenschaftlichen Resultaten in die klinische Alltagspraxis nicht umgekehrt gedacht werden müsse. Wissen ist immer situationsbedingt und zeitabhängig und von daher ist größte Vorsicht beim Transfer in einen anderen Kontext angebracht. Statt von einer evidenzbasierten Praxis müsse man eher von einer praxisbasierten Evidenz ausgehen. Dies bedeutet, dass, von der Perspektive der Kliniker betrachtet, untersucht wird, wie klinisches Wissen generiert wird, wie Behandlungskonzepte und Modelle im klinischen Alltag entwickelt und verbessert werden. Von diesem Basiswissen ausgehend können die Wissenschaftler dann Fragen generieren, die in kontrollierten Untersuchungen überprüfbar werden, denn einer externen Validierung bedarf es natürlich. Die Frage ist lediglich umgekehrt, wo ist der Ausgangspunkt für die Konzeptualisierung der Untersuchungen. Hier wären wir wieder beim oben beschriebenen Modell der klinischen und extra-klinischen Forschung angelangt.

Welchen Forschungsbedarf gibt es heute?

Diese Frage lässt sich eindeutig beantworten: Wir brauchen Prozessforschung, um mehr über veränderungsrelevante Prozesse in der Therapie herauszufinden. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Fragen, zu deren Beantwortung Forschungen benötigt werden: Welche psychologischen Behandlungen sind kombiniert mit oder als Alternative zu Pharmakobehandlung erfolgreich? Wie lassen sich effektive Interventionen generalisieren? Welche Moderatorvariablen beeinflussen die Patient – Behandlungsinteraktion? Die Untersuchung unterrepräsentierter Gruppen (z.B. nach geschlechtsspezifischen Unterschieden, Ethnizität, soziale Klassen, Migration, etc.) und von älteren Erwachsenen wird benötigt. Wie tragen therapeutische Beziehung und Interventionen zu einem positiven Outcome bei? Lassen sich neue Behandlungsmodelle entwickeln, die sich an den am erfolgreichsten arbeitenden Psychotherapeuten orientieren? Gibt es Kriterien für Behandlungsunterbrechung oder Abbruch? Wie lässt sich die Zugänglichkeit und Anwendung von Behandlungsangeboten verbessern?

Zur Beantwortung dieser und einer Reihe weiterer Fragen bedarf es der Zusammenarbeit von Klinikern und Forschern. Es ist an der Zeit, einander zuzuhören.

Literatur

- APA (2006). Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist*, 273.
- Bein, A., Anderson, T., Strupp, H. H., Henry, W., Schacht, T., Binder, J. & Butler, S. (2000). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychotherapy Research*, 10, 119-132.
- Freud, S. (1927). GW 14, Nachwort zur Laienanalyse.
- Hau, S. (2009). Unsichtbares Sichtbar machen. Forschungsprobleme in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kernberg, O. F. (1983). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kächele, H. (2010). Therapie-Manual: Forschungsmethode und/oder Praxisrealität? *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 35 (3), 239-248.
- Kiesler, D. (1977). Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma. In F. Petermann (Hrsg.), *Psychotherapieforschung* (S. 7-28). Weinheim: Beltz.
- Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/Main: Suhrkamp Wissenschaft.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-25). Oxford: Oxford University Press.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Bruns, G. (2004). Preface. In S. Hau & M. Leuzinger-Bohleber (eds.), *Psychoanalytic therapy*. Online im Internet: URL: <http://www.dgpt.de> [Stand: 23.6.2008]

- Leuzinger-Bohleber, M. & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1355-86.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Haubl, R. (Hrsg.) (2011). *Psychoanalyse: interdisziplinär – international – intergenerationell*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Luborsky, L., Woody, G. E., McLellan, A. T., O'Brien, C. & Rosenzweig, J. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 49-62.
- Midgley, N. (2009). Editorial: Improvers, Adapters and Rejecters – the Link between 'Evidence-based Practice' and 'Evidence-based Practitioners'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14 (3). 323-327.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17 (5), 553-566.
- Nordcross, J. C. & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. In J. C. Nordcross, L. B. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. Lambert (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-389). New York: Wiley.
- Perron, R. (2002). Problems in psychoanalytic research. Paper presented at the 3rd Joseph Sandler Research Conference: „What Works?“, London, 09.03.-10.03.2002.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Muir Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. (1996). Editorial: Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlson, J., Schubert, J. & Broberg, J. (2006). Therapists' attitudes and patient outcomes: III A latent class (LC) analysis of therapies. *Psychol Psychother*, 79, 629-647.
- Strenger, C. (1991). *Between hermeneutics and science. An essay on the epistemology of psychoanalysis*. Madison: International Universities Press.
- Upshur, R. (2006). Evidence-based medicine, reasoned medicine or both? Commentary on Jenicek's 'The hard art of soft science'. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (4), 420-422.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Erklären Mentalisierungsfähigkeiten den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und aggressivem Verhalten in der Adoleszenz?

Svenja Taubner

Einleitung

Externalisierende Störungen, die mit aggressivem Verhalten einhergehen, sind in der Kindheit und Jugend verbreitet, die Prävalenz liegt bei 5-10% der Kinder, wobei Jungen höher belastet sind als Mädchen (Angold & Costello, 2001). Besonders bei einem frühen Einsetzen dieser Störungen kann es in der Folge zu antisozialem Verhalten sowie verschiedenen gesundheitlichen Problemen kommen (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002). Es werden derzeit sowohl genetische als auch umweltbezogene Ursachen für externalisierende Verhaltensstörungen diskutiert. Als umweltbezogene Ursachen werden häufig elterliche Feindseligkeit, Misshandlung und Gewalt bezeichnet (Jaffee et al., 2005). Breit angelegte Längsschnittstudien belegen einen Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen („*stressful life-events*“) und Psychopathologien in Kindheit, Adoleszenz und späterem Erwachsenenalter. Als besonders belastend haben sich Risikofaktoren herausgestellt, die sich auf die Eltern-Kind-Interaktion beziehen: Scheidung, Verlust eines Elternteils sowie physischer oder sexueller Missbrauch sind die stärksten Prädiktoren für Fehlentwicklungen (Farrington, 1995, 2003; Heck & Walsh, 2000; Loeber, Burke, & Lahey, 2002; Loeber & Dishion, 1984; Loeber, Green, & Lahey, 2003; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002; Olweus, 1984; Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984; Pfeiffer, Wetzels, & Enzmann, 1999; Rutter, Giller, & Hagell, 1998). Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Psychopathologien steigt, wenn verschiedene Risikofaktoren akkumuliert auftreten (Maugham & Rutter, 2001). Dabei können Risikofaktoren durch protektive Faktoren wie z.B. Intelligenz oder soziale Erfolge abgeschwächt oder ausgeglichen werden (Lösel & Bender, 2003). Im Rahmen dieser Arbeit wird an einer Studie an Schülerinnen und Schülern herausgearbei-

tet, ob der Zusammenhang zwischen frühen missbräuchlichen Erfahrungen und späterem aggressivem Verhalten über das Ausmaß an bindungsbezogenen reflexiven Fähigkeiten (Mentalisierungsfähigkeiten) erklärt werden kann und somit reflexive Kompetenzen als Schutzfaktor in der Adoleszenz betrachtet werden können.

Mentalisierung

Die Mentalisierungstheorie verortet die Wurzeln von Intersubjektivität und Empathie in der frühen Bindung zwischen Kind und Bezugsperson (Fonagy, Gergely & Target, 2007). Mentalisierung ist definiert als Fähigkeit, sich innerpsychische (mentale) Zustände in sich selbst und in anderen Menschen vorzustellen, weil das Selbst und der Andere als intentionale Wesen aufgefasst werden, deren Verhalten auf psychischen Befindlichkeiten basiert (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Fonagy et al. (2002) sind der Auffassung, dass der für die Adoleszenz charakteristische Anstieg psychopathologischer Erscheinungen auch mit der Fähigkeit zur Mentalisierung zusammenhängt und weisen dieser eine Schlüsselfunktion für die integrativen Anforderungen in der Adoleszenz zu (Target & Fonagy, 1996). Für die Autoren stellen adolezente Zusammenbrüche keine Folge des „normalen“ inneren Aufruhrs in dieser Lebensphase dar, sondern sind als Konsequenz früherer Entwicklungsstörungen zu verstehen, die bislang verborgen blieben. Affektive Störungen in der Adoleszenz werden als „unzulängliche Konsolidierung der Symbolisierungsfähigkeit“ verstanden (Fonagy et al., 2002, S. 321).

Mentalisierungsfähigkeiten variieren interpersonell und sind intrapsychisch abhängig von den jeweiligen sozialen Kontexten und Beziehungen (Humfress, O'Connor, Slaughter, Target & Fonagy, 2002). Derryberry und Rothbart (1997) gehen davon aus, dass Kinder, die in Angstsituationen keine Unterstützung und Beruhigung durch ihre primären Bezugspersonen erfahren, statt innerliche und soziale Bewältigungsmöglichkeiten, vorrangig vermeidende Strategien über ein Ausblenden oder Verleugnen der angstauslösenden Situation entwickeln. Die Autoren beschreiben zwei mögliche Konsequenzen dieser vermeidenden Strategien:

1. Das Kind wird weniger aufmerksam für angstauslösende Informationen und kann nicht effektiv und angemessen mit schwierigen sozialen Situationen umgehen, sondern entwickelt unangepasste auf Zwang basierende Bewältigungsformen.
2. Das Kind profitiert nicht von den positiven Folgen gefühlter Angst im Sinne von Affektregulation, Impulskontrolle, Empathie und Bewusstheit für Ängstigendes.

Fonagy und Kollegen (2002) haben herausgearbeitet, dass für Kinder in brutalisierten frühen Beziehungen die Hemmung ihrer generellen Mentalisierungsfähigkeiten einen Schutz darstellt, da sie nicht über die Motive ihrer Peiniger nachdenken müssen, von denen sie gleichzeitig existentiell abhängig sind. Wenn die Handlungen anderer nicht länger auf der Grundlage derer Motive, Wünsche, Gefühle und Ziele

interpretiert werden, so wird das Verstehen konkretistisch auf der Basis der physikalischen Welt. Mit einer Hemmung der Mentalisierung findet also ein Wechsel von der „intentionalen Einstellung“ der sozialen Umwelt zugunsten einer „physikalischen Einstellung“ statt (Dennett, 1987). Eine wütende Stimme wird dann nur noch als laut, eine drohende Handbewegung als erhobener Arm wahrgenommen (Hill, Fonagy, Lancaster & Broyden, 2007). Der spezifische nicht-intentionale Umgang mit angstauslösenden Situationen konnte für Kinder mit externalisierenden Verhaltensstörungen belegt werden. In zwei Studien von Hill et al. (2007) und Hill, Murray, Leidecker und Sharp (2008) wurden die Ergebnisse aus ausgewählten Geschichten aus der „MacArthur Story Stem“ von externalisierenden Kindern (n=41) mit den Geschichten von Kindern einer Kontrollgruppen (n=25) verglichen. Die externalisierenden Kinder erzählten signifikant weniger intentionale Geschichten, wenn der Protagonist ein verängstigtes Kind darstellte, und signifikant mehr dysreguliert aggressive Geschichten, wenn sich der Protagonist in einem sozialen Dilemma befand.

Fonagy, Target, Steele und Steele (1998) haben mit der „Reflective-Functioning-Scale“ (RFS) einen empirischen Zugang entwickelt, der Mentalisierungsfähigkeiten im Gegensatz zu den eher kognitiven Theory-of-Mind-Verfahren in einem emotional bewegenden Kontext und in Bezug auf biographisch relevante (Bindungs-)Personen untersucht. Die mit dieser Methode messbaren Mentalisierungsfähigkeiten werden als Reflexive Funktion bezeichnet. Für die Erhebungen bei Erwachsenen gilt, dass insbesondere Gewalttäter auf der RFS signifikant niedrigere Wertungen im Vergleich zu nicht-gewalttätigen Straftätern erhalten (Fonagy et al., 1998). Dieses Ergebnis ist auch dann stabil, wenn der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf die Reflexive Kompetenz kontrolliert wird (Levinson & Fonagy, 2004). Für Adoleszente mit aggressivem Verhalten liegen bislang zwei Pilotstudien vor: Im Rahmen einer qualitativen Studie konnten in Abhängigkeit des Mentalisierungsniveaus verschiedene Denkmuster in der Aufarbeitung der eigenen Tat herausgearbeitet werden (Taubner, 2008). In einer Folgestudie konnte zudem erstmalig gezeigt werden, dass Adoleszente mit externalisierenden Verhaltensstörungen niedrigere Mentalisierungsfähigkeiten haben als eine gematchte Kontrollgruppe (Taubner et al. 2010). In einer weiteren Auswertung zeigte sich zudem, dass aggressive Jugendliche signifikant häufiger desorganisierte Bindungsmuster im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwiesen, sodass deren aggressives Verhalten in einen Zusammenhang mit einer mangelnden Affektregulation aufgrund von erhöhtem Bindungsstress gestellt werden könnte (Taubner & Juen 2010).

Methoden

Die hier vorgestellte Studie orientiert sich an der folgenden Fragestellung: Welchen Einfluss hat die Mentalisierungsfähigkeit auf den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und Aggression? Dazu wurden Jugendliche aus Kasseler Gesamtschulen im Rahmen einer Querschnittstudie untersucht. Für die Studie liegt

ein Ethikvotum der Universität Kassel vor. Alle Teilnehmer sowie die Erziehungsberechtigten der minderjährigen Teilnehmer gaben ihr schriftliches und informiertes Einverständnis.

Teilnehmer

Eingeschlossen in die Studie wurden männliche und weibliche Jugendliche im Alter von 15-18 Jahren mit Kenntnis der deutschen Sprache. Ausschlusskriterien waren akute Drogenabhängigkeit, psychotische Erkrankung und Intelligenzminderungen ($IQ < 80$). Die Probanden erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 40€, um die Teilnahmemotivation zu erhöhen. An der Studie haben bisher 98 Schülerinnen und Schüler des 10. Jahrgangs von 4 Gesamtschulen in Kassel teilgenommen. Aktuell erfolgt die Erhebung einer zusätzlichen klinischen Stichprobe, über die in dieser Zusammenstellung noch nicht berichtet werden kann. Die Altersspanne beträgt 15-18 Jahre mit einem Mittelwert von 15,94 Jahren. Von den Teilnehmenden sind 47 (48%) weiblich und 51 (52%) männlich. Mit 46,9% weist fast die Hälfte der Stichprobe einen Migrationshintergrund auf, davon sind die meisten in Deutschland geboren, 12 Teilnehmer (12,3%) sind als Kinder nach Deutschland migriert. Die Stichprobenzusammensetzung bildet damit die Population der teilnehmenden Gesamtschulen ab und ist für die Zusammensetzung der Bevölkerung in dieser Altersgruppe in Kassel repräsentativ.

Methoden

Mentalisierungsfähigkeiten wurden über das „Adult-Attachment-Interview“ (AAI; George, Kaplan & Main, 1984/1985/1996) erfasst. Neben der Bindungsauswertung ermöglicht das AAI eine Auswertung nach der Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy et al., 1998). Die RFS erhebt, ob ein Teilnehmer seine bindungsbezogenen Erfahrungen auf der Grundlage mentaler Befindlichkeiten versteht. Interviewaussagen werden auf einer 11-stufigen Skala von „anti-reflexiv“ (-1) bis „außergewöhnlich reflektiert“ kodiert (9). Qualitative Marker für Reflexive Kompetenz sind die Anerkennung der Verborgenheit mentaler Befindlichkeiten, entwicklungsbezogene Aspekte und das Bemühen, Verhalten mit mentalen Befindlichkeiten zu verstehen. Die RFS wurde an der Kohärenzskala des AAI validiert und zeigte eine gute Interrater-Reliabilität, wenn die Kodierer trainiert sind. Missbräuchliche Erfahrungen wurden über eine strukturierte Trauma-Anamnese mit dem Fragebogen „Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire“ erhoben (CECA.Q; Bifulco, Bernazzani, Moran & Jacobs, 2005). Sowohl körperliche als auch sexuelle missbräuchliche Erfahrungen wurden in eine binär kodierte Variable „Missbrauch“ zusammengefasst. Aggressives Verhalten wurde mit dem „Reactive-Proactive Aggression Questionnaire“ (RPQ; Raine et al., 2006) erfasst.

Ergebnisse

Zunächst wurden Pearson Korrelationen mit allen Kernvariablen berechnet und für Alter und Geschlecht kontrolliert (vgl. Tabelle 1). RF lag im Mittel bei $M=3.93$ ($SD=1.4$) und liegt somit leicht unter dem Wert für Mittelwerte bei erwachsenen nicht-klinischen Populationen. Die durchschnittlichen Aggressionswerte liegen über den Angaben der Validierungsstudie von Raine et al. (2006), was vermutlich dadurch zu erklären ist, dass an der Validierungsstudie sehr viel jüngere Probanden teilnahmen. Obwohl es sich um eine nicht-klinische Stichprobe handelte, berichteten 18.4% der Teilnehmenden von missbräuchlichen Erlebnissen. Alle Kernvariablen korrelieren altersunabhängig und moderat miteinander, wobei männliche Teilnehmer höhere Aggressionswerte aufwiesen, weshalb das Geschlecht als Kontrollvariable in die weitere Berechnung aufgenommen wurde.

In einem zweiten Schritt wurde ein Mediationsmodell berechnet, bei dem Missbrauch als unabhängige Variable, RF als Mediatorvariable und das Gesamtausmaß aggressiven Verhaltens (RBQ) als abhängige Variable eingesetzt wurde. Die Mediation wurde statistisch mit dem Ansatz des „product-of-coefficients“ durchgeführt (MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007), die eine direkte Überprüfung des Mediationeffekts ermöglicht (Fritz & Mackinnon, 2007). Für die Berechnung wurden 95% BCa bootstrap Konfidenzintervalle für das Produkt der Regressionskoeffizienten mit 5000 bootstrap Neuberechnungen zugrundegelegt. Wie erwartet, enthielt das Konfidenzintervall für den Effekt von RF auf die Beziehung zwischen Missbrauch und Aggression nicht Null und ist somit als signifikant einzuschätzen. Abbildung 1 fasst die Mediationspfade des verwendeten Modells zusammen. Es zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen Missbrauch und Aggression über den Mediator RF vollständig erklärt wird, da der um RF bereinigte Zusammenhang zwischen Missbrauch und Aggression (c') nicht mehr signifikant wird.

Tabelle 1: Deskriptive Statistik und Korrelationen; Unbereinigte Korrelationen stehen über und Partialkorrelationen, mit Alter und Geschlecht als Kovariate, stehen unterhalb der Diagonalen

Instrumente	<i>M</i>	<i>SD</i>	Measure				
			Alter	Ge- schlecht	RF	RPQ	Missbr.
1. Reflective Functioning (RF) (n=91)	3.93	1.40	-.20	-.20	--	-.36***	-.21*
2. Aggression (RPQ) (n=96)	10.78	6.36	-.06	.30**	-.35***	--	-.21*
3. Missbrauch (n=98)	Ja 18.4%	Nein 81.6%	-.10	.07	-.21*	-.29**	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (zweiseitig)

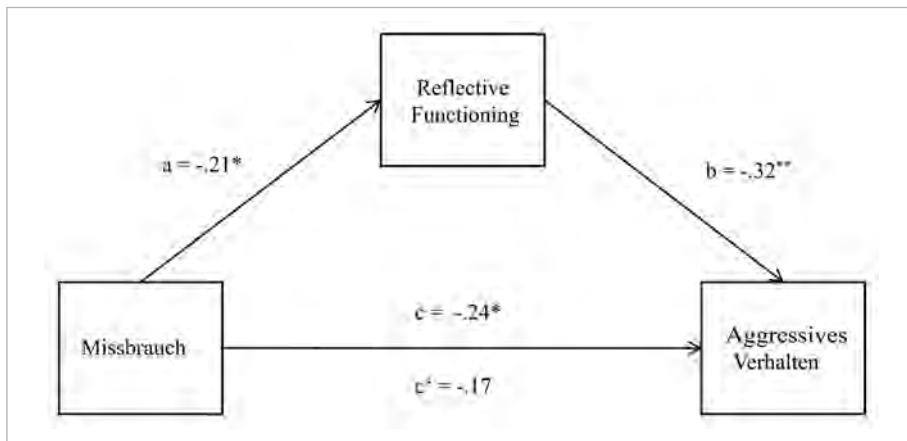


Abbildung 1: RF mediert die Beziehung zwischen Missbrauch und Aggression

Anmerkung: * $p < .05$; ** $p < .01$

Diskussion

Es ist aus der Resilienzforschung hinlänglich bekannt, dass missbräuchliche Erfahrungen nicht automatisch in eine psychopathologische Entwicklung münden. Gleichwohl besteht insbesondere für die Entwicklung aggressiver Verhaltensweisen ein hohes Risiko: Tatsächlich liegt retrospektiv bei 80 bis 90% von Straftätern eine Vorgeschichte der Misshandlung vor, prospektiv werden rund ein Viertel der Menschen, die in ihrer Kindheit schwer misshandelt wurden, als Straftäter verurteilt (Lewis, Feiring, McGuffog, & Jaskir, 1984). Hierbei ist zu bedenken, dass elterliche physische Gewalt zumeist mit anderen Belastungen des Kindes einhergeht, wie z.B. eine generelle erhöhte Konflikthaftigkeit in der Familie, vermehrte Partnergewalt sowie ein Fehlen positiver Zuwendung seitens der Eltern (Belsky 1993; Hemenway, Solnick & Carter 1994 zitiert nach Wetzels, 1997). Im Hinblick auf mögliche Schutzfaktoren konnten Alink, Cicchetti, Kim und Rogosch (2009) überzeugend darlegen, dass früher Missbrauch nur dann zu Psychopathologie führt, wenn eine unsichere Mutter-Kind-Bindung besteht. In der hier vorgestellten Studie haben sich Mentalisierungsfähigkeiten ebenfalls als ein Schutzfaktor herausgestellt, die den Zusammenhang zwischen frühem Missbrauch und späterem aggressiven Verhalten erklären. Die Daten der Jugendlichen weisen darauf hin, dass reflexive Fähigkeiten in der Adoleszenz die Entwicklung von aggressivem Verhalten vor dem Hintergrund missbräuchlicher Erfahrungen verhindern. Dieses Ergebnis hat bedeutsame klinische Implikationen für die Prävention und Behandlung von aggressivem Verhalten, da durch die Steigerung reflexiver bindungsbezogener Fähigkeiten eine Entwicklung bzw. Chronifizierung aggressiver Verhaltensmuster vermieden bzw. behandelt werden könnte.

Literatur

- Alink, L. R., Cicchetti, D., Kim, J. & Rogosch, F. A. (2009). Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: mother-child relationship quality and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37 (6), 831-843.
- Angold, A. & Costello, E. (2001). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence*. (pp. 126-168). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M. & Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 563-581.
- Dennett, D. (1987). *The intentional stance*. Cambridge: MIT Press.
- Derryberry, D. & Rothbart, M. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*, 9, 633-652.
- Farrington, D. P. (1995). The development of offending and antisocial behavior from childhood. Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 929-946.
- Farrington, D. P. (2003). Conduct disorder, aggression and delinquency. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 624-664). New York: Wiley.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48, 288-328.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective functioning scale manual*. Unpublished manuscript, London.
- Fritz, M. S. & Mackinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, 18 (3), 233-239.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1984/1985/1996). *The Berkeley Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Berkeley.
- Heck, C. & Walsh, A. (2000). The effects of maltreatment and family structure on minor and serious delinquency. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 17-193.
- Hill, J., Fonagy, P., Lancaster, G. & Broyden, N. (2007). Aggression and intentionality in narrative responses to conflict and distress story stems: an investigation of boys with disruptive behaviour problems. *Attachment and Human Development*, 9 (3), 223-237.
- Hill, J., Murray, L., Leidecker, V. & Sharp, H. (2008). The dynamics of threat, fear and intentionality in the conduct disorders: longitudinal findings in the children of women with post-natal depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363 (1503), 2529-2541.
- Humfress, H., O'Connor, T. G., Slaughter, J., Target, M. & Fonagy, P. (2002). General and relationship-specific models of social cognition: explaining the overlap and discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (7), 873-883.

- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A. & Tully, L.A. (2005). Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17 (1), 67-84.
- Levinson, A. & Fonagy, P. (2004). Offending and Attachment. The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric order. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 225-251.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C. & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-year-olds from early social relations. *Child Development*, 55, 123-136.
- Loeber, R., Burke, J. D. & Lahey, B. B. (2002). What are the adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Criminal Behavior and Mental Health*, 12, 24-36.
- Loeber, R. & Dishion, T. J. (1984). Boys who fight at home and school: Family conditions influencing cross-setting consistency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 759-768.
- Loeber, R., Green, S. & Lahey, B. B. (2003). Risk factors for antisocial personality. In D. P. Farrington & J. W. Coid (Eds.), *Early prevention of adult antisocial behavior* (pp. 79-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In M. Tonry & N. Morris (Eds.), *Crime and justice: An annual review of research* (pp. 129-149). Chicago University Press.
- Lösel, F. & Bender, D. (2003). Resilience and protective factors. In D. P. Farrington & J. W. Coid (Eds.), *Prevention of adult antisocial behavior* (pp. 130-204). Cambridge: Cambridge University Press.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593-614.
- Maugham, B. & Rutter, M. (2001). Antisocial children growing up. In J. Hill & B. Maugham (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 507-552). Cambridge: Cambridge University Press.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Olweus, D. (1984). Development of stable aggressive reaction patterns in males. In R. J. Blanchard & D. C. Blanchard (Eds.), *Advances in the study of aggression* (pp. 103-137). New York: Academic Press.
- Patterson, G. & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practises and delinquency. *Child Development*, 55, 1299-1307.
- Pfeiffer, C., Wetzels, P. & Enzmann, D. (1999). *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen*. Hannover: KFN-Forschungsberichte Nr. 80.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber, M. & Liu, J. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32 (2), 159-171.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Target, M. & Fonagy, P. (1996). Playing with Reality II: The Development of Psychic Reality from a Theoretical Perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459-478.

- Taubner, S. (2008). *Einsicht in Gewalt. Reflexive Kompetenz adoleszenter Straftäter beim Täter-Opfer-Ausgleich*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Taubner, S. & Juen, F. (2010). *Gewalt in der Spätadoleszenz–Perspektiven der Bindungsforschung. Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, 12 (2), 59-77.
- Taubner, S., Nolte, T., Wiswede, D. & Roth, G. (2010). *Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. Psychotherapeut*, 55, 312-320.
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Monika Vogelgesang, Petra Schuhler (Hrsg.)

Psychotherapie der Sucht

Methoden, Komorbidität und klinische Praxis

Das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell bietet das Fundament der Suchttherapie. Sie wird größtenteils als Entwöhnungsbehandlung in stationären Rehabilitationskliniken durchgeführt – meist multiprofessionell, mit einer ganzheitlichen Konzeption. Die Suchttherapie in Deutschland nimmt weltweit eine Spitzenposition ein.

Der vorliegende Band bietet einen authentischen Einblick in das Diagnose- und Behandlungswissen einer engagierten Suchtklinik auf der Grundlage von mehr als drei Jahrzehnten Erfahrung. Verschiedene methodische Ansätze – von der kognitiven Verhaltenstherapie über die klientenzentrierte Gesprächstherapie bis zur Körperpsychotherapie – werden dargestellt. Besondere Aufmerksamkeit gilt der integrierten Behandlung von Sucht und komorbiden Störungen.

Der Band ist als Handbuch und Praxisleitfaden zu verstehen – für alle Professionen, die in der Suchttherapie arbeiten. Obwohl die Konzeptionen aus einer stationären Einrichtung stammen und häufig gruppentherapeutische Vorgehensweisen beschrieben werden, sind sie auch auf die Anwendung im ambulanten und einzeltherapeutischen Setting übertragbar.

Wer immer Suchtkranke beraten und motivieren will, findet in diesem Leitfaden nützliche Hinweise, die in Standard-Lehrbüchern fehlen.

412 Seiten, ISBN 978-3-89967-606-8, Preis: 40,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Diagnostik und Veränderung der Persönlichkeitsstruktur bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Susanne Hörz

Zusammenfassung

Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung steht zur symptomatischen Diagnostik eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung, weniger Möglichkeiten bieten sich zur psychoanalytischen Diagnostik an. Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO; Clarkin, Caligor, Stern und Kernberg, 2004) ermöglicht einen Zugang zur Persönlichkeitsdiagnostik jenseits der Symptomatik. Es untersucht in einem halbstrukturierten Format Dimensionen der Persönlichkeit nach dem objektbeziehungstheoretischen Modell von Otto Kernberg und liefert eine Einschätzung des Strukturniveaus. Das STIPO wird vorgestellt und anhand aktueller Forschungsergebnisse wird der Einsatz des STIPO zur Veränderungsuntersuchung der Persönlichkeitsstruktur diskutiert.

Schlüsselbegriffe

Strukturdiagnostik, strukturelle Veränderung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Persönlichkeitsorganisation

Um bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine umfassende Diagnostik durchzuführen, kann als sehr sinnvoll gelten, jenseits der Symptombdiagnostik eine psychoanalytische Diagnostik einzubeziehen. Die sogenannte Strukturdiagnostik nimmt für die Behandlung von psychischen Störungen eine immer wichtigere Rolle ein, da Persönlichkeitsaspekte jenseits der Symptomatik erfasst werden, beispielsweise die Fähigkeit zur zufriedenstellenden Beziehungsgestaltung, zur Empathie oder zur adäquaten Selbst- und Objektwahrnehmung. Auch die Task Force der DSM-5 hat diese Richtung eingeschlagen. Im aktuellen Entwurf der DSM-5 zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen soll neben der Ähnlichkeit zu spezifischen Persönlichkeitstypen und Persönlichkeitszügen auch eine Bestimmung des Schweregrads der Persönlichkeitspathologie („levels of personality functioning“) eingesetzt werden. Als Dimensionen werden voraussichtlich die Bereiche „Selbst“ („Identität“, „Zielorien-

tierung“) und „Interpersonell“ („Empathie“, „Intimität“) auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt. Zwar werden von den Autoren des DSM-5-Entwurfs psychodynamische Strukturkonzepte nicht als Quellen genannt, jedoch ist deutlich ersichtlich, dass diese einen wichtigen Einfluss ausgeübt haben.

Strukturdiagnostik

Zur Diagnostik der psychischen Struktur und Strukturdimensionen liegen eine Reihe von empirisch validierten Instrumenten vor (vgl. Doering & Hörz, 2012), dazu zählen die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 2006), die Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK; Huber, Klug & Wallerstein, 2006), die Reflective Functioning Scale (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998) oder die Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200; Taubner, Stumpe & Löffler-Stastka, 2009; Westen & Shedler, 1999a; Westen & Shedler, 1999b). Als Fragebögen zur Strukturdiagnostik können das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI; Leichsenring, 1997), das Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO; Clarkin, Foelsch & Kernberg, 2001) oder der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF; Schauenburg, Dinger, Komo-Lang, Klinkerfuß, Horsch, Grande et al., 2012) genannt werden.

Für die Persönlichkeitsdiagnostik nach dem Modell von Kernberg (1984) liegen ein klinisches und ein halbstrukturiertes Interview vor. Das klinische „Strukturelle Interview“ (Kernberg, 1981; 1992) ermöglicht eine Einschätzung der Persönlichkeitsorganisation in normal/neurotische-, Borderline- und psychotische Strukturen auf Grundlage der drei Schlüsselfunktionen Identitätsintegration, Abwehrmechanismen und Realitätsprüfung. *Normal/Neurotische Persönlichkeitsorganisation* ist gekennzeichnet durch integrierte Identität, reife Abwehrmechanismen und gute Realitätskontrolle. Die *Borderline-Persönlichkeitsorganisation* ist gekennzeichnet durch Identitätsdiffusion, primitive Abwehrmechanismen und wechselnde Realitätsprüfung. Das Niveau der *Psychotischen Persönlichkeitsorganisation* weist darüber hinaus eine dauerhafte Beeinträchtigung der Realitätsprüfung auf.

Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO)

Bei dem Strukturierten Interview zur Persönlichkeitsorganisation (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2004) handelt es sich um ein halbstrukturiertes manualisiertes Instrument zur strukturellen und dimensionalen Einschätzung der Persönlichkeit basierend auf Kernbergs psychodynamischen Konzepten. Strukturell wird die Persönlichkeitsorganisation dabei den drei Bereichen *normal*, *neurotisch* und *Borderline* zugeordnet, wobei für das *neurotische* und *Borderline-Niveau* eine weitere Differenzierung nach Schwere der Pathologie möglich ist. Dimensional wird anhand von 100

Items die Struktur der Persönlichkeit untersucht und es werden Skalenwerte für die folgenden sieben Dimensionen geliefert:

1. Identität
2. Objektbeziehungen
3. Primitive Abwehr
4. Coping und Rigidität
5. Aggression
6. Wertvorstellungen
7. Wahrnehmungsverzerrungen und Realitätskontrolle

Die Dimensionen des STIPO sind in einigen Fällen in Subdimensionen unterteilt, beispielsweise ist die Dimension „Aggression“ in die Subdimensionen „Selbstgerichtete Aggression“ und „Fremdgerichtete Aggression“ gegliedert (Abbildung 1). Zu jeder der Dimensionen werden eine Reihe von Fragen gestellt, die anhand von Ankerbeispielen auf einer 3-stufigen Skala eingestuft werden. Ein Beispiel einer Frage aus dem Bereich „Identität/Kohärenz und Kontinuität des Selbst“ lautet *„Verändert sich die Art, wie Sie sich selbst sehen, in Abhängigkeit davon, mit wem Sie zusammen sind oder wo Sie sind?“* Ein Wert von 0 bedeutet, dass keine Schwierigkeiten in dem untersuchten Kriterium vorliegen, ein Wert von 2 spiegelt wider, dass eindeutig eine Störung im untersuchten Kriterium vorliegt, und ein Wert von 1 bedeutet, dass es ein mittleres Maß an Störung in dem untersuchten Kriterium gibt. Zusätzlich erfolgt auf Skalenebene für jede der sieben Dimensionen und der zugehörigen Subdimension ein fünfstufiges Gesamtrating, in das die Einzelratings miteinbezogen werden. Auch das fünfstufige Rating der Dimensionen ist anhand von Operationalisierungen erleichtert. Schließlich kann basierend auf dem Profil der einzelnen Dimensionen auf einer 5-Punkte-Skala von 1 (normal) bis 5 (hoch pathologisch), die Persönlichkeitsorganisation sechs Strukturniveaus (Normal, Neurotisch 1, Neurotisch 2, Borderline 1, Borderline 2, Borderline 3) zugeordnet werden. Das Instrument wurde an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Buchheim et al., 2006; Hörz, 2007; Hörz, Doering & Clarkin, 2012). Erste Ergebnisse zu den psychometrischen Eigenschaften der englischen Version zeigen gute Inter-Rater-Reliabilität (Intra-Klassen-Koeffizienten (Shrout & Fleiss, 1979) von .84 bis .97, mittlere ICC von .92), angemessene interne Konsistenz (α -Koeffizienten von .63 („Realitätsprüfung“) bis .92) und gute Konstruktvalidität bei der Untersuchung des Zusammenhangs der STIPO-Dimensionen mit Skalen aus Instrumenten zur Erfassung von Affekten, Aggressionen und Traits von Persönlichkeitsstörungen (Stern et al., 2010).

Das STIPO kann sowohl zur Diagnostik als auch zur Untersuchung der Veränderung der Persönlichkeitsstruktur eingesetzt werden. In einer multizentrischen Therapiestudie (Doering, Hörz, Rentrop, Fischer-Kern, Schuster, Benecke et al., 2010) mit 104 Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wurde das STIPO zur Ein-

gangs- und Verlaufsuntersuchung eingesetzt. Der Strukturdiagnostik mit dem STIPO wurden die Ergebnisse mit dem Strukturierten Interview zur Diagnostik Psychischer Störungen SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig 1997) und SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997) sowie weiteren externen Instrumenten als Indikatoren des klinischen Schweregrads der Borderline-Störung gegenübergestellt (Hörz, Rentrop, Fischer-Kern, Schuster, Kapusta, Buchheim et al., 2010). Es konnten spezifische Muster gefunden werden, die zeigen, wie das STIPO den Schweregrad der Störung erfassen kann. So wies die Gruppe mit zwei oder mehr Persönlichkeitsstörungen ($N=72$) signifikant mehr Strukturpathologie auf als die Gruppe mit der alleinigen Diagnose einer BPS ($N=32$), z.B. bei Identitätsdiffusion $M=3.88$ vs. $M=3.59$, $t=-2.13$, $p<.05$. Ähnliche Muster zeigten sich für Individuen mit versus ohne selbstverletzendem Verhalten im Vorjahreszeitraum und auch für Patienten mit versus ohne Besuch einer Notaufnahme im Jahr zuvor. Auch konnten klinisch bedeutsame korrelative Zusammenhänge zwischen diversen Indikatoren der Persönlichkeitspathologie gefunden werden, z.B. zwischen der Anzahl der BPS-Kriterien und den STIPO-Dimensionen „Identität“, „Primitive Abwehr“, „Coping“, „Aggression“ und dem Gesamtstrukturniveau.

Zur Untersuchung der Veränderung der Persönlichkeitsorganisation wurde das STIPO in der gleichen Studie (Doering et al., 2010) bei 104 Patienten mit BPS erstmals eingesetzt. Das Gesamtniveau der Persönlichkeitsorganisation diente in dieser Therapiestudie als Outcome-Parameter. Nach einem Jahr Psychotherapie konnte eine signifikante Verbesserung der Persönlichkeitsorganisation bei beiden Patientengruppen (Übertragungsfokussierte Psychotherapie/TFP vs. „experienced community psychotherapists“) festgestellt werden. Die Veränderung zeigte sich sowohl bei Patienten, die mit TFP behandelt wurden (prä: $M=5.00$, $SD=0.56$; post: $M=4.46$, $SD=0.67$; $d=1.0$, $p<.001$), als auch bei den Patienten in der Vergleichsgruppe (prä: $M=4.77$, $SD=0.58$; post: $M=4.62$, $SD=0.53$; $d=0.3$, $p=.004$), mit einer signifikanten Überlegenheit der TFP-Gruppe ($F=12.136$; $df=1, 101$; $p=.001$).

Fallbeispiel

Wie anhand des STIPO Veränderungen der Strukturdimensionen und der Persönlichkeitsorganisation abgebildet werden können, soll nun nachfolgend anhand eines Einzelfalls aus der Studie exemplarisch dargestellt werden.

Eine 25-jährige Frau, die die DSM-IV-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllte, stellte sich insbesondere wegen der Verarbeitung einer Trennung nach einer langjährigen Partnerschaft und Schwierigkeiten, mit ihren Freunden in Kontakt zu bleiben, auf der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie vor. Im STIPO zeigten sich insbesondere Auffälligkeiten in den Bereichen „Identität: Kohärenz und Kontinuität des Selbst“ sowie im Bereich „Primitive Abwehr“, aber auch in einigen anderen Dimensionen. In Abb. 1 stellt die Linie „Therapiebeginn“ das STIPO-Profil der Patientin im ersten Interview dar.

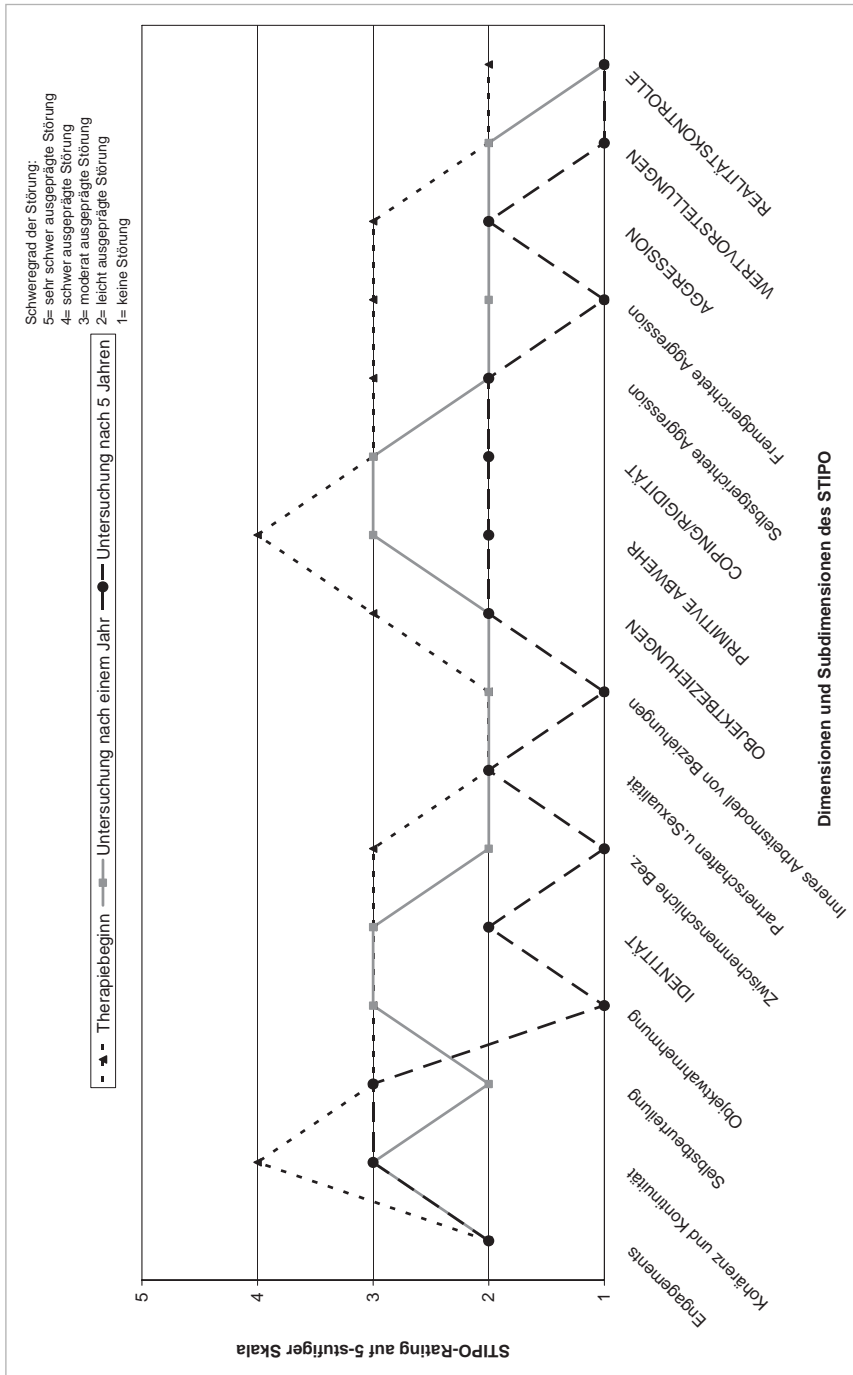


Abbildung 1: STIPO-Profil einer Patientin zu Therapiebeginn, nach einem Jahr und nach fünf Jahren Folgeuntersuchung

Identität

Die Patientin beschrieb im Bereich der Engagements in Arbeit, Ausbildung und Freizeit ein gutes und konsistentes Engagement. In ihrer Freizeit führte sie regelmäßige sportliche Aktivitäten aus, die sie auch genießen konnte. Insgesamt wurde ein Wert von „2“ gewählt, um ihre Unsicherheit, welche berufliche Richtung sie einschlagen wollte, abzubilden. Sie hatte Schwierigkeiten, ein kontinuierliches Gefühl für sich über Zeit und Situationen hinweg zu halten und sich lebendig zu beschreiben. So antwortete sie auf die Frage *„Verändert sich die Art, wie Sie sich selbst sehen oder was für ein Mensch Sie sind, in verschiedenen Situationen oder zu verschiedenen Zeitpunkten; verändert sie sich beispielsweise in Abhängigkeit davon, wo Sie sind und mit wem Sie zusammen sind?“* mit den Worten: *„Ja, ganz arg. Neulich war ich an einer Veranstaltung von dem Ort, wo ich meine Ausbildung gemacht habe, da hatte ich das Gefühl, ganz anders zu sein als sonst, also, wie ich bin, was ich will. Das haben mir auch die anderen gesagt, dass sie mich da ganz anders sehen, z.B. mit meinen Sport-Freunden bin ich ganz unsicher und schüchtern und bei Leuten in der Arbeit, da fühl ich mich total anders.“* Das instabile und diskontinuierliche Selbsterleben der Patientin wurde mit einem Wert von 4 abgebildet. Im Bereich der Selbstbeurteilung schilderte sie eine beeinträchtigte Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls mit der Tendenz, sich negativ zu erleben und sich stark mit anderen zu vergleichen (Rating: 3). In der Objektwahrnehmung zeigte die Patientin einige Schwierigkeiten in der Beschreibung der ihr wichtigen Objekte sowie in der Einschätzung anderer und der Vorstellung, wie andere sie beurteilen würden (Rating: 3). Insgesamt markiert ein Gesamtrating von 3 ein instabiles Identitätserleben.

Objektbeziehungen

Die Patientin berichtete im Bereich „Zwischenmenschliche Beziehungen“ eine gewisse Instabilität der Kontakte und Freundschaften und schilderte den Versuch, Freunde aus verschiedenen Lebensabschnitten streng voneinander zu trennen. Sie befasse sich ständig damit, ob sie „die Freundschaften besser beenden“ solle. Sie teile viele Informationen mit ihren engsten Freunden, aber es gäbe doch „Einiges“, was auch ihre beste Freundin nicht von ihr wissen dürfe. Dieser Mangel an gegenseitiger Offenheit und die Instabilität der Freundschaften wurden mit einer 3 beurteilt. Der Bereich „Partnerschaften und Sexualität“ wird, entsprechend der Relevanz, die ihm in Kernbergs Theorie zur genauen Diagnostik zugeteilt wird, im STIPO detailliert erfragt. In diesem Fall wurde die langjährige Partnerschaft der Patientin, sowie die weitgehende Konfliktfreiheit bei gleichzeitiger sexueller Hemmung mit einem Wert von „2“ geratet. In der Subdimension „Inneres Arbeitsmodell von Beziehungen“, die Aspekte der Empathie, Anspruchsdenken, Qualität der Objektbeziehungen untersucht, reflektiert ein Wert von „2“, dass die Patientin Beziehungen normalerweise nicht als Mittel zur Bedürfnisbefriedigung sieht und sich relativ gut in die meisten, aber nicht alle ihrer Beziehungen einfühlen kann.

Primitive Abwehr

Die Patientin wies ein für die Borderline-Persönlichkeit typisches Muster von primitiven Abwehrmechanismen auf, in dem sie einen häufigen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung sowie häufige Verleugnungen und auch regelmäßige projektive Identifikationen beschrieb (Gesamtrating von 4). So erwiderte sie auf die Frage zu Idealisierung/Entwertung: *„Kann Ihr Erleben von Ihren Beziehungen wechselhaft sein, so dass Sie zum Beispiel einen Menschen zu einem Zeitpunkt positiv und vertrauenswürdig erleben und zu einem anderen Zeitpunkt misstrauisch werden und wütend auf ihn sind?“*: *„Das ist oft so, dass ich zum Beispiel mit einer Freundin manchmal gerne was unternehme und Sport mache, und wenn die dann anruft, bin ich oft ganz frostig, und hab gar keinen Bock, die zu sehen!“*

Coping/Rigidität

Eingeschränkte Möglichkeit, adaptive Coping-Strategien zu nutzen, zum Beispiel einen wenig flexiblen Umgang mit belastenden Situationen oder Schwierigkeiten Sorgen zu unterdrücken, wurden als rigides Coping (Rating: 3) bewertet.

Aggression

Im Bereich der selbstgerichteten Aggression schilderte die Patientin insbesondere Ritzen und dadurch erlebte Entlastung, jedoch keine Suizidalität (Rating: 3) und im Bereich der fremdgerichteten Aggression mehr Schwierigkeiten der Impulskontrolle. Nach Wutausbrüchen gefragt, antwortet sie: *„Ja, ich habe schon öfter Wutausbrüche. Da werde ich sehr wütend. Das Schlimmste? Neulich habe ich bei meinen Eltern ein Messer durch die Gegend geworfen. Aber nichts ist passiert!“* (Rating: 3).

Wertvorstellungen

Im Bereich der Wertvorstellungen zeigte sich bei der Patientin zwar kein antisoziales Verhalten, jedoch einige Hinweise auf ein zwar relativ gut integriertes Wertesystem, verbunden mit einer gewissen Ambiguität bei Gelegenheiten, die zum eigenen Vorteil genutzt werden könnten. Auch gab sie an, dass sie *„nicht unbedingt ein schlechtes Gewissen habe, wenn ich jemanden schlecht behandelt habe“* (Frage zu Schuldgefühlen) (Rating: 2).

Realitätsprüfung

Bis auf sehr seltene dissoziationsähnliche Erlebnisse beschrieb die Patientin zu Therapiebeginn keinen durchgängigen Verlust der Realitätskontrolle (Rating: 2).

Über den zeitlichen Verlauf von fünf Jahren zeigten sich deutliche Veränderungen der Lebenssituation und der Persönlichkeitsorganisation bei der Patientin (vgl. Abb. 1). Mittlerweile hatte sie eine feste Arbeit angenommen und war in einer stabilen Partnerschaft. Zum zweiten Messzeitpunkt befand sich die Patientin noch in Therapie, zum Zeitpunkt nach fünf Jahren war die psychotherapeutische Behandlung abgeschlossen. Das STIPO bildet einige klinisch bedeutsame Veränderungen in Wahrnehmung und Interaktion des Selbst und der Objekte ab, die auch mit den Veränderungen in der DSM-IV-Diagnostik anhand des SKID-II korrespondieren. Zu Therapiebeginn wurde die Patientin im STIPO auf Borderline-Niveau (Borderline 1) eingestuft, sie erfüllte im SKID-II sechs Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), wodurch die Diagnose der BPS eindeutig vergeben wurde (fünf von neun Kriterien sind für die Vergabe der BPS-Diagnose nach DSM-IV nötig). Nach einem Jahr wurde sie im STIPO nach wie vor auf Borderline-1 Niveau eingestuft, zeigte aber deutlich weniger Auffälligkeiten in den STIPO-Dimensionen (Abb. 1) und erfüllte nunmehr nur vier SKID-II-Kriterien der BPS. Nach fünf Jahren konnten starke Verbesserungen in den STIPO-Dimensionen und auch eine Steigerung des Strukturniveaus zu „Neurotisch 2“ festgestellt werden, und im halbstrukturierten Format des SKID-II war nunmehr nur ein Kriterium der BPS zutreffend, nicht aber die BPS als Störung. Zur Veranschaulichung dieser Veränderungen sollen als Beispiele insbesondere die STIPO-Dimensionen herausgegriffen werden, in denen sich ein deutlicher Wandel über die Zeit ergab.

Identität / Kohärenz und Kontinuität der Selbstwahrnehmung

Zu Therapiebeginn vermittelte die Patientin den Eindruck eines relativ instabilen und gering integrierten Selbsterlebens (s.o.). Nach einem Jahr schilderte sie, nach ihrem Selbsterleben über Situationen und Zeit hinweg gefragt, eine zunehmende Bewusstheit für diese Instabilität: *„Ja, meine Mitbewohnerinnen waren schon überrascht zu sehen, wie ich bin, wenn mein Freund da ist“*. Nach fünf Jahren verblieb eine leichte Instabilität des Selbst, wurde aber von ihr mehr reflektiert: *„Manchmal fällt mir auf, dass ich in der Arbeit einen selbstbewussteren Stil zeige, aber mich nicht unbedingt so fühle, das kann plötzlich ganz anders werden. Aber ich weiß, das gehört beides zu mir.“*

Objektbeziehungen / Zwischenmenschliche Beziehungen

Auch die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und die Stabilität der Freundschaften verbesserte sich im Lauf der fünf Jahre beachtlich: Zu Therapiebeginn schilderte die Patientin instabile Freundschaften mit wiederkehrenden Abbruchwünschen (Gesamtrating: 3), nach einem Jahr beschrieb sie stabilere Freundschaften mit einer leichten Einschränkung der reziproken Offenheit (Gesamtrating: 2), und nach fünf Jahren stellte sie eine deutlich verbesserte Intensität und Offenheit bei diesen Kontakten dar (Gesamtrating: 1).

Primitive Abwehr

Das Abwehrmuster der Patientin zu Therapiebeginn zeigte, dass primitive Abwehrmechanismen überwogen (Gesamtrating: 4). Nach einem Jahr verdeutlichte beispielsweise die Reduktion von Idealisierung und Entwertung, dass es als ein gemischtes Abwehrmuster mit gelegentlichen Spaltungsmanövern bewertet werden konnte (Gesamtrating: 3). Nach fünf Jahren schließlich zeigte sich eine starke Veränderung dahingehend, dass sich die Patientin einzelner „extremer Reaktionen“ bewusst wurde und auch über ihre Veränderungen reflektierte. Beispielsweise antwortete sie auf die Frage: *„Kann Ihr Erleben von Ihren Beziehungen wechselhaft sein, sodass Sie zum Beispiel einen Menschen zu einem Zeitpunkt positiv und vertrauenswürdig erleben und zu einem anderen Zeitpunkt misstrauisch werden und wütend auf ihn sind?“* wie folgt: *„Bei meinem Freund, da ist es so, dass ich manchmal denke, er ist total toll, und andere Male habe ich ihn so satt und will ihn gar nicht mehr sehen. Aber das ist nicht immer so und ich versuche das auch zu ändern...“* (Gesamtrating: 2).

Fremdgerichtete Aggression

Schilderte die Patientin häufige und massive Wutausbrüche gegenüber mehreren Personen zu Therapiebeginn (Rating: 3), gab sie nach einem Jahr nur gelegentliche Wut gegen ihren Freund (Rating: 2) und nach fünf Jahren überhaupt keine Impulsdurchbrüche mehr an (Rating: 1).

Fazit

Das dargestellte Fallbeispiel verdeutlicht den klinischen Nutzen des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO). Es zeichnet klinisch relevante Wechsel der Persönlichkeitsdimensionen nach dem Modell von Kernberg (1984) im Verlauf einer mehrjährigen Psychotherapie sensibel und plastisch auf. Auch eignet es sich wegen der ausführlichen Ankerbeispiele bei allen Fragen und Dimensionen gut zur Veranschaulichung der zugrunde liegenden Objektbeziehungstheorie. Das STIPO weist befriedigende psychometrische Kennwerte auf und lässt sich gut zur Diagnostik und zur Veränderungsuntersuchung der Persönlichkeitsstruktur einsetzen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Bern: Verlag Hans Huber.
- Buchheim, P., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. & Doering, S. (2006). Das Strukturelle und das Strukturierte Interview zur psychodynamischen Diagnostik der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen*, 10, 43-54.

- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L. & Kernberg, O. F. (2004). Structured Interview of Personality Organization (STIPO). Unpublished Manuscript. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York. (Deutsche Übersetzung von S. Doering, Universität Wien, download: <http://www.meduniwien.ac.at/hp/psychoanalyse/forschung/diagnostik-downloads/diagnostik-der-persoennlichkeitsorganisation/>).
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. & Kernberg, O. F. (2001). The Inventory of Personality Organization. White Plains, New York: The New York Hospital - Cornell Medical Center. (Deutsche Version: G. Dammann, S. Smole, C. Kraus & P. Buchheim (2002) Psychosomatische Poliklinik, TU München).
- Doering, S. & Hörz, S. (2012). Handbuch der Strukturdiagnostik. Stuttgart: Schattauer.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). Reflective-Functioning Manual for Application to Adult Attachment Interviews (Version 5.0). London, University College London, 1998. (deutsche Übersetzung von Reinke, E. et al. AG Psychoanalyse und Bindungsforschung. Universität Bremen 2000; überarbeitetes Manual).
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H. U. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Hörz, S. (2007). A Prototype of Borderline Personality Organization- Assessed by the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Hörz, S., Doering, S. & Clarkin, J. F. (2012). Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO). In S. Doering & S. Hörz (Eds.), *Handbuch der Strukturdiagnostik* (S. 52-86). Stuttgart: Schattauer.
- Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N., Buchheim, P. & Doering, S. (2010). Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56, 136-149.
- Huber, D., Klug, G. & Wallerstein, R. S. (2006). Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 169-195.
- Kernberg, O. F. (1984). Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1992). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Leichsenring, F. (1997). Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Schauenburg, H., Dinger, U., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Horsch, L., Grande, T. & Ehrenthal, J. C. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF). In S. Doering & S. Hörz (Eds.), *Handbuch der Strukturdiagnostik* (S. 284-307). Stuttgart: Schattauer.
- Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., Maccornack, V., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92, 35-44.

- Taubner, S., Stumpe, A. & Löffler-Stastka, H. (2009). Deutsche Fassung des Shedler-Westen-Assessment-Procedure (SWAP). Trier: Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID). Elektronisches Testarchiv.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing axis II, Part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.
- Wittchen, H. U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Göttingen: Hogrefe.

*M. Ziegenbein, W. Machleidt, B. R. Brüggemann,
A. Wessels, H. Haltenhof (Hrsg.)*

Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung

Namhafte Experten richten in ausführlichen Beiträgen ihr Augenmerk sowohl auf die ganz frühe als auch auf die späte und häufig dauerhafte Phase schizophrener Störungen. Theoretische Konzepte, empirische Befunde und Kasuistiken zur Frühdiagnostik und -intervention sowie zur Langzeitbegleitung werden praxisnah vorgestellt. Im Blick stehen psychologische, soziale und biologische Aspekte. Weitere Beiträge fokussieren ethische, rechtliche und transkulturelle Gesichtspunkte, Grundlagen des Psychose-Verstehens und Aspekte der Psychosen-Psychotherapie. „Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung!“ ist ein Plädoyer für eine an der Krankheitsphase und dem individuellen Fall ausgerichtete multiprofessionelle Therapie.

400 Seiten, ISBN 978-3-89967-584-9, Preis: 35,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Grundprinzipien der psychoanalytisch-orientierten stationären Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen

Gerhard Dammann

Zusammenfassung

Die Grundprinzipien einer psychodynamisch-orientierten stationären Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen werden aufgezeigt. Dabei wird sichtbar, dass die stationäre Behandlung Chancen aber auch Risiken beinhaltet. Die stationäre Behandlung ist voller Parameter wie etwa Therapievereinbarungen, die jedoch reflektiert und integriert werden können. Die wichtigsten Wirkfaktoren sind eine Regression im Dienste des Ichs, das multiple Rollenangebot des multidisziplinären Behandlungsteam, in dem sich die interpersonellen Probleme in der Übertragung manifestieren können, die Kombination von verhaltensorientierten Fertigkeiten und psychodynamischem Verstehen, die Widerstandsanalyse, der Behandlungsfokus, der für das ganze Team gilt und einen Konflikt oder eine strukturelle Problematik in den Mittelpunkt der Behandlung rückt, die Berücksichtigung der äusseren Realität, sowie die angemessene Berücksichtigung von Nähe und Distanz in einer zeitlich limitierten Behandlung.

Schlüsselwörter

Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störung, Narzissmus, stationäre Behandlung, Psychotherapieforschung

1. Grundprinzipien der psychodynamisch-orientierten stationären Behandlung

Grundlage der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist die (in der Regel länger dauernde) intensive ambulante, möglichst störungsspezifisch ausgerichtete Psychotherapie. Psychopharmakotherapie und stationäre Psychotherapie können den Therapieprozess unterstützen.

Die Behandlung sollte primär ambulant erfolgen, und eine Frequenz von zwei Terminen pro Woche über einen Zeitraum von ca. zwei bis drei Jahren könnte einen Richtwert darstellen (vgl. dazu auch die Metaanalyse von Leichsenring & Rabung, 2008). Bei komplexen Fragestellungen sollten die Behandelnden (Psychotherapeut, Pharmakotherapeut, Sozialarbeiter) sich im Sinne eines Case Management vernetzen. Eine stationäre Behandlung von Borderline-Patienten sollte nur bei entsprechender Indikation erfolgen.

1.1 Arten der stationären Behandlung

Unter den Formen stationärer Behandlung lassen sich folgende Formen unterscheiden:

- Kurze stationäre Krisenintervention (Richtwert: max. 14 Tage nicht überschreiten, um Nachteile wie Regressionen etc. möglichst zu vermeiden).
- Störungsspezifische Behandlung auf einer Spezialstation (Richtwert: drei Monate).
- Intervallbehandlung bei sehr komplexen Fragestellungen (zwei- bis dreimal drei Monate). Das Intervall sollte nicht zu kurz und nicht zu lang gewählt werden und fest ausgemacht werden.
- In seltenen Fällen haben stationäre Langzeitbehandlungen von ein bis zwei Jahren einen bestimmten Wert. Solche Behandlungen werden aber – nicht zuletzt aus Kostengründen – praktisch nicht mehr angeboten und haben in der Vergangenheit teilweise auch zu Problemen geführt.

In der vorliegenden Arbeit wird im Wesentlichen nur auf die störungsspezifische Behandlung im Spezialsetting (Punkt 2) abgezielt. Teilweise ist es in Kliniken auch üblich, dass persönlichkeitsgestörte Patienten längere Zeit auf allgemeinspsychiatrischen Stationen behandelt werden. Ich sehe dies, wie andere Autoren auch (Dulz & Schneider, 1995) kritisch. Problematisch erscheint mir auch – wie teilweise in manchen psychosomatischen Kliniken inzwischen üblich – in nur fünf bis sechs Wochen einen sinnvollen psychotherapeutischen Behandlungsfokus bearbeiten zu können. Es kann dann meistens nur eine supportive Stabilisierung angegangen werden.

1.2 Basis der Behandlung: Objektpsychologie

Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen, die aber nicht nur die äussere Interaktion betreffen, sondern in erster Linie mit den internalisierten Beziehungserfahrungen, die sich in der Persönlichkeit manifestieren, zu tun haben. Die Theorie der Objektbeziehungspsychologie bildet eine gute Grundlage des Verständnisses. Sie stellt die Beziehungsstörung in den Mittelpunkt der Behandlung. Dabei wird Charak-

ter in der Tradition von Karl Abraham oder Wilhelm Reich als geronnene Beziehungserfahrung gesehen. Innere Objektbeziehungen sind die „Brille“, mit der der Patient die Welt sieht. Die Beziehungsproblematik des Patienten wird dabei vor allem als eine strukturelle Thematik im Bereich der inneren Objektbeziehungen betrachtet. So wird ein Verständnis möglich für den zunächst stark widersprüchlich wirkenden Wechsel von überfürsorglich-hypochondrischer und vernachlässigender Körperbeschäftigung bei Drogenabhängigen. Die Objektbeziehungstheorie ermöglicht es, Verbindungen herzustellen zwischen früheren Beziehungserfahrungen, daraus entstandenen Objektbeziehungen, den abgeleiteten interpersonellen Beziehungsschwierigkeiten und den Übertragungsbeziehungen, die diese bearbeitbar machen.

1.3 Psychotherapieforschung in diesem Bereich

Es gibt eine empirische Evidenz, dass störungsspezifische Verfahren unspezifischen Therapien gegenüber deutlich überlegen sind. In den letzten Jahren haben sich eine Reihe solcher Verfahren herausgebildet: Die übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg (Clarkin et al., 1999), die dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan, 1993), die mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman & Fonagy, 2004), die Schematherapie (Young et al., 2003), die interaktionelle Therapie (nach Heigl-Evers; Streeck, 2007) und die strukturbezogene Therapie (Rudolf, 2006).

Alle störungsspezifischen Verfahren weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf (Aktive Technik; Arbeit im Hier-und-Jetzt; Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile; Dammann, 2007). Dennoch gibt es eine Reihe von Unterschieden und Kontroversen (handlungsorientierter versus verstehensorientierter Zugang; konfrontativer versus supportiver; mehr oder weniger Arbeit mit Übertragungsdeutungen etc.). Allen störungsspezifischen Verfahren (auch den psychodynamischen) gelingt nach bestimmter Zeit eine symptomatologische Stabilisierung (Selbstverletzung geht z.B. auch dann zurück, wenn es nicht spezifisch geübt wird). Es gibt Hinweise darauf, dass die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) Veränderungen im Bereich der Struktur der Patienten erreicht (Reflective Functioning, Bindungsstil, Identitätskonsolidierung, vgl. Levy et al., 2006). Ungeklärt ist der Wert der Kombination (ev. phasenweise) von verschiedenen störungsspezifischen Ansätzen (z.B. TFP u. DBT). Die Kombination verschiedener Persönlichkeitsstörungen (besonders narzisstisches Spektrum) erschwert die Behandlung erheblich. Die Bedeutung von Untergruppen wird in Zukunft wichtiger werden.

2. Indikationen, Chancen und Risiken

2.1 Indikationsstellung

Auf Grund der Risiken, die stationäre Behandlung, insbesondere bei Borderline-Patientinnen beinhaltet, sollte die Indikationsstellung relativ streng erfolgen und in erster Linie dann ausgesprochen werden, wenn die ambulante Behandlung nicht bzw. nicht mehr oder noch nicht möglich erscheint. Mögliche Indikationen sind akute oder chronische Suizidalität, andauernde erhebliche Selbstverletzung, erheblicher Suchtmittelkonsum, massive Instabilität oder komplexe psychosoziale Probleme. Zudem kommt gelegentlich eine Stagnation oder negative therapeutische Reaktion in der ambulanten Behandlung vor. Die stationäre Behandlung dient der Vorbereitung der ambulanten Behandlung und wird von Anfang an auch so konzeptualisiert. Es gibt Evidenz, dass bei Borderline-Patientinnen eine stationäre Vorbehandlung den Erfolg der ambulanten Behandlung verbessern hilft.

2.2 Risiken der Behandlung

Stationäre Behandlung von schwerer persönlichkeitsgestörten Patienten beinhaltet auch zahlreiche Gefahren. So können Ersatzbeziehungen mit dem Therapeuten aufgebaut werden und pathologische Regressionen vorkommen. Der Patient lernt neue Symptome durch „imitatives Verhalten“. Ständige Kriseninterventionen erzeugen eine „Blaulicht-Atmosphäre“ und verhindern eine vertiefte Bearbeitung der Probleme. Widerstand in Form von Trivialisierungen wird nicht genügend als solcher erkannt. Es kommt zu unerkannten destruktiven Gruppenprozessen, oder die Austrittsplanung erfolgt überhastet oder der Patient verhält sich dabei passiv. Ebenfalls zu vermeiden ist, dass die Therapie dauerhaft dazu beiträgt, das „reale Leben“ zu vermeiden und statt dessen ein therapeutisches „Ersatzleben“ zu führen. Wenn der Patient den Aufenthalt nutzt, um durch dysfunktionales Verhalten und Agieren vermehrte Zuwendung zu erhalten oder wenn der Patient das Team in einen Machtkampf verwickelt, der nicht verstanden und am Ende ausagiert wird (oft mangelnde Bearbeitung der Gegenübertragungs-Übertragungsdynamik), muss ebenfalls von Risiken der stationären Behandlung gesprochen werden.

Psychotherapie kann ganz allgemein gerade bei Borderline-Patienten diese iatrogen schädigen (Fonagy & Bateman, 2006). Hauptverantwortlich dafür sind die Identitätsdiffusion (Dammann et al., 2011) und Beeinflussbarkeit, dass therapeutische Beziehungen vs. Realbeziehungen nicht genügend auseinander gehalten werden, oder dass Missverständnisse zu wenig geklärt werden und es zur Entwicklung negativer therapeutischer Reaktionen kommen kann. Es sollte immer bedacht werden, dass der natürliche Verlauf der Störung nicht so schlecht ist (Stone, 1990).

3. Arbeit mit Parametern

Das Ideal der Psychoanalyse („reine Gold“) beinhaltet, dass die Analyse letztlich zeitlich nicht determiniert und ergebnisoffen ist – das heisst, der Analysand bestimmt die Richtung und das Ziel. Symptomatische Veränderungen sind höchstens indirekt ein Ziel, denn im Grunde ist Psychoanalyse somit gar keine Psychotherapie.

Die gesamte Geschichte der psychoanalytischen Psychotherapie von schweren Persönlichkeitsstörungen (bis hin zu den neueren psychoanalytisch-orientierten Behandlungsmanualen) kann als eine Reflexion über die Abweichungen („Parameter“) von der Standardtechnik aufgefasst werden. Verzicht auf Abweichungen bedeutet, dass kränkere Patienten, die etwa Therapievereinbarungen benötigen, nicht behandelt werden könnten. Eine unreflektierte Verwendung von Parametern auf der anderen Seite beinhaltet das Risiko, dass die Essentials der psychoanalytischen Psychotherapie (Neutralität, ruhiger Reflexionsraum, Fokus auf Verstehen und Deutungen etc.) immer mehr verloren gehen und die Behandlung z.B. nur noch pädagogisch wird (siehe Dammann, 2006). Das Konzept der Parameter geht zurück auf Eissler (1953) als Reaktion auf die technischen Veränderungen in der Neopsychoanalyse der späten 40er- und frühen 50er-Jahre, die immer kränkere Patienten behandelbar machten. Eissler schlägt vor, dass man bei Abweichungen von der Standardtechnik sobald wie möglich zu dieser und zur technischen Neutralität zurückkehren sollte.

Alle störungsspezifischen Ansätze zeichnen sich nach Dammann (2010a) durch folgende Merkmale aus: Es handelt sich insgesamt um deutlich aktivere Zugänge, was die Gefahr des Mitagierens verstärkt. Interpretationen können eher als Arbeitshypothesen denn als Deutungen verstanden werden. In Notfällen gilt, dass man Handeln oder Deuten sollte, aber nicht beides gleichzeitig. Zudem besteht die Möglichkeit, dass man die therapeutische Neutralität verlassen oder z.B. pädagogisch werden muss, was vermehrt bei Jugendlichen oder in der Forensik notwendig ist. Zudem kann man später in die Analyse des Geschehenen in die Übertragungsbeziehung zurückkehren („Lassen Sie uns anschauen, was auf einer tieferen Ebene dazu geführt hat, dass es zu folgender Beziehungssituation kam...“), was auch für Fehler und ähnliches gilt.

4. Das stationäre Setting

4.1 Ablauf der Behandlung

Die 12-wöchige stationäre Behandlung folgt zeitlich folgendem Ablauf: Nach einem oder mehreren Vorgespräch/en und der Besichtigung der Station wird die Diagnostik- bzw. Motivationsphase ausgemacht, wenn die Indikation nicht ganz klar ist. Es werden Informationen gegeben; im Unterschied zu den kognitiv-behavioralen Verfahren, aber auch der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) sind die psychoanalytischen Verfahren zurückhaltend mit Psychoedukation. Der Grund liegt darin, dass im Grund-

satz davon ausgegangen wird, dass der Patient aus seiner Störung „herauswachsen“ wird, d.h. die Diagnose im Grunde eine passagere ist. Individuelle Therapievereinbarungen sind im stationären Bereich wegen der standardisierten Behandlung nur begrenzt möglich, sollten aber dennoch, soweit möglich, immer in Erwägung gezogen werden. Sie beinhalten Pflichten und Rechte. Das Team legt gemeinsam die Therapien fest, was einem elterlichen Akt entspricht. Dann wird der Fokus gewählt, und es folgt eine Fallvorstellung nach ca. vier Wochen am Ende der Diagnostikphase. In der Standortbestimmung, die ca. vier Wochen vor Ablauf der drei Monate erfolgt, kann eine Korrektur des Fokus erfolgen, und die äußere Realität wird stärker einbezogen. Am Schluss folgt die Abschiedsphase, teilweise wird ein vorübergehend teilstationärer Status erstellt.

4.2 Das Stations-Setting

Eine solche Station sollte maximal ca. 15 vollstationäre Plätze bieten. Die Patienten, die behandelt werden, haben Borderline-Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Persönlichkeitsstörungen, z.T. schwere Neurosen, Bulimien sowie andere Persönlichkeitsstörungen. Bei ausreichender Motivation machen wir keine schlechten Erfahrungen mit Suchtpatienten. Weibliche Borderline-Patienten und männliche narzisstische Patienten lassen sich gut kombinieren, erkennen sie jeweils im anderen Geschlecht z.B. den narzisstischen Vater oder die hilflose Mutter wieder. Auf der Spezialstation B der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen am Bodensee im Kanton Thurgau kombinieren wir Elemente aus der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) nach Kernberg (Clarkin et al., 2001), dem Skilltraining und Achtsamkeitsübungen nach der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) (Linehan, 1993) sowie aus der Mentalisierungs-basierten Therapie (MBT) nach Bateman & Fonagy (2004).

Berücksichtigung finden zudem auch neuere psychoanalytische Konzepte wie Verleugnung und Verschwendung von Zeit, worauf Neo-Kleinianer wie Britten hingewiesen haben (Weiß, 2009), Überlegungen von André Green zur Desobjektalisierung und zu unbehandelbaren Patienten (Dammann, 2010b) oder zu dem Konzept der Orte seelischen Rückzugs (metaphorisches Aufsuchen des Patienten in seinem Rückzugsort, zum Beispiel Burgen, Inseln und ähnliches. Metaphern (siehe Brömmel & Dammann, 2004) haben immer zugleich distanzierende und triangulierende Elemente.

Die Behandlung besteht aus einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowie aus verbalen und nonverbalen Therapien. Dreimal in der Woche finden jeweils 60 Minuten Gruppentherapie statt, die von einer weiblichen Gruppentherapeutin und einem männlichem Gruppentherapeuten geleitet wird. Sie steht somit rein zeitlich im Mittelpunkt der Behandlung. Die Einzeltherapie findet zweimal in der Woche statt und dauert ca. je eine halbe Stunde. Dies gilt auch für die pflegerischen Bezugspersonengespräche. Die Spezialtherapien wie Kunsttherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Soziale Interaktionsgruppe, Stockkampf, Entspannung/Yoga, Acht-

samkeits- und Skillgruppe erfolgen nach Indikationsstellung. Der Behandlungsplan der Patienten sollte nicht überladen werden.

4.3 Vorgespräche und Diagnostikphase

Zahlreiche Patienten sind sehr ambivalent was die Behandlung angeht. Erfahrungsgemäss sollten sie nicht zur stationären Psychotherapie „überredet“ werden. Ausreichend Zeit für Vorgespräche ist manchmal notwendig. Viele Patienten, die zunächst ablehnend erschienen, melden sich oft zu einem späteren Zeitpunkt erneut. Der Einbezug von Bezugspersonen kann in dieser Phase hilfreich sein, da dadurch Ängste und Vorurteile bei den Angehörigen reduziert werden können. Eine gründliche Anamnese erscheint auch in der stationären Psychotherapie von entscheidender Bedeutung. Nicht selten werden Patienten wochenlang stationär behandelt und relevante Tatsachen aus der Lebensgeschichte werden nicht bekannt. Wichtig ist auch eine gründliche Anamnese der therapeutischen Vorerfahrungen, so zum Beispiel frühere Therapien und warum diese, nach Ansicht des Patienten, nicht gelungen sind. Auch hier ist wertvolle Information verborgen. Teilweise nützlich kann es auch sein, strukturierte oder halbstrukturierte Interviews zu verwenden, die die Strukturdiagnose (OPD, STI-PO) oder die Komorbiditäten besser beleuchten (SCID-II).

4.4 Therapievereinbarungen

Wie ausgeführt ist auch im stationären Bereich die Arbeit mit Therapievereinbarungen hilfreich und gehört zu den Therapiebestandteilen der störungsorientierten Manuale DBT oder TFP (zur Bedeutung von Therapievereinbarungen in psychodynamischen Therapie siehe Dammann et al., 2001). Nicht selten zeigen sich genau an diesen Grenzen die Schwierigkeiten und das Agieren der Patienten. Typische Beispiele für Therapievereinbarungen sind z.B. Essvereinbarungen bei Essstörungen, Regeln bei häufig notwendigen Verlegungen auf Akutstationen und der Umgang mit Suchtmittelkonsum.

Therapievereinbarungen sollten weder ganz rigid gehandhabt noch ständig gebeugt werden, um die notwendige Balance zwischen Strukturiertheit und Flexibilität zu erreichen. Viele Patienten betonen jeweils das eine der beiden Extreme, d.h. sie beklagen etwa eine zu harsche („wie im Erziehungslager“) oder aber eine zu wenig restriktive Haltung („hier hält sich niemand an die Stationsregeln“). Dies korrespondiert mit einer Über-Ich-Problematik der Patienten von repressivem Über-Ich (Diktatur) und defizitärem Über-Ich (Anarchie). Es ist Aufgabe des Behandlungsteams, dazwischen zu vermitteln.

4.5 Übertragung und Gegenübertragung und das Team

Die Übertragung kann jedes Teammitglied betreffen. Zum Beispiel kann eine sehr kontrollierende Nachtschwester bei dem einen Patienten positive („da schaut jemand nach mir“) und bei dem anderen negative („wie im Kinderheim“) Gefühle auslösen. Typisch sind konkordante und komplementäre Gegenübertragungen (Racker, 1968). Nicht jedes Gefühl dem Patienten gegenüber sollte als Gegenübertragung charakterisiert werden. Ekelgefühle beim Team haben nicht selten mit frühen Bindungsstörungen zu tun. Bezogen auf Spaltungen ist die Haltung des Teams, dass nicht der Patient aktiv und bewusst spaltet, sondern dass es quasi in ihm, also unbewusst, spaltet. So kann das Team damit arbeiten. Obwohl Pflege und Therapeuten am gleichen Fokus arbeiten, sind die Mittel verschiedene. Das Beziehungsangebot der Pflege beinhaltet mehr Aspekte einer Realbeziehung und sollte sich nicht in Richtung einer weiteren „Minitherapie“ entwickeln. Pflegefachleute können durchaus einmal persönlicher trösten oder davon berichten, wie es ihnen selbst einmal gegangen ist. Zwischen den Berufsgruppen gibt es keine Wertung in der Wichtigkeit, aber es wird unterschiedlich gearbeitet. Wichtige Patientengespräche finden gemeinsam mit Einzeltherapeut und Pflegerischer Bezugsperson statt (z.B. wenn ein „Time-Out“ besprochen wird.) Dies unterstreicht, dass das Team eine gemeinsame Haltung vertritt. Dies gilt auch für den Umgang mit Geheimnissen. Patienten erfahren, dass alles, was sie einem Teammitglied berichten, grundsätzlich auch an die anderen Teammitglieder gelangen kann. Dadurch werden Exklusivbeziehungen vermieden. Gerade bei den Sozialarbeitern manifestieren sich nicht selten heftige Konflikte, was auch mit der sozialen Realität zu tun hat. Sowohl innere wie äußere Realitäten müssen vom Patienten in ihrer Bedeutung anerkannt werden. Das Team sollte keine Angst haben vor heftigem Agieren der Patienten. Die Patienten spüren, wenn das Team sich in seinen Entscheidungen sicher fühlt. Es sollte sich auch nicht durch Suizidalität „erpressbar“ machen. Suizidalität steht deshalb in den thematischen Hierarchien der störungsspezifischen Verfahren ganz weit oben.

4.6 Akuität und Psychotherapie

Im Allgemeinen ist das Klima auf einer spezialisierten „Borderline-Station“ recht ruhig, schweres Agieren ist als Behandlungsartefakt von nicht genügend spezialisierten Settings zu verstehen. Natürlich kommt es aber gelegentlich zu Krisen. Kriseninterventionen und damit verbunden Verlegungen auf die Akut-Stationen sind selten, kommen jedoch manchmal vor und werden wenn möglich zeitlich auf das Minimum begrenzt. Eine gute Zusammenarbeit mit den akutpsychiatrischen Stationen ist wichtig, damit es nicht zur Dynamik von Idealisierung und Entwertung kommt. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich muss unbedingt verhindert werden, dass eine permanente „Blaulicht“-Atmosphäre herrscht, wo nicht genau zwischen Therapie und Krisenintervention unterschieden werden kann. Patienten, die zu instabil oder noch nicht motiviert genug sind, werden verlegt oder entlassen und kommen

oft später erneut. Es ist auch wichtig und antiidealisiert, dass die Station zeigt, dass sie nicht „allmächtig“ ist und mit allen Problemen klar kommen kann.

4.7 Pharmakotherapie und somatische Behandlung

Die Wirksamkeit der Psychopharmakotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wird im Allgemeinen eher überschätzt. Medikation sollte immer auch in ihrer Psychodynamik reflektiert werden (Erhöhung oder Reduktion der Medikation wird als Belohnung oder Bestrafung erlebt; Medikamente sind wirksame Introjekte; Macht- und Ratlosigkeit, die sich in pharmakologischer Polypragmasie zeigen; dazu Buchheim & Dammann, 2006). Wenn der behandelnde Einzeltherapeut gleichzeitig Arzt ist, kann die Funktion des Einzeltherapeuten und des „Körperarztes“, der für die körperliche Untersuchung, Beschwerden und die Medikation zuständig ist, aufgeteilt oder in der gleichen Person belassen werden. Beide Varianten sind grundsätzlich möglich und weisen Vor- und Nachteile auf. Wenn der behandelnde Einzeltherapeut kein Arzt ist, kommt es immer zu dieser Rollenaufteilung. Generell sollten auch in der stationären Psychotherapie vom Patienten berichtete Körperbeschwerden ernstgenommen werden, weil sich darin nicht selten wichtige Psychodynamiken zeigen.

4.8 Verlängerungen

Generell sollte nicht mit Verlängerungen reagiert werden, wenn die bisherige Behandlung zu wenig gebracht hat. Gelegentlich kann verlängert werden, wenn der Eindruck im Team vorherrscht, dass vier bis sechs Wochen einer weiteren stationären Behandlung eine wichtige konsolidierende Vertiefung von bereits Erreichtem bedeuten könnte. Diese Maxime verhindert auch, dass die Organisation der ambulanten Nachbetreuung zu spät angegangen und auf ein Verlängerungsintervall geschoben wird. Generell sollte man davon ausgehen, dass in den kommenden Jahren die Möglichkeiten der mehrwöchigen stationären Psychotherapie von den Kostenträgern restriktiver gehandhabt werden, wie dies bereits in vielen anderen Ländern der Fall ist. Das Verlängerungsintervall und das Ziel sollten wiederum klar mit dem Patienten ausgemacht werden, das heisst der Patient sollte immer wissen, wann sein Entlassungstag sein wird. Das Thema der Verlängerungen hat auch gruppenspezifische Implikationen, weil es bei zahlreichen Mitpatienten Neid auslöst. Die gewährte Verlängerung wird oft als eine Bevorzugung erlebt.

4.9 Nähe und Distanz in einer zeitlich limitierten Behandlung

Stationäre Behandlung bedeutet immer auch gleichzeitig die Induktion von Trennungsthemen bei einer Gruppe von Patienten, die grosse Mühe mit Verlassenheit hat und stellt daher eine erhebliche Belastung für den Patienten dar. Deshalb beginnt für

das Team die Abschiedsphase eigentlich vom ersten Tag an, und eigene Bedürfnisse der Therapeuten nach Vertiefung der Beziehung müssen reguliert werden. Die Behandelnden müssen lernen, den Patienten nah genug, aber nicht zu nahe an sich heranzukommen zu lassen.

Am Ende der Behandlung geht es dem Patienten bezüglich seiner Symptome idealerweise besser, und er hat wieder Hoffnung und Mut, seine Schwierigkeiten anders zu bewältigen als bisher. Er zeigt jedoch auch Respekt vor dieser ihm bevorstehenden Aufgabe. Nicht selten kommt es gegen Ende der Behandlung nochmals zu einer Symptompräsentation, was ein Problem für die Psychotherapieforschung ist und die Notwendigkeit der Messung struktureller Veränderungen zeigt. Der Patient hat eine narrative Rekonstruktion darüber vornehmen können, was sich durch die Behandlung geändert hat und was der Auslöser für die Destabilisierung zuvor war. Idealerweise „erkennt“ der Patient zentrale konflikthafte Objektrepräsentanzen und unbewusste Identifizierungsphantasien und kann an diesen weiterarbeiten.

4.10 Spezielle Patientengruppen

Persönlichkeitsgestörte Patienten im stationären Setting mit folgenden Komorbiditäten oder Symptomen benötigen oft besondere zusätzliche Vereinbarungen oder Therapieelemente. Bei Sucht steht Suchtmittelfreiheit an erster Stelle; anschliessend sollte eine ambulante Gruppe besucht werden. Bei Essstörungen können Essbegleitungen notwendig werden. Bei Zwangssymptomen ist in vielen Fällen eine Expositionsbehandlung notwendig; dies gilt auch für Angststörungen mit starkem aufrechterhaltendem Vermeidungsverhalten. Bei Somatisierungen sind körperorientierte, nicht zu früh deutende Techniken notwendig.

Die Gruppe der Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen (siehe Dammann, 2012) ist besonders schwer zu behandeln. Unterschieden werden können – theoretisch wie technisch – Ansätze, die man als „Selbstwert-Narzissmus“ bezeichnen könnte (z.B. Kohut) und wo technisch das Spiegeln, das Ansprechen der Bedürftigkeit und ein supportiverer Umgang mit dem vulnerablen Selbstsystem empfohlen wird, von Ansätzen, die man als „Objekt-Abhängigkeits-Narzissmus“ bezeichnen könnte (z.B. Rosenfeld oder Kernberg) und wo technisch das Deuten der nicht-integrierten, beziehungsabweisenden anti-libidinösen Selbst- und Objektbesetzungen, Konfrontationen und Arbeit mit der Aggression empfohlen wird. Wir empfehlen in vielen Fällen eine (phasenweise) Kombination von Aspekten beider Verfahren.

Besonders schwer zu behandeln ist der destruktive oder maligne Narzissmus, der eine Kombination von schwerem grandiosem Narzissmus und Über-Ich-Pathologie darstellt. Therapeutische Angebote werden entwertet („Ich brauche dringend Hilfe, es geht um Leben und Tod bei mir; aber das was ich hier erhalte, ist ja gar nichts!“) Die Gegenübertragung ist gekennzeichnet von Ärger auf den Patienten oder von Insuffizienzgefühlen. Klinisch findet sich häufig durch nicht gerechtfertigte Arroganz eine

invasive Neugier und Formen von Pseudostupidität sowie eine Schon-, Anspruchs- und Versorgungshaltung.

Bei Patienten mit Traumatisierungen kann nach unseren Erfahrungen in der Regel von Anfang an mit traumatischem Material gearbeitet werden. Traumaspezifische Techniken sind gelegentlich notwendig. Nicht selten stellt das „Trauma“ als Chiffre einen Versuch von Patienten und Therapeuten dar, die Probleme zu erklären. Besondere Beachtung verdient die Dialektik des Traumas zwischen Internalisierungsprozessen (Einfluss auf die Charakterbildung; Identifikation mit dem Aggressor) und der Fremdkörperhaftigkeit des Traumas. Beide Seiten müssen beachtet werden.

5. Wichtige Wirkfaktoren der stationären Psychotherapie

Im Folgenden sollen einige wichtige Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie näher beschrieben werden.

5.1 Regression im Dienste des Ichs

Die stationäre Behandlung ist eine „total situation“ (Joseph, 1985), der sich der Patient letztlich nicht entziehen kann und soll. Er wird hineingezogen und frühe Beziehungserfahrungen, unbewusste Phantasien und Abwehrmuster werden reaktiviert. Dabei ist entscheidend, dass es zu einer Regression kommt. Es sollte zwischen heilsamen „Regressionen im Dienste des Ichs“ (Kris, 1939) und pathologischen Regressionen unterschieden werden.

5.2 Multiples Rollenangebot

Entscheidend in der stationären Psychotherapie sind das Konzept der Milieuthherapie (Heim, 1985), der therapeutischen Gemeinschaft und des multimodalen Rollenangebots. Gerade weil es ein multidisziplinäres Behandlungsteam ist, können sich die interpersonellen Probleme in der Übertragung an sehr verschiedenen Stellen manifestieren (Sozialarbeiter, Musiktherapeutin, Gruppentherapeut, Oberarzt etc.). Man könnte somit sagen, dass es das Team ist, das „heilt“. Erfahrene Teams verstehen die „Spaltungstendenzen“ und unterschiedlichen Gegenübertragungen, tragen diese zusammen und agieren sie nicht aus. Auch die Bedeutung von Mitpatienten sollte nicht unterschätzt werden. Voraussetzungen auf Seiten des Teams sind dabei:

- Technische Neutralität
- Haltende, „mütterliche“ Funktion (holding)
- Aushalten von Wut und negativer Übertragung (containing)
- Analyse von Teamdynamiken (dazu Lohmer, 2005)

- Die Fähigkeit zu „szenischem Verstehen“ (Argelander, 1970)
- Häufig ist es anfangs so, dass der Therapeut oder das Behandlungsteam die gesamte Beunruhigung über die Situation des Patienten empfindet, während dieser selbst unernst oder mit Agieren beschäftigt ist; dies kann als projektive Identifikation verstanden werden.

5.3 Kombination von verhaltensorientierten Fertigkeiten und psychodynamischem Verstehen

Aus meiner Erfahrung lassen sich psychoanalytisches Verstehen und Techniken und Elemente aus der Verhaltenstherapie dann gut kombinieren, wenn das Team mit beiden methodischen Zugängen genügend vertraut ist und die jeweils andere Therapiemethode nicht entwertet wird. Sonst besteht die Gefahr von Spaltungen, z.B. dann wenn „nur“ die Pflege des Fertigkeitentraining nach DBT vertritt, während die „Therapeuten“ psychoanalytisch-orientiert sind; es gibt dann häufiger einen, u.U. unbewussten Wettkampf darum, wer eigentlich wirksam ist. Dabei sollten die Unterschiede nicht einfach verleugnet werden. Für die integrative Kombination verschiedener Therapieverfahren (Dammann & Fiedler, 2012) – etwa der Kombination von Fertigkeitentraining nach DBT und übertragungsfokussierter Psychotherapie TFP – spricht, bei allen Gefahren des Eklektizismus, dass die Symptomverbesserung nicht unterschätzt werden sollte, da sie unter anderem Hoffnung vermittelt. Der Patient lernt, Symptome besser zu beherrschen; dadurch geht es im unter Umständen „schlechter“, was auf den Abwehrcharakter von Symptomen hinweisen kann. Der Patient verweigert die Anwendung von spannungsabbauenden Techniken, obwohl er diese an sich gelernt hat oder wünscht sich eine rein handlungsorientierte Vorgehensweise und entwertet einen verstehensorientierten Zugang.

Manchmal kann auch eine phasenweise Kombination favorisiert werden, z.B. Einstieg mit Dialektisch-Behavioraler Therapie oder Mentalisierungsbasierter Therapie, dann sukzessive stärkerer Einbezug von Beziehungsthemen (etwa Übertragungsfokussierte Psychotherapie TFP).

5.4 Gruppentherapie

Die Gruppentherapie ist von zentraler Bedeutung in der stationären Psychotherapie. Sie ist sowohl eigentliche Gruppentherapie unter Einbezug von Gruppendynamiken wie auch Einzeltherapie in der Gruppe. Patientenbefragungen zeigen, dass sie aversiver oder weniger beliebt ist als Einzeltherapie. Ein weiterer Aspekt ist das Lernen am Modell. Schwierig ist die Gruppentherapie immer dann, wenn die Strukturniveaus zu weit auseinander gehen. Der Patient kann dem Dilemma nicht entgehen, dass er sich entweder exponieren kann und dann Aufmerksamkeit bzw. Zuwendung erfährt, oder

aber sich in der Gruppe zurückhält, aber dafür auch weniger Beachtung bekommt. In beiden Fällen kann er Neid oder Ärger der Mitpatienten auslösen.

5.5 Widerstandsanalyse

Neben der Analyse der Übertragung und der interpersonellen Muster kommt der Widerstandsanalyse grosse Bedeutung zu. Das Behandlungsteam weiß, dass Veränderung immer etwas ist, was der Patient nicht nur will, sondern auch fürchtet und das ihn belastet. Dies auf Grund der adaptiven und defensiven Aspekte der Charakterbildung (vgl. Reich oder Fairbairn), mag sie noch so dysfunktional wirken.

5.6 Behandlungsfokus

Von zentraler Bedeutung bei der stationären Psychotherapie ist die Wahl eines geeigneten Fokus. Während in der ambulanten Therapie mehrere Foki gleichzeitig aktiviert, bzw. im expliziten oder impliziten Behandlungsplan des Therapeuten vorhanden sein können, zwingt die zeitliche Limitierung zu einer klaren Auswahl. Ohne Fokusbestimmung besteht immer die Gefahr, dass an zu vielen Themen zu wenig fokussiert und gründlich genug gearbeitet wird. Der Fokus gilt für das ganze Team und rückt einen Konflikt, eine interpersonelle Dynamik oder eine strukturelle Problematik in den Mittelpunkt der Behandlung. Der Fokus kann ein Konflikt sein, es kann sich aber auch um das Aufzeigen einer nicht-integrierten Objektbeziehungsthematik handeln, die sich in der Beziehung zeigt. Meist nur ein zentrales Thema, selten mehr, wird bzw. werden für die Behandlung fokussiert. Dabei wird das Thema gewählt, von dem angenommen wird, dass es am ehesten eine zukünftige progressive Entwicklung in Gang setzen könnte.

Die Wahl des Fokus erfolgt in der Regel anlässlich der Fallbesprechung nach ca. vier Wochen der Behandlung (Ende der Motivations- bzw. Diagnostikphase). Für jede Fallbesprechung sollten mindestens 45 Minuten vorgesehen werden, um eine Darstellung der Beschwerden und Biographie durch den Einzeltherapeuten, Ergänzungen durch die pflegerische Bezugsperson, Eindrücke von allen anwesenden Teammitgliedern, diagnostische Hypothesen und Fokusformulierungen durch den Therapeutischen Leiter zu ermöglichen.

Die Fokusbildung bildet eine gemeinsame Basis des Verständnisses für alle Teammitglieder und für ein Empowerment des Teams, in relativ kurzer Zeit sinnvoll und konsistent etwas mit dem Patienten erarbeiten zu können. Sie stellt eine Art operationalisierter Verdichtung der Frage dar, welchem bearbeitbarem Aspekt die grösste Bedeutung zukommt, um eine ambulante Weiterbehandlung zu ermöglichen und dient dazu, dass alle Teammitglieder mit unterschiedlichen Mitteln mehr oder weniger direkt am gleichen Fokus arbeiten. Die Fokusbildung folgt einer Art Hierarchie im Hinblick auf selbst- und therapieschädigendem Verhalten, und es müssen

bestimmte Aspekte des Strukturniveaus berücksichtigt werden. Zudem wird die Fokusbildung interpersonell bzw. in der Übertragungsbeziehung sichtbar und veranschaulicht.

Die Bearbeitung bzw. Bewusstmachung sollte bei dem Patienten einerseits zu genügender Stabilisierung führen, für ihn aber auch „anstrengend“ sein. Die dafür gewählte Technik kann supportiver oder konfrontativer, bewusster oder unbewusster, handlungs- oder verstehensorientierter sein. Es wird oft nicht an den Themen gearbeitet, die zwar vom Patienten mit grossem Druck vorgetragen werden, aber „sekundär“ erscheinen, wie etwa sexueller Missbrauch im Vergleich zu chronischer Suizidalität.

Schwerwiegende Behandlungsfoki sind unter anderen chronische Suizidalität und ihre Funktionalität, nicht integrierte, oszillierende Täter-Opfer-Dynamiken, Zerstörung des eigenen Körpers (z.B. um den Körper für seine Sexualität, die nicht ganz der eigenen Kontrolle unterliegt, zu bestrafen), Neid auf die eigenen Kinder, „Borderline-Lebensstil“ als Ersatzidentität, oft mit unbewussten Gegenidentifikationen einhergehend, oder gemeinsames Verstehen, warum bisherige Behandlungsversuche nicht fruchten konnten.

5.7 Äußere Realität und ambulante Nachbehandlung

Die soziale Situation sollte frühzeitig in Angriff genommen werden. Dieses Thema ist für viele Patienten, die sich lieber nur mit den „inneren Themen“ beschäftigen möchten, recht aversiv oder ängstigend. Der Patient sollte sich nicht passiv verhalten und alles an den Sozialarbeiter delegieren. Wichtig ist, eine realistische Perspektive zu vermitteln. So wird zum Beispiel ein 61-jähriger Patient mit schwerer Persönlichkeitsstörung und jahrelanger Tätigkeitslosigkeit schwerlich leicht eine hochverantwortungsvolle Tätigkeit finden können. Es sollte auch geklärt werden, wer die weitere ambulante soziale Betreuung übernimmt. Während der Behandlung findet in der Regel nur relativ wenig Kontakt zum zuweisenden Therapeuten statt. Der Therapeut wird aber möglichst gut über die Behandlung selbst informiert. Die Zuweisung eines ambulanten Patienten in stationäre Psychotherapie ist für den ambulanten Therapeuten nicht immer ganz einfach, bedeutet sie doch in gewisser Weise auch das Eingeständnis ambulant nicht weitergekommen zu sein. Ziel ist es, die Behandlungsdyade zwischen ambulantem Therapeut und Patient zu stärken und der therapeutischen Beziehung neue Impulse zu geben. In seltenen Fällen entscheidet sich der Patient für einen Therapeutenwechsel.

6. Zusammenfassung

Stationäre psychodynamische Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen kann – bei richtiger Indikation und passendem, spezialisiertem Setting – grundlegende Veränderungen initiieren und eine ambulante Weiterbehand-

lung erleichtern. Die stationäre Behandlung weist aber gleichzeitig zahlreiche Gefahren auf und viele Fragen sind ungeklärt (z.B. Untergruppen mit ungünstigem Verlauf; zahlreiche Wirkfaktoren, die Psychotherapieforschung in diesem Bereich erschweren). Neben unspezifischen Wirkfaktoren kommen dem multiplen Übertragungs-Rollenangebot und dem Fokus besondere Bedeutungen zu.

7. Literatur

- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: Mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Brömmel, B. & Dammann, G. (2004). Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) in der Behandlung von Borderline-Störungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 8 (3), 161-174.
- Buchheim, P. & Dammann, G. (2006). Die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie. *Persönlichkeitsstörungen*, 10 (4), 210-219.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley.
- Dammann, G. (2006). Manualgeleitete Borderline-Therapie. Möglichkeiten und Grenzen aus psychoanalytischer Sicht. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 21 (1), 71-116.
- Dammann, G. (2007). Bausteine einer allgemeinen Psychotherapie der Borderline-Störung. In G. Dammann & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen*, 2. Auflage (S. 238-258). Stuttgart: Thieme.
- Dammann, G. (2010a). Psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. In V. Arolt & A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störung behandelt man wie?* (S. 177-213). Berlin: Springer.
- Dammann, G. (2010b). Buchessay: "Vom Tode bewohnte Patienten" (André Green). *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 25 (4), 461-473.
- Dammann, G. (2012). Narzissmus – Wichtige psychodynamische Konzepte und ihre Auswirkungen auf die klinische Praxis. In G. Dammann, B. Grimmer & I. Sammet (Hrsg.), *Narzissmus: Theorie, Diagnostik, Therapie* (S. 15-50). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dammann, G. & Fiedler, P. (2012). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – Perspektiven integrativer Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*, 5. Auflage (S. 445-465). Stuttgart: Thieme.
- Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2001). Die Arbeit mit Therapievereinbarungen in der übertragungsfokussierten, psychodynamischen Therapie von Borderline-Störungen. In G. Dammann & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen* (S. 59-70). Stuttgart: Thieme.
- Dammann, G., Walter, M. & Benecke, C. (2011). Identität und Identitätsstörungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*, 2. Auflage (S. 275-285). Stuttgart: Schattauer.
- Dulz, B. & Schneider, A. (1995). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Eissler, K. R. (1953). The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 104-143.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.
- Heim, E. (1985). *Praxis der Milieuthérapie*. Berlin: Springer.
- Joseph, B. (1985). Transference: The Total Situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 447-454.
- Kris, E. (1939). On inspiration (Preliminary notes on emotional conditions in creative states). *International Journal of Psychoanalysis*, 20, 377-389.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551-1565.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1027-1040.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lohmer, M. (2005). *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und Therapeutische Settings*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart; Stuttgart.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats: Pathological organisations in psychotic neurotic and borderline patients*. London: Karnac.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford.
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, H. (2009). *Das Labyrinth der Borderline-Kommunikation. Klinische Zugänge zum Erleben von Raum und Zeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.

Beziehungen im Brennpunkt – Möglichkeiten stationärer psychodynamisch orientierter Behandlung von Patienten mit schweren Entwicklungsbeeinträchtigungen der Persönlichkeit

Antje Frackenpohl & Ulrich Streeck

Zusammenfassung

Patienten mit schweren Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit oder strukturellen Störungen galten noch bis in die 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts hinein als weitgehend unbehandelbar. Sie fanden sich vor allem unter der Klientel kustodialer und sozial-reglementierender Institutionen. Dort wurde allenfalls - wenn überhaupt - versucht, ihre Symptome medikamentös zu beeinflussen. Die Psychoanalyse, die einzige zu der damaligen Zeit entwickelte therapeutische Methode, war für die meisten dieser Patienten wenig geeignet. Auf die besonderen Bedingungen dieser Patienten abgestimmte therapeutische Modifikationen auf psychoanalytischer und psychodynamischer Grundlage waren nicht entwickelt.

Schlüsselwörter

Persönlichkeitsstörung, interpersonelle Beziehungen, psychoanalytisch-interaktionelle Methode

Strukturelle Störungen: ein klinisches Bild

Am Beispiel einer bei Behandlungsbeginn 22jährigen Patientin, Frau G., möchten wir zeigen, dass auch Patienten mit schweren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung erfolgreich behandelt werden können, wenn sich die Therapie vorrangig auf die Probleme der Patienten im Zusammensein mit Anderen richtet, wie das bei der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (PIM) der Fall ist. Insbesondere ein stationäres Behandlungssetting mit seinen vielfältigen sozialen Situationen ist dazu gut geeignet.

Frau G. ist mittelgroß, adipös, geht in vornüber gebeugter Haltung. Sie erscheint ungepflegt, leicht verwahrlost, wie eine alte, hilfebedürftige Frau, die nur mühsam alleine zurecht kommt. In einer Tagesstätte für behinderte Menschen würde sie kaum auffallen. In der Klinik angekommen werden rasch Zweifel laut, ob sie wohl in einer psychotherapeutisch arbeitenden Klinik gut aufgehoben ist. Sie hat bereits mehrere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken von bis zu zehn Monaten Dauer unter offenen wie unter geschlossenen Bedingungen hinter sich. Da sich ihre Beschwerden unter einer ambulanten psychiatrischen Behandlung zuletzt sukzessive verschlechtert hatten, hatte der ambulant tätige Therapeut die Indikation zu einer erneuten stationären Behandlung gestellt.

Frau G. litt unter ausgeprägten depressiven und wechselnden körperlichen Beschwerden wie Übelkeit, Unterbauchbeschwerden, Rückenschmerzen und einem zeitweise auftretenden Globusgefühl. Weiter brachte sie sich mit Rasierklingen oder anderen spitzen Gegenständen Verletzungen an den Extremitäten bei; dadurch waren Arme und Beine schlimm vernarbt. Darüber hinaus hatte Frau G. erhebliche Probleme im Zusammensein mit Anderen. Für sie selbst standen diese Probleme ganz im Vordergrund ihrer Schwierigkeiten. Seit langer Zeit hatte sie immer wieder Erfahrungen gemacht, die sie darin bestätigten, dass Beziehungen in wechselseitig ausbeuterischem Verhalten münden oder abrupt abgebrochen werden. In Gruppen war sie regelmäßig in eine Außenseiterposition geraten.

In der Vergangenheit hatte es einige Male wütend-aggressive Impulsdurchbrüche gegeben. Als sich vor noch nicht langer Zeit eine Freundin von ihr abgewendet hatte, hatte sie mit sich wiederholenden und in ihrer Häufigkeit zuletzt zunehmenden Sturzanfällen reagiert, die zum Zeitpunkt der Aufnahme mehrmals täglich auftraten. Seit der Trennung von ihrem ersten Freund vor einigen Monaten hatte sich zudem ein Harnverhalt entwickelt, der täglich mehrmaliges Katheterisieren notwendig machte, das die Patientin selbst vornahm. Eine somatische Ursache hatte nicht gefunden werden können. Schließlich war Frau G. auf zahlreiche Medikamente eingestellt, darunter mehrere Antidepressiva und Antipsychotika.

Trotz dieser vielfältigen Einschränkungen gab es etwas im Verhalten von Frau G., das vorerst nicht klar benannt werden konnte und sich gleichsam zwischen den Zeilen ihres Verhaltens bemerkbar machte und zur Folge hatte, dass sie trotz aller Symptome, die die Prognose mehr als fraglich erscheinen ließen, stationär aufgenommen wurde. Und auch der Therapeut, bei dem sie in ambulanter Behandlung war und der sie zur Behandlung in die Klinik überwiesen hatte, schien zuversichtlich gewesen zu sein, die Patientin könne vielleicht über mehr Möglichkeiten und Fähigkeiten verfügen als ihr in der Vergangenheit von psychiatrischer Seite zugebilligt worden waren.

Tatsächlich war es entgegen allen anders lautenden Erwartungen möglich, mit der Patientin ins Gespräch zu kommen, auch wenn ihre Äußerungen meist stereotyp ausfielen und ihre Mitteilungen voller affirmierender Wiederholungen waren, die sie unintelligent erscheinen ließen. Sie schien vornehmlich frühere Untersucher

oder Therapeuten zu zitieren, aber keine eigenen Meinungen zu haben. Viele ihrer Äußerungen hatten einen abweisenden, erledigenden Charakter - häufig reagierte sie mit einem „ich weiß nicht“ oder „finde ich auch komisch...“ u.ä. – dies, wie es den Anschein hatte, nicht als Folge gescheiterter eigener Bemühungen, sondern als Ausdruck einer passiven, sich dem Gegenüber überlassenden Haltung. Eigene Anstrengungen schien sie weitgehend zu vermeiden. Manche ihrer Schilderungen wirkten distanzlos, andere vertrat sie mit Nachdruck. Dabei nahm sie im Gespräch entweder gar keinen Blickkontakt auf oder sah ihr Gegenüber starrend an, ohne dass man den Eindruck gewinnen konnte, dass sie die andere Person wirklich sah.

Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit oder strukturelle Störungen

Strukturelle Störungen der Persönlichkeitsentwicklung oder Persönlichkeitsstörungen können ganz unterschiedlichen seelischen und psychosozialen Beeinträchtigungen und Symptomen zu Grunde liegen – multiplen Ängsten, psychosenahen Störungen, selbstschädigendem Verhalten, sexuell abweichendem Verhalten, Abhängigkeits- und psychosomatischen Erkrankungen, depressiven Störungen, antisozialem Verhalten u.a. Dabei erlauben die Symptome alleine keine hinreichenden Rückschlüsse auf das Ausmaß etwaiger struktureller Beeinträchtigungen. Auch gravierende strukturelle Störungen können auf den ersten Blick symptomarm sein, umgekehrt können Symptome bei einer relativ integrierten Struktur der Persönlichkeit ‚lärmenden‘ Charakter haben.

Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit oder strukturelle Störungen sind eine Folge von vernachlässigenden, deprivierten, nicht selten traumatisierenden Bedingungen, die das soziale Milieu geprägt haben, in dem die Patienten aufgewachsen sind. Diese Bedingungen haben oftmals die gesamte Entwicklung des Kindes geprägt. Die Patienten mussten sich an vermeidende, vernachlässigende und manchmal traumatisierende Umstände, die das Zusammensein mit Anderen bestimmt haben, anpassen. Ihr späteres Verhalten im Zusammensein mit Anderen ist geprägt von ihrem impliziten Beziehungswissen (BCPSG 2010), das sie unter solchen Bedingungen erworben haben. Deshalb wurden schwere Persönlichkeitsstörungen auch ‚Störungen des Sozialen‘ (Sullivan) genannt. Dabei ist für die interpersonellen Beziehungen von Patienten mit basalen Störungen der Persönlichkeitsorganisation u.a. charakteristisch, dass ihre Selbstregulierung in hohem Maß von dem Verhalten Anderer abhängig ist und auf Wechselseitigkeit gründende zwischenmenschliche Beziehungen ein ums andere Mal misslingen.

Wie Patienten mit Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit frühe Beziehungen erlebt haben, lässt sich kaum jemals aus ihren sprachlichen Mitteilungen ausreichend rekonstruieren. Stattdessen zeigen sie ihre Beziehungserfahrungen in erster Linie in ihrem Verhalten – im Vollzug von sozialer Interaktion. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass insbesondere die frühen und traumatisierenden Beziehungser-

fahrungen nicht sprachlich-symbolisch, sondern prozedural als implizites Wissen repräsentiert sind. Sie sind Teil ihres interaktiven Wissens und ihres körperlichen Gedächtnisses („embodied knowledge“) geworden, das sich nicht oder nur sehr bedingt in sprachlichen Mitteilungen ausdrückt (Streeck 2007). Um das Ausmaß strukturell bedingter Beeinträchtigungen zu beurteilen, ist eine gründliche Einschätzung der Persönlichkeitsorganisation des Patienten erforderlich. Gut geeignet für die psychodynamisch ausgerichtete Diagnostik und die Beurteilung struktureller Beeinträchtigungen ist die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD 2006).

Anders als andere Patienten mit nennenswerten strukturellen Beeinträchtigungen ist Frau G. in sozialen Verhältnissen aufgewachsen, die vergleichsweise stabil und sicher waren. Allerdings war die Patientin bereits als Kleinkind durch körperliche Beschwerden eingeschränkt. Sie hatte eine Harnröhrenverengung, in deren Folge sie häufig mit Entzündungen der Harnblase erkrankte und einnässete – eine persistierende Störung, die sie erheblich belastete und gegen die sie vergeblich ankämpfte. Wiederholt musste sie sich invasiven, schmerzhaften Eingriffen unterziehen, denen sie sich hilflos ausgesetzt fühlte. In der Folge konnte sie oft über längere Zeit nicht in den Kindergarten gehen bzw. die Schule besuchen.

Die Eltern reagierten ängstlich auf die Erkrankungen ihrer Tochter und waren in ständiger Besorgnis, so dass das Kind sich in immer stärkerem Maße ängstlich und vermeidend verhielt. Frau G. fürchtete sich vor Kälte, entwickelte Angst vor Keimen und konnte sich in der Folge nicht an altersüblichen Aktivitäten in Kindergarten und Schule beteiligen. So scheinen sich das ängstlich-besorgte Verhalten der Eltern und ihr eigenes ängstliches Verhalten wechselseitig immer mehr verstärkt zu haben, so dass die Patientin nicht nur von den Eltern, sondern auch von Erzieherinnen und Lehrern als besonders gefährdetes und schonungsbedürftiges Kind behandelt wurde, das man nicht belasten dürfte und dem man wenig zutrauen konnte.

Mit Beziehungen zu Gleichaltrigen konnte die Patientin kaum Erfahrungen sammeln. Schon im Kindergarten gelang es nicht, sie in die Gleichaltrigengruppe zu integrieren. In der Folge wurde sie immer mehr in die Rolle einer Außenseiterin gedrängt und war vielfältigen Hänseleien ausgesetzt. Als es in der Schule auch leistungsmäßig für sie schwierig wurde, konnte sie Frustrationen nicht aushalten, zeigte wenig Durchhaltevermögen, entwickelte zahlreiche körperliche Symptome und brach die Schule nach der 11. Klasse ab.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme lebte Frau G. bei ihren Eltern und nahm an einer Rehabilitationsmaßnahme für schwer psychisch Kranke teil. Außer zu ihren Eltern hatte sie keinerlei soziale Kontakte.

Sie verhielt sich Anderen gegenüber, als ginge sie davon aus, dass die andere Person für sie verfügbar sein muss, wenn es ihr nicht gut geht, und sich ihr beruhigend und fürsorglich zuwendet. Geschah das nicht, fehlten ihr Möglichkeiten, auf eigene psychische Mittel zurückzugreifen, um diese Funktionen selbst zu über-

nehmen. Stattdessen griff sie zu Mitteln, mit denen sie sich Schaden zufügte, etwa indem sie sich tiefe Selbstverletzungen beibrachte. Wenn die Eltern sich nicht wie selbstverständlich und ohne Aufschub in den Dienst ihrer Bedürfnisse stellten, konnte sie aggressiv-wütend und gewalttätig werden und zerschlug Türen. Häufiger kam es zu Dissoziationen und seit einiger Zeit zunehmend häufig zu Sturzanfällen, so lange, bis die andere Person sich ihr zuwendet. Zuletzt hatte ihr Vater sie mehrfach ins Bett getragen, oder er musste sie aus der Einrichtung abholen, in der sie gerade war, weil sie wiederholt umgefallen war.

Wenn sie sich wie zum Beispiel in der Schule oder in der Rehabilitationseinrichtung unter Anderen bewegte, versuchte sie meist, Kontakt zu nur einer einzigen Person zu haben, die sie zu ihrer Freundin erklärte. Kamen Dritte hinzu und die ‚Freundin‘ richtete ihre Aufmerksamkeit auch auf Andere, sah sie sich zurückgewiesen und war gekränkt, ohne dass es ihr möglich war, die Beziehung aufrecht zu erhalten. Über ihre körperlichen Beschwerden versuchte sie, Andere dazu zu veranlassen, sich ihr wieder zuzuwenden, meist mit der Folge, dass die andere Person sich zuletzt definitiv abwandte. Weshalb sie sich in dieser Weise verhielt, war ihr selbst verschlossen; sie erlebte sich selbst mehr als von ihrem Verhalten bestimmt denn als Bestimmende ihres Verhaltens.

Sich in die innere Welt Anderer einzufühlen, war ihr kaum möglich. Für sie war klar, dass sie das Opfer von Anderen war, die sie geschädigt hatten und schädigen, von Ärzten, Mitschülern oder Psychotherapeuten. Sie vermochte andere Personen nicht aus deren eigener Realität heraus zu sehen, sondern erlebte sie nahezu ausschließlich im Hinblick auf für sie wichtige regulierende Funktionen. Von ihrem Freund hatte sie sich sexuell ausnutzen lassen, ohne die Zeichen zu bemerken, die sie dafür hätten aufmerksam werden lassen können, dass er seinerseits kein über sexuelle Absichten hinausgehendes Interesse an ihr hatte. Dass sie selbst möglicherweise zu dem Verhalten Anderer, über das sie sich leicht empörte, beitrug, war und ist ihr weder zugänglich noch vorstellbar.

Interpersonelle Beziehungen im Fokus der Psychotherapie

Ein auf Regression angelegtes therapeutisches Vorgehen, das unbewusste Konflikte und unbewusstes Erleben bewusst werden lässt, ist für Patienten mit schwereren Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit nicht oder nicht ausreichend nützlich (z.B. Fürstenau 1977; Heigl-Evers, Heigl 1983). Verfolgt der Therapeut in der Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen vorrangig das Ziel, unbewusste Konflikte aufdecken zu wollen, läuft er Gefahr, ihre zentrale Problematik zu verfehlen. Unter regressionsfördernden Bedingungen drohen verfügbare psychische Strukturen weiter geschwächt und die bei strukturell gestörten Patienten ohnehin beeinträchtigten regulativen seelischen und interpersonellen Funktionen zusätzlich labilisiert zu werden (z.B. Rudolf 2004).¹ Statt unbewusstes Erleben aufdecken und bewusst machen zu

wollen, sollte deshalb als Ziel im Vordergrund stehen, den Patienten dazu zu verhelfen, eingeschränkte Funktionen der Selbst- und der Beziehungsregulierung zu entwickeln und zu aktivieren.

Vor diesem Hintergrund richtet sich die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (Streeck & Leichsenring 2009) vorrangig auf die Beziehungsstörungen der Patienten, auf die Probleme in ihrer sozialen Lebenswelt und die damit verbundenen Beeinträchtigungen beziehungs- und selbstregulativer Funktionen. Die Methode ist auf Entwicklung hin angelegt, auf Progression, nicht auf Regression. Der Therapeut nimmt nicht die Rolle eines neutralen Experten in Anspruch, der dem Patienten Mutmaßungen über dessen momentane psychische Realität im Sinne von Deutungen zu bedenken gibt; seine Rolle kann hier zutreffender als die eines kompetenten Teilnehmers an einem interpersonellen Geschehen, als therapeutisch reflektierter Mitspieler in sozialer Interaktion, die von beiden Beteiligten gestaltet wird, charakterisiert werden.

Bei der psychoanalytisch-interaktionell ausgerichteten Arbeitsweise liegt der Fokus nicht vorrangig auf dem subjektiven und unbewussten Erleben des Patienten, sondern ist interaktions- und beziehungsorientiert darauf ausgerichtet, interpersonelles Geschehen für den Patienten transparent werden zu lassen. Auf diesem Wege wird es dem Patienten zunehmend möglich, seine eigene Beteiligung an den Problemen zu erkennen und zu verstehen, die seine soziale Lebenswelt immer wieder belasten und seine interpersonellen Beziehungen beeinträchtigen.

Weil die Beziehungserfahrungen der Patienten nicht oder nur selten symbolisch zum Ausdruck gebracht und in Erzählungen dargestellt werden können, sondern in einem externalisierenden Modus nichtsymbolisch als implizites Beziehungswissen oder Vollzugswissen im Verhalten zur Darstellung kommen, genügt es nicht, wenn der Psychotherapeut das subjektive Erleben des Patienten zu rekonstruieren versucht; er muss auch für das beobachtbare Verhalten und insbesondere für interaktives Geschehen, in dem die Beziehungserfahrungen des Patienten zur Darstellung kommen, aufmerksam sein und die therapeutische Beziehung in besonderer Weise handhaben. Dabei werden die Schwierigkeiten des Patienten, Interaktion zu regulieren und reziproke Beziehungen zu gestalten, nicht nur aus einer subjektiven bzw. intersubjektiven, sondern auch aus einer Dritte-Person-Perspektive in den Blick genommen und das beobachtbare interaktive Geschehen in der therapeutischen Beziehung zu einem Fokus der therapeutischen Arbeit gemacht.

So war bei Frau G. stets damit zu rechnen, dass sie Anforderungen mittels der Inszenierung körperlicher Einschränkungen bzw. Enttäuschung mittels selbstverletzenden Verhaltens beantworten würde. Wenn sich die Mitglieder des Pflegeteams auch anderen Patienten zuwandten, entwickelte sie unterschiedlichste körperliche Symptome,

¹ Weil strukturelle Störungen sich nicht in erster Linie aus unbewussten Konflikten herleiten, benötigt ein psychodynamisch denkender Psychiater neben dem psychoanalytischen Konfliktmodell für Patienten, die „abgeschwächte oder fehlende psychische Strukturen aufweisen“ ein „Defizitmodell“ psychischer Krankheiten (Gabbard 2010, S. 4).

betätigte die Klingel und stellte so sicher, dass jemand zu ihr kam. Ihr Verhalten zielte auf fürsorgliche Zuwendung ab. Statt diese Einschränkung – etwa als Ausdruck der Schwierigkeit, eine dritte Person zuzulassen (Triangulierung) – zu interpretieren, zentrieren alle therapeutischen Mitarbeiter in der Klinik, die mit der Patientin zu tun haben, mit der psychoanalytisch-interaktionellen Arbeitsweise auf das jeweilige interaktive Geschehen mit der Patientin. Beispielsweise könnte die Pflegekraft – die Symptomatik ernst nehmend – bei passender Gelegenheit zu Frau G. sagen: „Ich möchte mich gerne um sie kümmern. Allerdings, Frau G., traue ich Ihnen durchaus zu, auch zu mir ins Stationszimmer zu kommen. Ich würde Sie darum bitten, das zu versuchen. Die Klingel ist für Notfälle vorbehalten. Wenn Sie öfter aus anderen Gründen klingeln, bestünde die Gefahr, dass ich das irgendwann nicht mehr ganz ernst nehme, und das möchte ich nicht“.

Zur Haltung des Psychotherapeuten

Der Therapeut bietet sich dem Patienten somit als erreichbare und berührbare andere Person an. Er übt seine Rolle in einer kognitiven, emotionalen und interpersonellen Einstellung aus, aus der heraus er – für sein Gegenüber wahrnehmbar – genau auf das hinhört, was *manifest* gesagt wird und genau zu erkennen versucht, wie der Patient sich mit seinem sprachlichen und nichtsprachlichen Verhalten zu Anderen und – in der therapeutischen Situation – zu ihm ins Verhältnis setzt. Während der Psychoanalytiker nach außen hin zurückgenommen den unbewussten Sinn ‚zwischen den Zeilen‘ der manifesten Äußerungen des Patienten zu erschließen versucht und mehr auf das Nichtgeäußerte als auf sein sinnlich wahrnehmbares Gegenüber eingestellt ist, bietet der Therapeut sich in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie somit als reales, beteiligtes Gegenüber an, als ebenso zugewandte wie eigenständige Person. Damit ist die Rolle des Psychotherapeuten hier nicht die eines Experten, der sich technisch neutral verhält, sondern er gibt sich immer auch – partiell und selektiv – als reale Person zu erkennen, als subjektiv erlebender Mitspieler in einem Beziehungsgeschehen, das von beiden Anwesenden gemeinsam gestaltet wird.

Eine zugewandte und interessierte Haltung dem Patienten gegenüber aufrechtzuerhalten, kann angesichts des manchmal massiven Verhaltens mancher strukturell gestörter Patienten, das sich gelegentlich an der Grenze zu antisozialem Verhalten bewegen kann, schwierig sein. Wenn sich der Therapeut jedoch vor Augen führt, dass das Verhalten des Patienten, das zu aversiven Reaktionen und Affekten Anlass gibt, sich vor dem Hintergrund einer meist leidvollen Lebensgeschichte entwickelt hat und Ausdruck für den Bewältigungsversuch von deprivierten Lebensumständen ist, wird es in vielen Fällen eher gelingen, eine dem Patienten zugewandte Haltung aufrecht zu erhalten.

Zum ‚antwortenden Modus‘

Der für die psychoanalytisch-interaktionelle Methode charakteristische Interventionsmodus wird ‚*antwortender Modus*‘ genannt. Im antwortendem Modus bringt der Therapeut dem Patienten gegenüber auch eigenes Erleben und eigene Gefühle, die sich bei ihm im Kontext des Verhaltens des Patienten einstellen und in der Interaktion aktuell im Vordergrund stehen, selektiv und gezielt zur Sprache. Dabei teilt der Therapeut sein Erleben ‚in Antwort‘ auf den Patienten nur so weit mit, als er erwarten kann, dass seine Intervention, mit der er sich partiell erkennbar macht, das jeweilige interpersonelle Geschehen für den Patienten transparenter werden lässt und potentiell entwicklungsförderlich ist.

Dabei betonen Interventionen im antwortenden Modus die Differenz von Selbst und Anderem, von Ich und Du und von innerer und äußerer Realität. Zugleich bewegt sich der Therapeut mit Interventionen im antwortenden Modus immer auch weg von der Tendenz des Patienten, ihn als Selbstobjekt zu verwenden, in Richtung auf Differenzierung und damit Progression, nicht auf Regression. Auch das Bedürfnis des Patienten, die andere Person für selbstregulative Zwecke zu verwenden und als Teilobjekt zu funktionalisieren, wird hier partiell dadurch frustriert, dass der Therapeut auch als Person mit eigenen Bedürfnissen und eigenen Grenzen in Erscheinung tritt. Zwar werden Selbstobjektbedürfnisse verstanden, aber zugleich steuert der Therapeut regressiven Übertragungen, die die Trennung von Selbst und Objekt aufheben wollen, entgegen. Dabei ist der Therapeut im Umgang mit den oft erheblich beeinträchtigten Patienten in besonderem Maße gehalten, auf Toleranzgrenzen zu achten, um zu verhindern, dass es zu weiter reichenden Labilisierungen ihrer regulativen Funktionen kommt.

Frau G. sprach beispielsweise häufig leise und nuschelnd mehr vor sich hin als Andere anzusprechen. Als Gegenüber fühlte man sich dazu genötigt, sich anzustrengen, um sie zu verstehen bzw. dazu, sich ganz auf sie zu konzentrieren. Im Alltag würde man diese Anstrengung wahrscheinlich nur sehr bedingt auf sich nehmen. So könnte eine Antwort auf dieses Verhalten im Sinne der interaktionellen Arbeitsweise beispielsweise lauten:

„Frau G., mich interessiert durchaus, was Sie zu sagen haben. Ich bin mir allerdings nicht ganz sicher, ob Sie überhaupt mit mir sprechen möchten, wenn Sie so leise vor sich hin reden. Wenn Sie Ihrerseits wollen, dass ich Sie verstehe und Ihnen antworte, würde ich es leichter finden, wenn Sie sich auch auf mich einstellen und etwas lauter sprechen.“

Vergleicht man die psychoanalytisch-interaktionelle Methode hinsichtlich der Anforderungen, die bei der praktischen Arbeit an das Verhalten des Psychotherapeuten gestellt werden, mit der analytischen Psychotherapie, stehen hier zwei Besonderheiten im Vordergrund: Während der Therapeut sich in der analytischen Psychotherapie häufig abwartend verhält, den Mitteilungen und Erzählungen des Patienten über mehr oder weniger weite Strecken hinweg wie absichtslos und schweigend zuhört, über den

gleichsam zwischen den Zeilen der Äußerungen des Patienten und seiner eigenen Gegenübertragungsfantasien und -gefühle verborgenen unbewussten Sinn Mutmaßungen anstellt und – soweit die psychoanalytische Behandlung im Couchsetting stattfindet – dabei den Blicken und der direkten Interaktion (Moser 2001) mit dem Patienten entzogen bleibt, ist der Psychotherapeut in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie *erkennbar* involviert. Er nimmt sicht- und hörbar an der direkten Beziehung und der unmittelbaren Interaktion mit dem Patienten teil. Dabei ist der Psychotherapeut darum bemüht, das Geschehen sowohl aus psychodynamischer Perspektive zu verstehen, als auch sich auf das interpersonelle Geschehen mit dem Patienten einzulassen und sich dabei als reflektierter Mitspieler an sozialer Interaktion anzubieten. Dazu muss der Psychotherapeut über gute interpersonelle Kompetenzen verfügen und bereit sein, in Interaktion mit dem Patienten auch expressiv und direkt zu sein und wenn nötig schnell zu reagieren. Durch diese Art und Weise, die therapeutische Beziehung mitzugestalten, wird in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie eine andere interpersonelle Beziehung als in der analytischen Therapie konstituiert, nämlich die zweier Akteure in interpersoneller Aktion.

Weil Patienten mit schweren Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit oder strukturellen Störungen mehr oder weniger weit reichende Schwierigkeiten haben, sich selbst und interpersonelle Beziehungen zu regulieren, zeigen sich die Beeinträchtigungen der Selbst- und der Beziehungsregulierung auch in der therapeutischen Beziehung. Die unvermeidlichen Frustrationen und Spannungen, die mit einer Behandlung notwendigerweise einhergehen, werden oftmals von heftigen Affekten und Impulsen beantwortet, ohne dass die Patienten sich sprachlich mitteilen könnten. Sie ‚agieren‘, stellen die Therapie in Frage, kündigen die therapeutische Beziehung auf, sind dicht davor, die Behandlung ganz abzubrechen und brechen die Therapie tatsächlich ab.² Um ihre Selbstregulierung aufrecht zu erhalten, drohen sie immer wieder zu Mitteln wie Alkohol und Drogen, zu selbstverletzendem Verhalten oder zu reizintensiven Ablenkungen wie Videospiele oder stundenlangem Fernsehen zu greifen.

Progressionsorientierte Therapie und der stationäre Rahmen

Wie kaum irgendwo sonst bietet sich im stationären Rahmen an, gleichzeitig die subjektive Erlebenswelt des Patienten und die Art seiner Teilnahme am sozialen Leben zu untersuchen. Hier lässt sich gleichsam aus der Nähe beobachten, *wie der Patient sich im Zusammensein mit Anderen und Andere im Zusammensein mit ihm verhalten*. Dabei lässt sich oft im Detail erkennen, wie er seine soziale Welt mit Anderen gestaltet, welche Mittel und Wege er dazu zur Verfügung hat und einsetzt und wie er seinerseits auf die Anwesenheit und auf bestimmtes Verhalten Anderer reagiert, auch wie Andere sich zu ihm einstellen, auf ihn reagieren und seine besonderen Verhaltensweisen beantworten und wie er wiederum auf dieses Verhalten der Anderen reagiert

² Insbesondere bei Patienten mit Borderline-Störungen wird von hohen Abbruchraten berichtet.

usw. Darüber hinaus lässt sich in den verschiedenen therapeutischen Settings untersuchen, *wie der Patient diese sozialen Realitäten erlebt*. Indem seine subjektive Seite, seine Impulse, Gefühle, Wünsche und Erinnerungen in Situationen im Hier und Jetzt verstanden werden, können begründete Mutmaßungen angestellt werden, in welchem Bedingungsverhältnis diese subjektive Seite zu seiner spezifischen Art der Teilnahme am sozialen Leben steht und wie umgekehrt seine Art der Teilnahme am sozialen Leben wiederum seine Gefühle, Konflikte und Fantasien prägt. In keinem anderen Setting kann dieses Zusammenspiel von psychischer Erfahrungswelt und sozialer Lebenswelt in so dichter Form untersucht werden und bieten sich potentiell so viele Gelegenheiten, nebeneinander und aufeinander abgestimmt, auf die intrapsychische und die interpersonelle Welt des Patienten therapeutisch Einfluss zu nehmen.

Auch bei Frau G. stellten sich ihre erheblich eingeschränkten Fähigkeiten zur Steuerung von Affekten und Impulsen und ihre Schwierigkeiten, sich ein Bild von Anderen zu machen, aber auch auf das eigene Verhalten zu blicken und sich selbst mit den Augen von Anderen zu sehen, besonders anschaulich im Miteinander auf der Station und in der Gruppentherapie dar. Ihre Äußerungen zielten hier fast ausschließlich darauf ab, Andere dazu zu veranlassen, sie schonend und umsorgend zu behandeln. Sie zeigte keinerlei Interesse für die Anderen, noch dafür, wie Andere sie sehen und zu ihr eingestellt sind. Spannungen oder potentielle Konflikte im Verhältnis zu Mitpatienten beantwortete sie mit den geschilderten Verhaltensweisen wie Sturzanfällen, Selbstverletzungen oder Klagen über körperliche Beschwerden.. Dabei führte ihre habituelle Neigung, ihrem Gegenüber zuzustimmen, immer wieder zu dem Eindruck, dass sie kaum verstanden hatte, was ihr jeweils angetragen wurde. Gelegentlich tauchten Zweifel auf, ob sie nicht debil sei.

Die Mitpatienten in der Gruppe ließen Frau G. nach einer Weile gleichsam links liegen, sprachen sie nicht mehr an, verschonten sie gleichzeitig aber auch mit konfrontativen Äußerungen.

Dazwischen verhielt Frau G. sich allerdings immer wieder einmal auf eine Weise, die zu der Frage Anlass gab, ob sie nicht doch mehr verstand, als man ihr zutraute.

Um Frau G. im Hinblick auf die Entwicklung und Nachentwicklung selbst- und beziehungsregulierender Funktionen mit psychotherapeutischen Mitteln zu unterstützen, wurden Anforderungen an das Verhalten der Patientin gestellt, wie sie in der psychotherapeutischen Klinik an erwachsene Patienten generell gestellt werden. Statt sie zu behandeln, als sei sie minderbegabt oder behindert, wurde gleichsam unterstellt, dass sie über Möglichkeiten und Fähigkeiten verfügt, sich zu einer in jeder Hinsicht zurechnungsfähigen jungen Frau zu entwickeln, die für ihr Verhalten selbst verantwortlich ist. Mit dieser Ausrichtung der Therapie wurden grundlegende Erwartungen an die Patientin gerichtet, Funktionen und Fertigkeiten zu entwickeln, wie sie von erwachsenen Personen erwartet werden, die am sozialen Alltagsleben teilnehmen oder teilnehmen wollen.

In diesem Sinne erläuterten wir der Patientin, dass wir und weshalb wir ihr trotz der körperlichen Beeinträchtigungen keine Sonderbehandlung zukommen lassen würden, sondern erwarteten, dass sie trotz dieser Einschränkungen ernsthafte Schritte unternehmen würde, sich den für die Behandlung geltenden Rahmenbedingungen anzupassen und sich wie eine erwachsene Person auf eigene Beine zu stellen und selbstverantwortlich zu handeln. Dabei würden wir sie – so die der Patientin angetragene Verabredung – unterstützen, auch dabei, etwaige Unlust- und Spannungszustände aushalten zu lernen, würden ihr die zu erwartenden Frustrationen aber nicht abnehmen.

Zum Abschluss des Gespräches, in dessen Verlauf Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die therapeutische Arbeit mit der Patientin verhandelt wurden, konfrontierte der Therapeut sie mit der Frage, ob sie nun in einem nächsten Schritt wieder umfallen werde. Das wies Frau G. entschieden zurück. Einer Mitarbeiterin berichtete sie im Anschluss an das Gespräch, sie werde sich nun erst recht anstrengen, nicht mehr umzufallen. Tatsächlich gelang ihr das – zu diesem Zeitpunkt ungewohnt – dann auch bis zum nächsten Tag.

Alle therapeutischen Mitarbeiter, die mit Frau G. zu tun hatten, verhielten sich in dieser Weise wie einer erwachsenen Frau gegenüber, die derzeit zwar beeinträchtigt, aber nicht behindert ist. Obwohl die Patientin weit davon entfernt war, sich wie eine für das eigene Verhalten verantwortliche erwachsene Person zu verhalten, wurden ihre Schwierigkeiten und Probleme, die ihre alltägliche Lebensgestaltung betrafen, ihr Verhalten in sozialen Situationen, ihr Umgang mit sich selbst oder ihr Verhalten im Kontakt mit Anderen, nicht hingegenommen bzw. nicht *für* sie erledigt, sondern wurden mit ihr mit dem Ziel aufgegriffen, sie dabei zu unterstützen und Funktionen zu entwickeln und auszuüben, die sie befähigen würden, sich selbst mit den Augen von Anderen zu sehen, sich ein Bild von anderen Personen in ihrer Umgebung zu machen oder die Wirkung ihres eigenen Verhaltens auf Andere zu antizipieren.

Langsam stellten sich erste günstige Auswirkungen ein, und die Häufigkeit von Sturzanfällen, von körperlichen Symptomen und von selbstverletzendem Verhalten nahm allmählich ab.

Antwortende Interventionen

In der **Einzeltherapie** wurden die Gespräche mit der Patientin entsprechend dem antwortenden Modus geführt. Hier stand das Bemühen im Vordergrund, die gemeinsame Aufmerksamkeit vorrangig auf die vielen kleinen Situationen zu richten, in denen die Patientin Therapeuten und andere Personen in ihrer Umgebung entweder ausdrücklich dazu aufforderte, sie zu schonen oder ihr anstehende Anforderungen abzunehmen, ebenso auf ihr hilfesuchendes Verhalten, sich dabei etwas minderbegabt und unbedarft präsentierend, durch das sie zu versuchen schien, Andere dazu zu bewegen,

sich um sie zu kümmern bzw. die Aktivität in der Gestaltung des Kontaktes zu übernehmen.

So bediente sich die Patientin einer typischen Ausdrucksweise, mit der sie ihr Gegenüber indirekt aufforderte, für sie tätig zu werden und ihr mögliche Lösungen für ihre Fragen anzubieten. Sie gab sich ratlos, unwissend, bemüht, aber unfähig – und forderte so ihre Therapeutin implizit dazu auf, die Probleme, die sie scheinbar beschäftigten, für sie zu lösen. Stattdessen sagte die Therapeutin im Sinne des antwortenden interaktionellen Modus bei passender Gelegenheit:

„Sicherlich habe ich eine Meinung dazu. Ich rechne aber damit, dass Sie sich meiner Meinung unkritisch anpassen, wenn ich Ihnen die sage. Deswegen möchte ich meine Sicht der Dinge eigentlich erst einmal für mich behalten. Ich würde Sie aber gerne dabei unterstützen, das Für und Wider einmal selbst abzuwägen.“

In einer anderen Situation empörte die Patientin sich darüber, dass einige Mitpatienten auf der Station sich wenig darum scherten, dass Sie doch krank sei und der Schonung bedürfe. Schließlich sei ja bekannt, dass sie umfalle, wenn ihr etwas zu viel würde. Dennoch würden Mitpatienten an ihr Kritik üben.

Je nach dem, auf welche strukturellen Einschränkungen in dieser Phase der Therapie die gemeinsame Arbeit ausgerichtet sein soll, könnte die Therapeutin beispielsweise antworten:

„Wie kommen Sie darauf, die Anderen wüssten, dass Ihnen etwas zu viel ist?“

Würde die Therapeutin so intervenieren, würde sie darauf fokussieren, dass die Patientin hier wie selbstverständlich davon ausgeht, andere Personen in ihrer Umgebung wüssten oder müssten doch wissen, wie es um sie bestellt ist, auch ohne dass sie selbst sich Anderen verständlich machen muss.

Die Therapeutin könnte im antwortenden Modus auch darauf fokussieren, dass die Patientin in regressiver Weise zu erwarten scheint, dass ihre Beeinträchtigungen von anderen Personen zur Richtschnur ihres Verhaltens genommen werden, statt sich darum zu bemühen, ihre Einschränkungen zu überwinden:

„Ich habe mir gerade vorgestellt, ich würde Ihnen meinerseits gerne etwas Kritisches sagen wollen Es ist nicht angenehm bei jedem kleinen Lufthauch damit rechnen zu müssen, dass Sie umfallen. Langfristig würde das bei mir dazu führen, dass ich mich von ihnen eher etwas distanzieren, und zwar aus dem Grund, weil ich finde, dass es in einer guten Beziehung möglich sein sollte, dem Anderen gelegentlich auch etwas Kritisches mitzuteilen.“

So bieten sich in der stationären Therapie besondere Möglichkeiten, das Feld der Klinik als therapeutischen Raum für die Bearbeitung von interpersonellen Problemen zu nutzen. In den vielfältigen sozialen Situationen des klinischen Alltags, in denen die Patienten sich im Kontext des Verhaltens eines Gegenübers verhalten müssen, können sie bisher vermiedene Verhaltensweisen riskieren oder neue ausprobieren und ihre interpersonellen Erfahrungen zugleich und immer wieder in den verschiedenen

therapeutischen Settings zur Bearbeitung aufnehmen. In diesem Sinne kann der Alltag in der Klinik als sozialer ‚Spielraum‘ genutzt werden, als ein Bereich, der nicht nur der psychischen Realität oder Fantasie zuzurechnen, aber auch nicht nur äußere Realität ist (Winnicott 1987). Hier gelten Regeln des sozialen Alltagslebens, ohne dass die Patienten schon mit den Ernstfallbedingungen des gesellschaftlichen Alltags rechnen müssten – gleichsam ein Feld der vorläufigen Teilnahme am sozialen Alltagsleben.

Therapieergebnis

Nach fünfmonatiger stationärer Behandlung war Frau G. frei von körperlichen Symptomen. Sie konnte auf ihr selbstverletzendes Verhalten verzichten und musste auch in krisenhaften Situationen nicht mehr darauf zurückgreifen. Inzwischen maß sie der Frage, wie sie in ihrer sozialen Umwelt verankert war, weit mehr Bedeutung bei und beschäftigte sich häufiger damit, wie sie wohl von Anderen gesehen wird, ihr eigenes Verhalten auf Andere wirkt und welche Handlungsbereitschaften das Verhalten Anderer bei ihr weckt. Sie hatte 18 kg an Gewicht abgenommen und legte deutlich mehr Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild, auch weil ihr bewusst geworden war, dass sie mit ihrem Auftreten Einfluss auf das Verhalten Anderer nehmen kann. Im Zusammensein mit Anderen war sie zudem mehr in der Lage, sich auf ihr jeweiliges Gegenüber auszurichten, ohne sich unterwerfen zu müssen. Eine Neigung, sich dem jeweiligen Gegenüber anzupassen, blieb indessen bestehen.

Während es der Patientin zuvor nur sehr schwer möglich war, alleine zu sein, konnte sie das inzwischen besser aushalten. Auch Frustrationen konnte sie inzwischen besser tolerieren.

Eineinhalb Jahre nach Abschluss der stationären Behandlung beschrieb Frau G. vergleichsweise differenziert unterschiedliche Facetten ihrer Beziehungen zu Anderen. Sich selbst erlebt sie unabhängiger und eigenständiger als jemals zuvor. Bei Aufnahme in die Klinik noch Patientin in einer geschützten Einrichtung für behinderte psychisch Kranke konnte sie eine Ausbildung zur Bürokauffrau erfolgreich abschließen und wurde angesichts ihrer guten beruflichen Leistungen in eine feste Anstellung übernommen. Inzwischen hat sie verschiedene soziale Kontakte geknüpft, die unterschiedliche Bedeutung für sie haben. Sie kann heute recht genau prüfen und entscheiden, auf wen sie sich jeweils wie und wie weit einlässt. Als die Beziehung zu einem gleichaltrigen Mann in die Brüche geht, übersteht sie das, ohne psychisch zu dekomensieren und kann mit therapeutischer Unterstützung darüber reflektieren, was – auch auf ihrer eigenen Seite – dazu beigetragen hat, dass die Beziehung gescheitert ist.

Literatur

- Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*. New York: Norton.
- Fürstenau, P. (1977). Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell Ich-gestörten Patienten. *Psyche*, 31, 197-207.
- Gabbard, G. O. (2010). *Psychodynamische Psychiatrie*. Giessen: Psychosozial.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 29, 1-14.
- Moser, U. (2001). "What is a Bongaloo, Daddy?" Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel "früher Störungen". *Psyche*, 55, 97-136.
- OPD (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Hrsg. vom Arbeitskreis OPD. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Streck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streck, U. & Leichsenring, F. (2009). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Winnicott, D. W. (1987). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Die Beziehungsepisode als Zugang zur Psychodynamik

Manfred Cierpka

Zusammenfassung

Unter Narrativen werden in der Psychotherapie meistens autobiographische Ereignisse verstanden, die der Patient erzählt. Ziel der psychodynamischen Therapie ist es, das psychische und körperliche Leiden mit bestimmten Ereignissen und Episoden aus dem Leben des Patienten zu verknüpfen. Die Beziehungserfahrungen können in den Erzählungen dieser Ereignisse sichtbar gemacht werden. Besonders festgefügte, repetitive Erfahrungen verdichten sich in Erzählepisoden. Klinisch dienen diese erzählten Beziehungsepisoden als Material, z.B. zur Analyse der Übertragungsbereitschaften des Patienten. Klinisch orientierte Instrumente versuchen inzwischen die Übertragungsdynamik zu objektivieren. Am bekanntesten wurde die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas. Beispielhaft wird ein Narrativ einer Patientin vorgestellt und dann mit der Achse 2 „Beziehungen“ der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik evaluiert, die eine Analyse von Übertragung und Gegenübertragung erlaubt.

Schlüsselwörter

Narrativ, Erzählen in der Psychotherapie, Übertragungsforschung, Zentrales Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT), Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Psychische Erkrankungen sind „Beziehungskrankheiten“, insofern gilt das interpersonelle Verhalten seit Sullivan (1953) als zentraler Aspekt für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen. Viele Patientinnen und Patienten leiden unter ihren Beziehungen, manche Personen auch unter deren Beziehungsverhalten. Ziel der psychodynamischen Therapie ist es, das psychische und körperliche Leiden mit bestimmten Ereignissen und Episoden in den Beziehungen des Patienten zu verknüpfen, um zu einem Verständnis der Entstehung und einer möglichen Veränderung des Leidens zu kommen. Leidvolle Beziehungserfahrungen werden in Erzählungen von bedeutsamen Ereignissen sichtbar. Besonders festgefügte, repetitive Erfahrungen verdichten sich in Erzählepisoden. Klinisch dienen diese erzählten Beziehungsepisoden als Zugang zur Psychodynamik des Patienten.

Die Biographie des Menschen ist eine Art innere Erzählung, die aus vielen „Geschichten“ oder „Narrativen“ besteht. Wenn Psychotherapeuten etwas über jemanden erfahren wollen, fragen sie den Patienten nach seiner Geschichte. Der Patient beginnt zu erzählen (Schafer, 1980). Boothe (1994; 2011) bezeichnet das Erzählen in diesem Zusammenhang als „Narratives Modellieren“. Sie unterscheidet verschiedene Funktionen des Erzählens beim Erzähler.

Durch die im Narrativ in Sprache gefassten Erfahrungen wird die Autobiographie und die subjektive Lebensgeschichte entwickelt. Wenn der Patient seine in Worte gefasste Geschichte berichtet, beginnt er seine Lebensgeschichte zu reflektieren, auch die vorher verdrängten Erinnerungen und Affekte. Das Erzählen und Wiedererzählen führt dann zu einem Veränderungsprozess, zu dem es dadurch kommt, dass man die Lebensgeschichte im gemeinsamen psychotherapeutischen Prozess mit dem Therapeuten neu verstehen lernt. Im Verlauf der Psychotherapie wird - mit der Wiederkehr des Verdrängten - die Erzählung transformiert, in den therapeutischen Kontext eingeordnet und in der therapeutischen Beziehung neu belebt. Die Narrative treffen dann auf eine in der Kontinuität der Behandlung veränderte verinnerlichte Denk- und Gefühlsstruktur, entsprechend werden die „alten“ zu „neuen“ Geschichten.

So verstanden macht der Vorgang des Erinnerns an Narrative, das Erzählen, das gemeinsame Herausarbeiten der Geschichte, wie es Brigitte Boothe in ihren Büchern beschrieben hat (Boothe, 1994; 2011), einen Teil des psychotherapeutischen Prozesses aus. Psychotherapie wird hier als ein interaktiver Prozess verstanden, weil die Patienten und die Therapeuten gemeinsam an der Beschreibung und Erarbeitung von Stories oder Narrativen beteiligt sind. Narrative in der psychotherapeutischen Sitzung sind also, per definitionem, interaktionelle Einheiten, die sich z. B. im gemeinsamen Dialog konstituieren können. Diese Narrative werden in der psychotherapeutischen Sitzung nicht nur rekonstruiert, sie werden auch gemeinsam konstruiert.

Es gibt verschiedene Definitionen des Narrativs. Angus und Hardtke (1994) gründen ihre Unterscheidung von drei verschiedenen Definitionen von Narrativen in der Psychotherapie auf eine Literaturübersicht.

- Der Begriff „Narrativ“ bezieht sich auf die einzelnen Geschichten, die ein Patient während einer Therapiesitzung als autobiographisches Material berichtet. In der Psychotherapie versteht man meistens unter Narrativen diesen Sachverhalt.
- Wenn man alle Geschichten zusammenfassen möchte, kommt man zu einem zentralen Thema, das man auch als das „Narrativ“ bezeichnen kann.
- Der Begriff des „narrativen Prozesses“ wird benutzt, um den affektiv-kognitiven Prozess zu beschreiben, dem Patienten in der Psychotherapie unterliegen, wenn sie sich selbst und ihre Beziehungen mit anderen verstehen möchten.

Von Angus, Hardtke und Levitt (1992) wurde auch ein Ratingmanual erarbeitet, mit dem der narrative Prozess in der Psychotherapie nachvollzogen werden kann. Im deutschsprachigen Raum beschäftigt sich Brigitte Boothe seit vielen Jahren mit der

Erzählanalyse in der Psychotherapie. Im o.g. Buch entwirft sie eine Untersuchungstechnik, die die Dramaturgie des Erzählens in der Psychotherapie erkennbar macht (Boothe, 1994).

Übertragung und Beziehung

Strupp und Binder (1984) meinen, dass sich die Strukturen des psychotherapeutischen Prozesses in der Konstruktion von Geschichten oder Narrativen zeigen. Wenn Patienten Geschichten über ihre Therapeuten erzählen, oder auch von Erfahrungen und Handlungen mit anderen berichten, kommen sie in ein mehr oder weniger stabiles Muster eines situationsabhängigen Affektzustands, der bestimmte Wahrnehmungen von Wünschen, von Handlungen, die mit dieser Erfahrung zusammenhängen, beinhaltet. Freud (1912) sprach in diesem Zusammenhang bekanntermaßen von Übertragung. Er legte vor mehr als acht Jahrzehnten eine Reihe von Überlegungen über Beziehungsmuster dar, die ihn zur Annahme der Existenz von individuellen und sehr spezifischen, wiederkehrenden Erfahrungen in Beziehungen veranlassten:

Anscheinend illustrieren Patienten ihre persönlichen Beziehungserfahrungen in für sie typischen Kurzgeschichten, in denen sich ihre Erfahrungen wie „Klischees“ abbilden, die „regelmäßig wiederholt, neu abgedruckt“ werden (Freud, 1912, S. 364ff).

Diese Definition der Übertragung beinhaltet, dass das Individuum eine Tendenz hat, die subjektiv verarbeiteten Erfahrungen - auch konflikthafter Natur - in zwischenmenschlichen Beziehungen erneut zu realisieren. Diese Bereitschaft zu bestimmten Beziehungsgestaltungen haben wir als sog. *Übertragungsbereitschaft* (Geyer et al., 1993) definiert. Genauer gesagt muss man von einem individuumspezifischen Repertoire von Übertragungsbereitschaften ausgehen, quasi von einem Set von Möglichkeiten, die Beziehungen zu den Mitmenschen zu gestalten.

Luborsky (1990) sah diese klischeehaften Erfahrungen in eine individuelle Übertragungsschablone eingebettet. Diese Übertragungsschablone lässt sich folgendermaßen kennzeichnen:

- Jeder Patient hat ein spezielles Übertragungsmuster.
- Das Übertragungsmuster setzt sich aus einem unbewussten und einem bewussten Teil zusammen.
- Das Übertragungsmuster wurzelt „in einer Kombination von angeborener Veranlagung und frühen Kindheitserlebnissen“; d.h. das Muster leitet sich teilweise aus der frühkindlichen Beziehung zu den Eltern ab.
- Das Muster wird ständig wiederholt - neu aufgelegt - im Leben eines Menschen.
- Das Muster ist Veränderungen sicher nicht gänzlich unzugänglich.
- Die Beziehung mit dem Therapeuten entwickelt sich im Laufe der Behandlung entsprechend dem generellen Übertragungsmuster.

Die psychodynamische Diagnostik basiert u.a. auf dem Arbeitsmodell (Peterfreund, 1983), dass in der Therapeut-Patient-Beziehung vom Patienten unbewusst ein zentrales Beziehungsmuster induziert wird, das dem Therapeuten eine bestimmte Rolle zuweist. Der Patient neigt dazu, dem Therapeuten die Rolle einer signifikanten Bezugsperson, des 'significant other', zuzuweisen, mit dem er die unbewussten Konflikte in der Beziehung wiederholt. Dieser repetitive Vorgang beschreibt den Wiederholungsaspekt der sich konstituierenden Übertragung des Patienten auf den Therapeuten. Die neurotische Übertragung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient selektiv auf einen bestimmten Aspekt des Verhaltens und der Persönlichkeit bei Anderen (und besonders beim Therapeuten) achtet und sich unbewusst so verhält, dass er bei anderen Menschen tatsächlich offene und versteckte Reaktionen hervorruft, die sich mit seinem Standpunkt und seinen Erwartungen decken (in Anlehnung an Gill & Hoffman, 1982). Hierbei handelt es sich oft um kompromisshaftes Verhalten, in das sowohl Wünsche, Impulse, als auch Ängste und Befürchtungen der Betroffenen eingehen.

In zwischenmenschlichen Beziehungen kann der neurotische Verzerrungsmoment in der Übertragung des Patienten dazu beitragen, dass für ihn maladaptive Interaktionssequenzen entstehen, persönliche Erwartungen von vornherein zum Scheitern verurteilt sind, und eine negative Selbsteinschätzung resultiert (Strupp & Binder, 1984). Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, einen interpersonellen Rahmen zu schaffen, um innerhalb der Therapeut-Patient-Beziehung eben nicht wie erwartet zu reagieren, dem Patienten seine Übertragungsbereitschaft zu deuten, und ihm zu neuen Erfahrungen in einer geschützten Beziehung zu verhelfen.

Mit dieser Definition der Übertragungsbereitschaft werden wiederum interpersonelle Aspekte betont. Die Wahrnehmung und Inrechnungstellung induzierter Verhaltensweisen beim Gegenüber können unter einem weiten Gegenübertragungsbegriff subsummiert werden (Gill, 1979; Gill, 1982; Gill & Hoffman, 1982; Thomä & Kächele, 1985). Wenn man sowohl die Übertragungs- als auch die Gegenübertragungsreaktionen als interaktive Strategien auffasst, führt dies zu Vorstellungen über bestimmte Beziehungskonstellationen, die sich aus den Interaktionsmustern bilden lassen. Krause und Mitarbeiter definieren Übertragung als „einen spezifischen Satz von Verhaltensweisen, mit denen Sozialpartner dazu gebracht werden, sich konkordant zu spezifischen unbewussten Erwartungen zu verhalten“ (Hans, Krause & Steimer, 1986). Hiermit ist das angesprochen, was König (1982) als den interaktionellen Anteil der Übertragung beschreibt. Übertragungsprozesse, die unbewusste Wünsche im Rahmen von bestimmten Beziehungen interaktiv verwirklicht sehen wollen, tragen dazu bei, ob eine Interaktion für die Sozialpartner befriedigend verläuft oder nicht.

Diese strukturierenden Übertragungsbereitschaften gestalten das Lebensskript mit (vgl. Schank & Abelson, 1977). Wenn diese Übertragungsbereitschaften für den Patienten zu unglücklichen Beziehungen und damit zu Lebensproblemen führen, können sie zum Gegenstand in der Psychotherapie werden. Das Lebensskript findet über die Geschichten und Erzählungen Eingang in die Psychotherapie. Als Patient

lernt man die eigene Übertragungsbereitschaft verstehen, die zu den leidvollen Beziehungsgestaltungen beiträgt.

Das Narrativ und das Zentrale Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT)

Die empirische Untersuchung von Übertragungsbeziehungen in den Narrativen wurde durch die Studien von Luborsky (1976, 1977) international sehr gefördert; er entdeckte, dass in Narrativen ein zentrales Beziehungskonfliktmuster zu erkennen ist. Einzelne Beziehungsepisoden, wie Luborsky die Narrative im Text nennt, dienen als Datenbasis zum Erfassen des zentralen Beziehungskonfliktthemas. Durch das Zusammenfassen der einzelnen Geschichten zu der "einen" Geschichte, also zum zentralen Thema des Patienten in seiner Beziehungsgestaltung, kommt sowohl die erste als auch die zweite Definition des Narrativs von Angus und Hardtke (1994) zur Anwendung.

Das 'Core Conflictual Relationship Theme' (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, deutsch: 'Das Zentrale Beziehungskonflikt-Thema'; Kächele & Albani, 1991) ist ein methodisches Instrument, das in der Operationalisierung dem Freud'schen Übertragungskonzept am nächsten kommt. Um die Übertragungsbereitschaften erfassen zu können, identifiziert der Diagnostiker in den Erzählepisoden des Patienten drei Komponenten, die nach einem sequentiellen Ablaufschema konzipiert sind: der Wunsch, die Reaktion des Objekts, und die Reaktion des Selbst.

Ein auf den Beziehungspartner gerichteter *Wunsch* eines Subjekts ruft eine wie auch immer geartete *Reaktion des Objektes* hervor, die wiederum von einer wie auch immer gearteten *Reaktion des Subjektes bzw. des Selbst* gefolgt wird. Die Grundannahme des Verfahrens beruht auf der Vorstellung, dass die Schilderung von Beziehungserfahrungen in den Erzählungen des Patienten erscheinen und dort „wie eingetragene Klischees“ sichtbar gemacht werden können. Deshalb werden in den Erzählepisoden des Patienten die häufigsten W-, RO- und RS-Komponenten identifiziert und dann zu einem sog. „maßgeschneiderten“ Zentralen Beziehungskonflikt-Thema formuliert.

Das Auffinden einer Beziehungsepisode wird dadurch erleichtert, dass ein Narrativ häufig einen Anfangs-, Mittel- und Endteil besitzt. Die Absicht, eine Geschichte zu erzählen, wird oft durch konventionelle, stereotype Merkmale signalisiert, wie z.B. durch eine relativ lange Pause, den Übergang zu einem neuen Thema oder sogar durch eine direkte Einleitung. Eine solches Narrativ dient häufig dazu, eine Beobachtung an sich selbst oder an einer anderen Person zu erklären.

Einleitende Bemerkungen machen es dem Beurteiler einfacher, den Anfang einer Beziehungsepisode zu erkennen:

- Patient: „(Pause) Äh... ich erinnere mich da an einen anderen Vorfall...“

oder

- Patient: „Ich möchte Ihnen etwas erzählen, was mir passiert ist...“

Ausdrücke wie „so wie“ oder „zum Beispiel“ werden manchmal am Beginn eines Narrativs benutzt. Der Patient deutet damit an, dass er eine Illustration oder analoge Darstellung von Beziehungen gibt.

Die Narrativforschung mit der Beziehungssachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)

Auch die OPD-2 Beziehungssachse versucht, die dysfunktionalen bzw. maladaptiven Beziehungsmuster des Patienten abzubilden. Die Grundstruktur der OPD-Beziehungssachse bildet den zirkulären bzw. transaktionellen Charakter menschlicher Interaktion (also das Wechselspiel von subjektivem Erleben und Antwort der Umwelt) ab. Es wurde ein Rahmen entwickelt, der das subjektive Erleben von Patienten sowohl in Bezug auf die eigene Person, als auch auf relevante Bezugspersonen auf einer ersten Ebene erfasst. Auf einer zweiten Ebene ist es möglich, auch das Erleben dieser anderen (Bezugspersonen, Interviewer) abzubilden: Wie wird der Patient vermutlich aus der Sicht seiner Objekte bzw. aus der Sicht des Untersuchers erlebt und welche Impulse löst er im Gegenüber aus? Die Konstruktion des OPD-Instruments ergibt sich dementsprechend aus den folgenden zwei Perspektiven: Wie erlebt sich der Patient selbst in den Beziehungen? Eingeschätzt wird vom Untersucher das vom Patienten realisierte Beziehungsverhalten gegenüber anderen Menschen und wie erlebt der Patient das Beziehungsverhalten anderer?

Auch der Therapeut schätzt sein Übertragungs- und Gegenübertragungserleben in diesen beiden Perspektiven ein: Wie erlebt der Therapeut die Beziehungsaufnahme durch den Patienten? Wie erlebt sich der Therapeut selbst in der Beziehung zum Patienten?

Die OPD-Beziehungssachse stellt zur Beurteilung des Beziehungserlebens in diesen unterschiedlichen Perspektiven Items bereit, mit deren Hilfe die Vielfalt menschlicher Verhaltensmöglichkeiten in Beziehungen einigermaßen repräsentativ erfasst werden kann.

Die zur Beurteilung von Interaktionsverhalten herangezogenen Kategorien entstammen der Tradition der interpersonellen Kreismodelle, die menschliches Verhalten auf den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle abbilden (Benjamin, 1974; Kiesler, 1983, 1996; Leary, 1957).

Durch die Integration der verschiedenen Erlebensebenen ist es möglich, habituelles Beziehungsverhalten von Patienten zu beschreiben, wobei der Schwerpunkt auf dysfunktionalen Mustern liegt, wie sie häufig Thema oder Fokus in Psychotherapien sind.

Falldarstellung

Eine 33-jährige Patientin kam wegen ihrer seit 12 Jahren bestehenden Bulimia nervosa und erheblichem Laxantienabusus in stationäre psychosomatische Behandlung. Ihre Psychotherapeutin, bei der sie sich seit einem Jahr in psychodynamischer Einzelpsychotherapie befand, hatte sie überwiesen. Im Erstgespräch ließ sich der Schweregrad der Symptome nach den Items der OPD-Achse 1 als mittelgradig einschätzen. Sie zeigte hohen Leidensdruck. Ihr Krankheitskonzept war psychologisch begründet, sie war für eine psychotherapeutische Behandlung mit emotional-supportiven und reflektierend-analytischen Inhalten hoch motiviert. Die Prognose für die Therapie erschien aufgrund der guten persönlichen und psychosozialen Ressourcen günstig.

Zur Formulierung der dysfunktionalen habituellen Beziehungsdynamik der OPD-Achse 2 ist die folgende im Interview von der Patientin erzählte Beziehungsepisode wichtig. Im Transkript sind die für die Itembestimmung relevanten Textpassagen unterstrichen. In Klammern stehen die Items und die entsprechenden Itemnummern, sowie die Zuordnung zu einer der vier Perspektiven Selbst (S), Andere (A), Übertragung (Ü) oder Gegenübertragung (GÜ).

P: „Ich hab immer versucht, Liebe und Anerkennung von meinem Vater zu bekommen. Durch alles Mögliche, ich habe wirklich nichts unversucht gelassen (S 7), weder als Kind noch als Jugendliche. Ich war super gut in der Schule; es war egal. Ich bin sitzen geblieben; es war egal. Ich hab, weiß nicht, Vorlesewettbewerbe gewonnen; es war egal. Ich hab Mist gemacht – es war alles egal immer, es kam so gar keine Reaktion (A 16).

C: Können Sie mir ein Beispiel geben dafür? Eine bestimmte Episode.

P: Also was mich am meisten getroffen hat, das ist noch was relativ Nahes. Ich hab Fachabitur gemacht und war die Beste in der ganzen Stadt mit 1,1, und hab da mit Handschlag vom Bürgermeister und einer Feier ...und hab mir halt gewünscht, dass meine Eltern da hinkommen. Aber sie sind halt einfach nicht gekommen (A15). Haben auch nicht abgesagt (A 16). Also das war so ...was das mich sehr...

C: Haben Sie sie eingeladen?

P: Ja, natürlich. Klar.

C: Hatten Sie sie darauf hingewiesen, dass Ihnen das wichtig ist? Können Sie mir das ein bisschen näher schildern, wie Sie das machen?

P: Also ich hab halt angerufen und gesagt, dass da diese Feier ist, dass da so ein Essen ist, und die anderen auch mit ihren Eltern kommen, und dass ich mich freuen würde, wenn sie auch kommen.

C: So haben Sie es gesagt.

P: Ja, ganz normal formuliert.

C: Und mit wem haben Sie gesprochen?

P: Mit meiner Mutter. Die Kommunikation zu meinem Vater lief auch immer über meine Mutter.

C: Und die Mutter hat dann was gesagt am Telefon?

P: Dass sie denkt, sie kommen. Also das war so zehn Tage vorher, da mussten wir halt Bescheid geben, ob da noch jemand mitkommt.

C: Und dann?

P: Sind sie einfach nicht gekommen (A 15).

C: Und dann haben Sie nachgefragt, wahrscheinlich?

P: Danach dann - also vorher hatte ich nicht mehr nachgefragt, weil ich dachte, es wäre klar gewesen. Es war nicht Boshaftigkeit oder so von mir, dass ich da nicht noch mal nachgefragt habe; mir war das ja selbst so wichtig, und irgendwie war das in meinem Kopf so, dass das für sie auch wichtig sein müsste, weil – eigentlich habe ich das ja nur gemacht, um ihnen zu gefallen (S 26). Und dann hab ich nachgefragt, und dann hatten sie es halt „ganz vergessen“ gehabt (Pat. schlägt sich mit Hand auf die Stirn) (A 16). Und das konnte ich damals nicht verstehen, und das kann ich auch bis heute nicht verstehen. Wie man so was vergessen kann, find ich komisch.

C: Was passiert dann in Ihnen?

P: Da hatte ich dann so das Gefühl: egal was ich mache, es ist einfach nicht gut genug (S 27). Ich werde diese Liebe oder Anerkennung von meinem Vater einfach nicht bekommen. Ich kann mir das Bein ausreißen (S 7), und es interessiert ihn nicht (A 16).

C: Das macht Sie traurig?

P: Ja.

C: Mhm.

P: Ich kann mich schon fast nicht mehr entscheiden, ob ich traurig oder wütend bin.

C: Es ist beides, Sie sind auch wütend.

P: Ja. Auch ein bisschen wütend. Genau das ist auch das Gefühl, das ich zulasse seit ich hier bin. Vorher war ich immer nur traurig. Oder so verständnislos, ich hab's einfach nicht verstanden.

C: Es klingt auch so, als ob Sie immer versucht hätten es noch besser zu machen.

P: Ja (S 7).

C: Um es vielleicht doch noch zu erhalten, diese Aufmerksamkeit und Zuwendung“.

Der Therapeut erlebte die Patientin in dieser Episode als sehr angepasst (Ü 26) und sich übermäßig selbst entwertend (Ü 27). Sie vermied trotz des Enttäuschungsgefühls

eine aggressive Reaktion (Ü 6). Beim Therapeuten selbst entstand das Gefühl, die Patientin trösten und sie unterstützen zu wollen (GÜ 7). Es kam bei ihm aber auch die Befürchtung auf, ihr nicht wirklich zu genügen. Damit gingen Impulse einher, sich zu distanzieren (GÜ 32) und das Interesse an ihr zu verlieren (GÜ 16).

Die nach den Vorgaben der OPD erarbeitete beziehungs-dynamische Formulierung ergibt das folgende maladaptive Beziehungsmuster für die Patientin: „Die Patientin kümmert sich sehr um andere, wird aber immer wieder im Stich gelassen und ignoriert. Sie reagiert dann häufig darauf mit verstärkter Anpassung und Harmonisierung. In der Übertragung wird ihre Selbstentwertung deutlich, was bei anderen dazu führen kann, dass sie nicht wahrgenommen wird. Dies kann im Zirkelschluss bei ihr dazu beitragen, dass sie sich wiederum im Stich gelassen fühlt“.

Zur Erforschung von Narrativen mit dem ZBKT und der OPD-2

Erzählepisoden können anhand der Verbatim-Transkripte aber auch auf der Basis von Videobändern analysiert werden (Zander, Strack, Cierpka, Reich & Staats, 1995). Im Beziehungsepisoden-Interview, das der Generierung von Erzählepisoden dient, (vgl. Dahlbender et al., 1993), kann man die folgende standardisierte Instruktion geben:

„In diesem Gespräch geht es um Ihre Beziehung zu anderen Menschen. Bitte erzählen Sie mir Begebenheiten aus Ihrem Leben, in welchen Sie mit einer anderen Person zu tun hatten. Jede Ihrer Erzählungen sollte einen speziellen Vorfall, eine konkrete Situation oder Szene behandeln, die auf irgendeine Art und Weise für Sie im Positiven wie im Negativen von besonderer Bedeutung gewesen ist. Es sollten Ereignisse mit verschiedenen Personen sein, sowohl aus der Gegenwart als auch aus der Vergangenheit. Bei jeder Begebenheit sagen Sie mir bitte, wann und mit wem sie sich ereignete, was sie sich von der anderen Person gewünscht haben, was die andere Person sagte oder tat, und was Sie selbst sagten oder taten, und wie die Geschichte schließlich ausging“.

Einige Ergebnisse aus der Narrativ-Forschung mit dem ZBKT

Luborsky, Barber und Diguier (1992) berichten zusammenfassend über formale Kriterien der Narrative, die sie als Beziehungsepisoden in Therapien identifizierten. Sie stellen fest, dass

- die Beziehungsepisoden reliabel innerhalb von Psychotherapiesitzungen identifizierbar sind,
- die Patienten in der Regel zwischen 4 und 7 solcher Beziehungsepisoden in der dynamisch orientierten Psychotherapiesitzung berichten, wobei jede Beziehungsepisode zwischen 4 und 6 Minuten dauert,
- die meisten Beziehungsepisoden gegenwärtige oder neuere Ereignisse beinhalten,

- die meisten Beziehungsepisoden Interaktionen mit Menschen, die dem Patienten nahe stehen, beschreiben.

In ihrem Artikel beschreiben die Autoren noch weitere eher übergeordnete Gemeinsamkeiten, die sie in den Strukturen der Narrative identifizieren konnten:

- Die für den Patienten charakteristischen Wünsche sind in besonderem Maße durchgängig identifizierbar.
- Die Komponenten haben eine überdauernde Qualität.
- Die Beziehungsmuster finden sich auch in den Träumen wieder. Dies ist ein Hinweis dafür, dass die Beziehungsmuster generell in der psychischen Welt vorkommen.
- Die Beziehungsmuster im ZBKT sind in den sogenannten Beziehungsepisodeninterviews und auch in Psychotherapiesitzungen zu erfassen. Es gibt Hinweise dafür, dass sich diese Muster in beiden unterschiedlichen Darbietungsarten entsprechen.
- Es scheint auch so zu sein, dass die Narrative, die ein Patient über seinen Therapeuten berichtet, den Narrativen entsprechen, die er über andere ihm wichtige Bezugspersonen berichtet.

Eine weitere Gemeinsamkeit in der bisherigen Forschung weist darauf hin, dass die kurativen Faktoren in der Psychotherapie offensichtlich mit dem Inhalt der Beziehungsepisoden zusammenhängen. So gibt es gute Hinweise dafür, dass

- sich das Spektrum der verschiedenen Beziehungsmuster während einer erfolgreichen Psychotherapie verändert,
- dass in erfolgreichen Psychotherapien mehr positive als negative ZBKT-Komponenten erfasst werden können (Crits-Christoph & Luborsky, 1990), und dass
- die Veränderungen im Spektrum der Beziehungsepisoden auch mit anderen Outcome-Maßen wie der ‘Health Sickness Rating Scale’ (Luborsky, 1975) zusammenhängen.

Innerhalb der Narrative, die Patienten uns in der Psychotherapie wiedergeben, lässt sich also ein zentrales Beziehungsmuster oder ein Schema mit strukturellen Eigenschaften identifizieren. Dies bedeutet, dass die Narrative bestimmte Beziehungskomponenten in einer ganz spezifischen Zusammensetzung oder Kombination beinhalten, die sich durch alle Narrative hindurchziehen.

Einige Studien widmeten sich der Frage, wie konsistent die zentralen Beziehungsmuster über die Objekte und über die Zeit sind – zwei Fragen, die schon in der Definition von Freud’s Übertragungskonzept angelegt wurden. Die Ergebnisse dazu sind

nicht einheitlich. Während Crits-Christoph, Demorest, Muenz & Baranackie (1994) und Albani et al. (1994, 2001) spezifische Beziehungsmuster bei Patientinnen und Patienten identifizieren konnten, fanden Barber, DeRubeis und Landis (2002) eine nur sehr geringe Übereinstimmung in den zentralen Konfliktthemen der untersuchten Personen mit ihren relevanten Bezugspersonen wie den Eltern, dem Partner oder guten Freunden. Weiterer Forschungsbedarf besteht aufgrund der nicht unerheblichen methodischen Herausforderungen auf diesem Gebiet.

Wie konsistent sind die zentralen Beziehungsthemen über die Zeit? Die Subjektivität der persönlichen Erfahrungen führt dazu, dass die Erinnerungen häufig nicht der historischen Wahrheit entsprechen (Spence, 1982). Es ist deshalb nicht überraschend, dass die Kindheitserinnerungen relativ unverbunden mit dem Zentralen Beziehungskonflikt bleiben. In einer Untersuchung fanden wir (Cierpka, Peters & Strack, 1993), dass sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Beziehungskomponenten in den ersten Kindheitserinnerungen und dem Zentralen Beziehungskonflikt-Thema ergab. Zusammenhänge ergaben sich dann, wenn die Probanden Situationen der Hilflosigkeit in der Kindheit erlebten und davon erzählten, und sich auch heute noch in Beziehungen oftmals hilflos und ausgeliefert erlebten. Sie wünschten sich dann Hilfe und Unterstützung von anderen, die ihnen nicht gewährt wurde, wobei sie natürlich auch durch die neurotische Verarbeitung der früheren Erfahrungen wiederum dazu beitrugen, dass sie keine Hilfe bekamen und unglücklich blieben.

Für die Klinik und die Behandlungstechnik sind diese Erkenntnisse über die Beziehungsthemen insofern relevant, als sie darauf hinweisen, dass wir auf die Narrative des Patienten achten müssen, sie sogar fördern sollten, um seine zentrale Beziehungsgestaltung in diesen Erzählungen wie in einem Brennspiegel zu erfassen. Im Erzählen erhält der Patient die Möglichkeit, seine Beziehungserfahrungen - verdichtet in den Narrativen - zusammen mit dem Therapeuten in einer neuen Perspektive zu betrachten, in der Beziehung zum Therapeuten neue Optionen in seinem Beziehungsverhalten zu erleben.

Literatur

- Albani, C., Pokorny, D., Dahlbender, R.W. & Kächele, H. (1994). Vom Zentralen-Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des „Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas“. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44 (3-4), 89-98.
- Albani, C., Villmann, T., Körner, A., Reulecke, M., Blaser, G., Pokorny, D., Geyer, M. & Kächele, H. (2001). Zentrale Beziehungsmuster im Vergleich verschiedener Objekte [Central relationship patterns in comparison with different objects]. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 7, 298-300.
- Angus, L. & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35, 190-203.

- Angus, L., Hardtke, K. & Levitt, H. (1992). A rating manual for the narrative processing coding system. Unpublished manuscript, York University, Department of Psychology, North York.
- Barber, J. P., DeRubeis, R. J. & Landis, J. R. (2002). Consistency of interpersonal themes in narratives about relationships. *Psychotherapy Research*, 12 (2), 139-158.
- Benjamin, L. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Boothe, B. (1994). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Boothe, B. (2011). *Das Narrativ: Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart: Schattauer.
- Cierpka, M., Peters, S. & Strack, M. (1993). Early childhood memories in RAP-Interviews. Vortrag auf der Society for Psychotherapy Research Conference, Pittsburgh.
- Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1990). Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., Muenz, L. R. & Baranackie, K. (1994). Consistency of interpersonal themes for patients in psychotherapy. *Journal of Personality*, 62, 499-526.
- Dahlbender, R. W., Torres, L., Reichert, S., Stübner, S., Frevert, G. & Kächele, H. (1993). Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39, 51-62.
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. *Gesammelte Werke Band 8*, 363-74.
- Geyer, M., Cierpka, M. & Kächele, H. (1993). Das Repertoire der Übertragungsbereitschaften von psychoneurotisch-psychosomatisch gestörten jüngeren Frauen. Antrag auf Gewährung einer Sachbeihilfe an die DFG.
- Gill, M. M. (1979). The analysis of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27[Suppl], 263-288.
- Gill, M. M. (1982). *Analysis of transference. Vol I: Theory and technique*. New York: International Universities Press.
- Gill, M. M. & Hoffman, I. Z. (1982). *Analysis of transference. Vol II: Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. New York: International Universities Press..
- Hans, G., Krause, R. & Steimer, E. (1986). Interaktionsprozesse bei Schizophrenen. In E. Nordmann & M. Cierpka (Hrsg.), *Familienforschung in Psychiatrie und Familientherapie* (S. 30-51). Berlin: Springer.
- Kächele, H. & Albani, C. (1991). *Manual zur ZBKT-Methode*. Universität Ulm: PSZ-Verlag.
- Kiesler, D. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological review*, 90, 185-214.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology and psychotherapy*. New York: Wiley.
- König, K. (1982). Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 18, 76-83.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.

- Luborsky, L. (1975). Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35, 448-480.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy. The core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-398). New York: Plenum Press.
- Luborsky, L. (1990). The relationship anecdotes paradigms (RAP) interview as a versatile source of narratives about real events. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J. P. & Diguier, L. (1992). The meanings of narratives told during psychotherapy: The fruits of a new observational unit. *Psychotherapy Research*, 2, 277-290.
- Peterfreund, E. (1983). *The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. In W. Mitchell (Ed.), *On Narrative*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Schank, R. C. & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals, and understanding: an inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale: Erlbaum.
- Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Strupp, H. & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H. (1953). *Conceptions of modern psychiatry*. New York: Norton.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1: Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Zander, B., Strack, M., Cierpka, M., Reich, G. & Staats, H. (1995). Coder agreement using the German version of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews. *Psychotherapy Research*, 5, 231-236.

Fokussieren bei Behandlungskrisen

Rudolf Lachauer

Zusammenfassung

Die Gleichsetzung von Fokus mit Kurztherapie wird der Bedeutung dieses Konzepts im Rahmen der analytischen Methode nicht mehr gerecht. Fokussieren, verstanden als Erarbeitung eines Fokalsatzes mit einer »Sinn-Gestalt«, kann eine wesentliche Hilfe im Rahmen eines analytischen Prozesses sein, bei dem sich eine Zuspitzung der analytischen Beziehung in Form einer Behandlungskrise ereignet.

Schlüsselwörter

Fokus, Behandlungskrisen, Supervision, Psychoanalyse, Fokaltherapie

„Fokussieren“ ist ein Konzept, das sich historisch aus der analytischen Kurztherapie entwickelt hat, sich aber auch gut eignet für die Arbeit in längerfristigen tiefenpsychologisch orientierten oder analytischen Behandlungen und Beratungen.

Bei der Erarbeitung eines Fokus in der Psychotherapie handelt es sich nämlich nicht um eine Einengung auf ein isoliertes Thema, sondern um eine für das gesamte therapeutische Denken und auch Handeln wichtige gestaltende Funktion. Es geht um eine Ergänzung der inneren Aufmerksamkeit des Therapeuten oder Beraters, der in seiner Ausbildung vor allem gelernt hat, auf die vielfältigen Bedeutungen und Hintergründe der oft mehrfach determinierten Symptome oder Probleme zu achten. Wir wissen alle, dass bei genauerem Studium von Fallvorträgen oder -darstellungen eine Fülle von denkbaren Zusammenhängen und möglichen unbewussten Motiven erarbeitet werden können. Der Fokus stellt nun die Frage in den Mittelpunkt, was von all dem Denkbaren „jetzt dran“ ist. Und genau diese Frage versucht die sorgfältige Erarbeitung eines Fokus zu beantworten. *Was jetzt dran ist*, sollte doch der zentrale Schlüssel für die Entscheidung des Analytikers sein, welche Intervention er in einer konkreten Situation wählt. Und besonders wichtig erscheint das natürlich in einer Situation, in welcher die therapeutische Beziehung in eine Krise geraten ist.

Ohne Auswahl ist keine Deutung möglich

Zunächst taucht allerdings die Frage auf, wie denn in der täglichen analytischen Praxis die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Intervention getroffen wird. Halten wir uns dafür zunächst einmal vor Augen, was in jeder therapeutischen Sitzung geschieht. Folgendes Beispiel kann das vielleicht verdeutlichen.

Ein Patient schildert einen Konflikt mit seiner Frau, bei dem es um unterschiedliche Auffassungen in der Kinder-Erziehung geht. Was greift der Therapeut nun auf? Die Rolle des Patienten als Vater und Mann vor dem Hintergrund seiner Beziehung zu seinem eigenen Vater - seine innere Position zu seiner Frau, die ihn in ihrer Haltung vielleicht an seine Mutter erinnert - seine innere Identifikation mit den Kindern, die eigene Gefühle und Positionen seiner kindlichen Erfahrungswelt in ihm berühren - oder den Werte- oder Normenkonflikt zwischen dem Ehepaar, vielleicht seinen rigiden oder seinen unklaren Umgang mit Normen?

Es wird deutlich, eine Entscheidung, eine Auswahl muss der Therapeut treffen, sobald er eine Intervention abgibt. Was aber greift er heraus? Wonach richtet er sich in seiner inneren Entscheidung? Ich glaube, es besteht Übereinstimmung darüber, dass diese Auswahl selten ganz bewusst getroffen wird, sondern dass meist ein eher intuitiver Entscheidungsprozess dahinter steht. Er kann sein theoretisches Wissen über eine bestimmte Krankheitsgruppe dafür benutzen, er kann sich an Erfahrungen mit anderen Patienten oder am Thema der letzten Stunde, am aktuellen Übertragungsgeschehen oder an Nebenübertragungen orientieren, er kann eigene Erfahrungen als inneren Vergleich benutzen, er kann seine Gefühle und Phantasien reflektieren, die bei der Schilderung aufgetaucht sind, er kann schweigen, um abzuwarten, in welche Richtung die weiteren Gedanken des Patienten führen. Irgendeine Entscheidung muss er aber fällen. *Ohne Auswahl ist keine Deutung möglich.*

Im Rahmen einer Kurzpsychotherapie wäre es fatal, sich in der dort zur Verfügung stehenden begrenzten Zeit mit der Auswahl der Deutungen nicht auf ein im Fokus formuliertes zentrales inneres Thema zu konzentrieren. Der Therapeut würde Gefahr laufen, innerhalb dieser Zeit nur eine oberflächliche Sammlung von Themen zu besprechen, ohne die Chance, ein zentrales Thema deutend auch *in die Tiefe* verfolgen zu können. Daher ist die Erarbeitung eines konkreten Fokalsatzes durch den Therapeuten in einer Kurztherapie oder auch einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sinnvoll und bietet eine außerordentlich wichtige und hilfreiche Orientierung für den Verständnis- und Deutungsprozess.

Anders ist das in einer langfristig angelegten Psychoanalyse. Dort geht es natürlich nicht darum, einen solchen Fokalsatz zu formulieren. Allerdings kann es auch in einer Analyse von großem Nutzen sein, einen konkreten Fokalsatz zu formulieren, wenn eine Krise der therapeutischen Beziehung die Behandlung bedroht, was ich im Rahmen dieser Arbeit beschreiben möchte.

Dass die Auswahl der Deutungen meist in einem eher intuitiven inneren Prozess geschieht, ist ein Problem, das in einer langen Therapie wie einer Psychoanalyse

nicht besonders ins Gewicht fällt und daher auch nicht so ins Zentrum der Aufmerksamkeit geraten ist. Im Laufe der Zeit entsteht ja aus den verschiedenen Aspekten, die man als Therapeut erfährt und erlebt und die man nacheinander oder auch abwechselnd herausgreifen kann, langsam ein Mosaik der Zusammenhänge. Wie ich in meiner Arbeit „Du sollst Dir ein Bild machen - Fokus-Metapher-psychoanalytische Heuristik“ (Lachauer, 2005) herausgearbeitet habe, entwickelt der Therapeut im Endeffekt allmählich ein *inneres Bild des Patienten*, seiner Problematik und seiner Geschichte - und daran wird sich seine Deutungsarbeit immer mehr orientieren.

Was aber, wenn dieser allmähliche Prozess des Erkennens ins Stocken kommt, wenn der Therapeut z.B. immer verwirrter wird, er „den Wald vor Bäumen“ nicht mehr sieht, wenn er blockiert wird in seiner Offenheit und Wahrnehmungsfähigkeit durch massive Gegenübertragungsgefühle von Angst, Wut oder libidinöser Spannung? Dann braucht er innere oder äußere Hilfe in Form von selbstanalytischen Bemühungen oder auch in Form von Supervision. Meine Erfahrungen in Seminaren, die ich über viele Jahre gesammelt habe, in denen genau solche Behandlungsprobleme und Krisen im Mittelpunkt standen, haben mir und den Teilnehmern gezeigt, dass die Erarbeitung eines Fokus zum Verständnis und zur besseren Bewältigung solcher Probleme ein sehr geeignetes Mittel ist. Der Lernprozess der Erarbeitung eines Fokus bewirkt nämlich eine Intensivierung der Besinnung des Therapeuten auf den aktuellen Stand des eigenen und des inneren Erlebens des Patienten, aber auch des agierend in der analytischen oder psychotherapeutischen Beziehung aktivierten gegenseitigen Handelns und Behandlens zwischen Patient und Therapeut.

Das Konzept des Fokalsatzes

In der Literatur gibt es allerdings unterschiedliche Definitionen, wie ein Fokus formuliert werden soll. Ich kann in diesem Rahmen nicht auf die genauen Unterschiede und auch nicht auf die Geschichte der Entwicklung der Fokaltherapie eingehen, sondern verweise auf die ausführliche Darstellung in meinem Buch „Der Fokus in der Psychotherapie“ (Lachauer, 2003) und in meiner Arbeit „Fokussieren als kreative Hilfe bei Behandlungskrisen“ (Lachauer, 2012).

Mein Versuch, ein fokaltherapeutisches Konzept in einem stationären Setting zu etablieren, begann, als ich die Gelegenheit hatte, eine psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung aufzubauen und zu leiten. Ich ging dabei von dem Ziel aus, allen Patienten, die zur stationären Aufnahme kamen, mit einem fokal orientierten therapeutischen Angebot zu helfen (Lachauer, 1985). Das konnte auf der Basis des von Balint (1973) und Klüver (1970) beschriebenen Vorgehens wegen der damit verbundenen Einschränkungen bezüglich Symptomatik, Motivation und Fokalisierbarkeit natürlich nicht gelingen. Vor allem die Patienten mit körperlich orientiertem Beschwerdebild, also mit psychosomatischen und funktionellen Erkrankungen, und vor allem die primär nicht zu einer psychotherapeutischen Arbeit motivierten Patienten bildeten dabei das schwierigste Problem. Bei den einen ließ sich das Symptom

nicht einfach in eine Hypothese über zentrale unbewusste Konflikte übersetzen, bei den anderen war die fehlende oder zu geringe Motivation das zentrale Hindernis für eine fokale Therapie, und bei der letzten Gruppe lag entweder im Patienten oder beim Therapeuten die Schwierigkeit vor, ein zentrales unbewusstes Thema zu finden.

Bei der Überwindung dieser Hindernisse half mir die Besinnung auf den formalen Aufbau des von Klüwer (1970) in seiner Arbeit „Über die Orientierungsfunktion eines Fokus in der psychoanalytischen Kurztherapie“ beschriebenen Fokus.

Es handelte sich um einen ausländischen Studenten, der eine ausgeprägte Prüfungsunfähigkeit hatte. Als wesentlicher Hintergrund wurde sichtbar, dass der Patient noch identifiziert war mit seiner aus der Kindheit stammenden Rolle als Nachfolger seines Vaters, der in seinem Heimatland die Funktion eines Priesters inne hatte. Bewusst hatte er es später im Zusammenhang mit Konflikten mit seinem Vater abgelehnt, diese Funktion zu übernehmen und hatte ein anderes Studium ergriffen, das ihm Gelegenheit geben sollte „die innere Auseinandersetzung mit der Vaterautorität begrifflich zu artikulieren“. Unbewusst aber hatte er auf die ursprüngliche Identifikation mit dem Vater und dessen narzisstisch hochbesetztem Berufsbild noch nicht verzichten können.

Klüwer formulierte folgenden Fokus: „*Sie dürfen keine Prüfung machen, sonst stirbt der Priester in Ihnen*“.

Bei genauerem Überlegen stellte ich den simplen Sachverhalt fest, dass dieser Fokus aus zwei zentralen Teilen zusammengesetzt ist, die mit dem sinngebenden Wort „weil“ verbunden werden können.

Ein Fokalsatz besteht also aus zwei Teilen

1. einer Benennung bzw. Beschreibung des Symptoms oder Problems und
2. einer psychodynamischen Hypothese über die unbewussten Hintergründe, die Motive oder den „Sinn“ des Symptoms.

Wesentlich für mein Anliegen, allen Patienten, die in stationäre Behandlung kamen, ein fokales therapeutisches Angebot machen zu können, war nun eine Erweiterung der Definition des ersten Teils in diesem Fokalsatz, indem dieser von mir nun „aktuelles Hauptproblem“ benannt wurde. Das Entscheidende dabei ist, und das stellt eine Erweiterung des Ansatzes von Balint und Klüwer dar, dass dieses aktuelle Hauptproblem auf drei verschiedenen Ebenen liegen kann.

Folgende drei Bereiche können als aktuelles Hauptproblem benannt werden:

1. Ein Symptom (nur bei neurotischen Symptomen möglich)
2. Ein zentrales Beziehungs- oder Verhaltensmuster (bei psychovegetativ-psychosomatischen und Persönlichkeitsstörungen)
3. Probleme mit Motivation, Arbeitsbündnis oder in der therapeutischen Beziehung

Konkret formuliert wird ein Fokus nun in Form eines Satzes, als Fokalsatz, der nach folgendem Schema aufgebaut ist:

Ich „weil“
 Aktuelles Hauptproblem *Unbewusster Hintergrund*
 Immer zuerst erarbeiten! *(Motiv, Konflikt, Sinn)*

Das „Ich“ leitet eine Beschreibung des aktuellen Hauptproblems ein. Die „Ich-Form“ regt zu einer Identifikation mit dem inneren Erleben des Patienten an. Das Wörtchen „weil“ soll natürlich nicht eine einfache „Ursache-Wirkungs-Gleichung“ nahelegen, sondern es geht darum, die Frage des sinngebenden „Wozu“ zu beantworten. Dieser Satz soll eine einführende Hypothese in die Innenwelt des Patienten sein, er stellt den Versuch dar, den Sinn zu erhellen, den die Probleme, die Symptome oder das Verhalten des Patienten haben oder die im Verlauf der Therapie auftauchen. Das „weil“ bezieht sich zum einen auf eine Verbindung verschiedener Ebenen des Bewusstseins, kann aber auch implizit in unterschiedliche Zeiten führen. Es kann in die biographische Vergangenheit zurückweisen, „weil damals“. Es kann auf Probleme in der Gegenwart, in Symptomatik, Lebens- oder Behandlungssituation, aufmerksam machen, „weil jetzt“. Oder es weist auf die Zukunft hin, auf gefürchtete Folgen oder noch nicht vermutete Möglichkeiten eines Handelns, Denkens oder Fühlens, „weil in Zukunft“.

Ich will nun einige Beispiele einfügen, wie ein aktuelles Hauptproblem benannt werden könnte.

Bei den neurotischen Symptomen ist das am leichtesten. „*Ich brauche meine Angst, weil . . .*“ oder „*Ich darf nicht mehr aktiv sein, weil . . .*“ wäre eine solche Formulierung.

Schwieriger ist dies allerdings bei den psychosomatischen oder psychovegetativen Symptomen, die oft sehr diffus und auch vielfältig oder gar bei Verhaltensweisen, die in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten verankert sind.

Als Beispiel sei ein männlicher Patient genannt, etwa 45 Jahre alt, der in stationäre psychotherapeutische Behandlung kam. Er war erschöpft, litt unter depressiven Verstimmungen wegen seines Leistungsabfalls sowie unter diffusen und mannigfachen vegetativ bedingten Körpersymptomen. Diese diffuse Symptomatik ließ sich natürlich nicht so einfach als aktuelles Hauptproblem formulieren.

In den ersten Gesprächen wurde deutlich, dass er in seinem bisherigen Leben sehr aktiv, engagiert und fleißig war, anderen half, sich aber auf Dauer damit überfordert hatte, in seinen eigenen Bedürfnissen eher zu kurz kam. Während der ersten Zeit in der Klinik wurde dann zusätzlich spürbar, dass er sich auch jetzt noch bemühte, anderen Mitpatienten zu helfen, sie zu schützen, seine Bedürfnisse jedoch in den Hintergrund stellte.

Diese Beobachtungen führten uns dazu, als zentrales Problem des Patienten den *gemeinsamen Nenner seines Verhaltens* zu formulieren, das sowohl sein aktuelles Verhalten in der Klinik als auch den Hintergrund seiner Symptomatik beschrieb und das der Patient selbst auch als wesentlichen Zug seines Wesens erkannte.

Der erste Teil des gesuchten Fokalsatzes, das aktuelle Hauptproblem, das es dann in seinen unbewussten Wurzeln zu verstehen galt, lautete bei diesem Patienten:

Ich muss immer Retter sein, ...

Damit war der erste Schritt zur Formulierung des Fokus getan. Zum Verständnis des zweiten Teils, des sinnstiftenden „... ,weil . . .“ sind natürlich Informationen aus seiner Geschichte notwendig.

Dieser Patient war in seiner Kindheit im Krieg, den er als kleiner Junge miterleben musste, einer Fülle von traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt. Die Familie war in vielen Gefahren gewesen, sein um wenige Jahre jüngerer Bruder war ums Leben gekommen. In den Jahren nach dem Krieg wurde er für die Mutter — der Vater war im Krieg bzw. noch in Gefangenschaft — zu einer wichtigen Stütze beim täglichen Überleben, in seiner kindlichen Phantasie wohl wirklich zum Retter. Dahinter lauerten aber andere Gefühle aus der Zeit davor, die nicht bewältigt waren, sondern massiv abgewehrt werden mussten — Angst und Schuldgefühle. Angst, selbst zu Schaden oder ums Leben zu kommen wie der Bruder, Schuldgefühle dem Bruder gegenüber, der ja in den damaligen Jahren auch sein Rivale um die Gunst der Mutter gewesen war und den er überlebt hatte. Unbewusste Phantasien, seine Eifersucht und seine Geschwisterrivalität könnten mit für den Tod des Bruders verantwortlich gewesen sein, spielten sicher eine Rolle. Auch ist sehr wahrscheinlich, dass der Patient Phantasien über das ungewisse Schicksal des im Kriege weilenden Vaters, des ödipalen Rivalen, hatte und dass diese ebenfalls unverarbeitet blieben. Auf dem Hintergrund dieser Beobachtungen, biographischen Informationen und theoretischen Überlegungen konnten wir nun eine Formulierung finden, warum der Patient immer Retter sein musste.

Unser Fokalsatz hieß:

„Ich muss immer Retter sein, weil ich fürchte, sonst Opfer oder Täter zu werden.“

Eine besondere Beachtung sollte die letzte Gruppe von „aktuellen Hauptproblemen“ bekommen. Allgemein gesprochen ist es außerordentlich wichtig, solche Störungen der Motivation, des Arbeitsbündnisses und der therapeutischen Beziehung *als erstes* in den Mittelpunkt einer Formulierung des „aktuellen Hauptproblems“ zu stellen, da sonst die gesamte therapeutische Arbeit entweder blockiert ist oder zu scheitern droht. Wenn nämlich noch keine Motivation vorliegt, wäre es fatal, so zu tun, als könne man mit dem Patienten einfach die Hintergründe, etwa seiner psychogenen Herzanfänge, erarbeiten, wenn er selbst noch fest glaubt, körperlich krank zu sein. *„Ich muss daran festhalten, körperlich krank zu sein, weil . . .“* wäre dann eine hilfreiche Formulierung des aktuellen Hauptproblems.

Weitere Beispiele könnten lauten: *„Ich möchte mich nicht auf eine Einzelbeziehung einlassen, weil ...“* bei einer Patientin, die sich schwer tat mit Einzelgesprächen — sie

war, von der Mutter meist alleingelassen, in einer Großfamilie aufgewachsen. „*Ich muss berentet werden, weil ...*“ bei einer Frau, die im Rahmen eines Heilverfahrens nach dem Motto „Rehabilitation vor Rente“ zu einem stationären psychotherapeutischen Aufenthalt „geschickt“ worden war und bei der ein großer, aber deutlich neurotisch bedingter sekundärer Krankheitsgewinn im Sinne eines Anspruchs auf Wiedergutmachung vorhanden war. „*Ich habe den Anspruch, dass die Anderen sich ändern oder mir die Verantwortung abnehmen, weil ...*“ bei einer depressiven Frau, die sich in der Therapie, aber auch sonst in ihrem Leben dagegen sträubte, dass nur sie es sei, die sich ändern könne, dazu veranlasst vor allem aus der Angst heraus, beim Scheitern ihrer eigenen Versuche Schuld auf sich zu laden.

Fokus und therapeutische Krisen

Der Großteil der Fälle, bei denen wir im Rahmen meiner Seminare „Übungen im Fokussieren“ einen Fokus erarbeitet haben, waren keine Kurztherapien. Kollegen stellten wie in einer sonst auch üblichen Supervisionsgruppe einen bereits seit einiger Zeit laufenden Fall, ein beliebiges Problem der Behandlung, eine Krise der therapeutischen Beziehung oder ein Gegenübertragungsproblem vor, mit dem sie nicht zurechtkamen. Immer konnten wir einen Fokus erarbeiten, der für den Therapeuten, aber auch für die Gruppe einen deutlichen Zugewinn an Verständnis des Patienten und der aktuellen therapeutischen Situation bedeutete und der auch half, sich aus der emotionalen oder intellektuellen Blockierung zu befreien, in welche das therapeutische Paar zuvor geraten war. Eine außerordentlich hilfreiche Anwendung des Fokussierens ergibt sich nämlich aus der Überlegung, dass neben Problemen mit Motivation und Arbeitsbündnis auch therapeutische Krisen in längerfristigen Behandlungen ebenfalls im Sinne eines „aktuellen Hauptproblems“ benannt werden können.

Die zentrale Hypothese bei solchen Fokalsätzen ist es, dass der Patient unbewusst, aber dennoch aktiv gestaltend, die emotionale Krisensituation herstellt, mit welcher der Analytiker zu kämpfen hat. Der *Fokus* soll als sinnvolle Aktivität des Patienten formuliert werden, welche dieser aber bisher nur durch Inszenieren und nicht sprachlich ausdrücken kann. Es geht also im Kern um eine *Verbalisierung des Handlungsdialogs*. Daher sollten diese Formulierungen immer eine latente Aktivität beschreiben wie »*Ich muss . . .*« oder »*Ich darf nicht . . .*« oder »*Ich ziehe mich zurück . . .*« oder »*Ich schwanke . . .*« und ähnliches.

Es geht allerdings auch hier nicht um eine einfache Kausalbeziehung, sondern um eine Formulierung, die dem, was da aktuell zwischen Analytiker und Patient geschieht, einen unbewussten oder vorbewussten Sinn gibt, warum es also notwendig ist, dass sich genau diese Behandlungskrise ereignet. Und um das zu formulieren, ist es zu allererst nötig, den ersten Teil dieses Fokalsatzes zu formulieren, das *aktuelle Hauptproblem*. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit sollte bei der Bearbeitung einer Behandlungskrise nicht primär *die Klage des Patienten* etwa im Sinne eines Symptoms, sondern *die Klage des Therapeuten* stehen, die reale oder innere Konfliktsitua-

tion, in die ihn der Patient gebracht hat und dahinter die innere Beziehung dieses Konflikts zur Innenwelt des Patienten.

Ein Beispiel soll dies erläutern.

Eine Kollegin schilderte ihr verzweifeltes Bemühen, in ihren Interventionen bei einer schwer depressiven Patientin ein Gegengewicht zu deren massiv negativem Welt- und Selbstbild, ihrer fehlenden Zukunftsphtasie und zu der Haltung „alles ist unmöglich“ zu finden. Gleichzeitig hatte sie ein schlechtes Gewissen und das Gefühl, der Patientin nicht gerecht zu werden.

Das aktuelle Hauptproblem versucht nun, dieses Verhalten der Patientin als latent aktives, ziel- und sinngerichtetes Tun zu begreifen in der Formulierung „*Ich muss betonen, wie hoffnungslos alles ist, . . .*“

Allein diese neue Sichtweise konnte der Therapeutin helfen, aus ihrer Gegenübertragungsfalle zu entkommen. Zusätzlich ist natürlich die Formulierung einer Hypothese notwendig, warum die Patientin sich so verhalten musste. „*. . . , weil ich zum einen nicht riskieren will, wieder falsche Hoffnungen zu entwickeln und mir noch nicht vorstellen kann, dass realistische Hoffnungen entstehen könnten, wenn ich mich dem Schmerz, der Scham und der Wut über die Begrenzung einer Beziehung stellen würde.*“

In dieser Formulierung ist die Hypothese enthalten, dass sich die Patientin als Folge ihrer vielen Erfahrungen des Zusammenbruchs von Illusionen zu schützen versucht, indem sie keinerlei Hoffnungen mehr zulässt, dabei aber übersieht, dass sie in ihrer Entwicklung offenbar nicht gelernt hatte, Hoffnungen von Illusionen zu unterscheiden bzw. dass sie noch an ihrem Wunsch nach einer grenzenlosen und damit illusionären Beziehung festhielt.

Einen solchen Satz in einer „fokalen Supervision“ erarbeitet und im Hinterkopf zu haben, bedeutet allerdings nicht, diesen nun mit der Patientin auf einer intellektuellen Ebene durchzusprechen oder dass damit eine Garantie auf einen positiven Therapieverlauf gegeben wäre. Es geht vielmehr darum, dass der Therapeut eine neue innerlich wegweisende Hypothese bekommt, die ihm hilft, das, was im Patienten und in der Interaktion geschieht, neu zu verstehen und schrittweise deutend zu erarbeiten, manchmal aber auch im Sinn des Handlungsdialogs anders damit umgehen zu können. Wie ich nachträglich von vielen Therapeuten erfahren habe, hat diese fokale Sichtweise des inneren Sinnes z.B. des drohenden Scheiterns der Therapie ermöglicht, mit einer neuen und offeneren Haltung die Behandlung fortzusetzen.

Nun kann ein einzelner Fallbericht und die sich daraus ergebende Formulierung des Fokalsatzes natürlich nicht alle Aspekte berücksichtigen, die bei diesem Ansatz auftauchen können. Andererseits würde eine ausführliche Darstellung weiterer Fallbeispiele den Rahmen dieser Darstellung sprengen. Daher will ich ohne genauere Schilderung der Behandlungs- und genetischen Details noch einige Beispiele nennen, um die Bandbreite der Möglichkeiten anklingen zu lassen.

Oft entstehen Gefühle von Verwirrung im Analytiker, die er zunächst durch Nachfragen, durch Versuche, doch etwas klären zu können, beseitigen will, was aber oft nicht gelingt. Die Formulierung einer solchen Problematik führte zu folgenden beiden Sätzen:

»Ich darf kein klares Bild von mir zeigen, weil ich fürchte, sonst tödlich verletzt zu werden und mir noch nicht vorstellen kann, dass das Zulassen und Erkennen meiner hilflosen und bedürftigen Gefühle mich stärken könnte«.

»Ich darf nicht greifbar werden, weil ich beschämende und vernichtende Angriffe fürchte und mir noch nicht vorstellen kann, dass ich geschützt wäre, wenn ich meine Schwäche und tiefe Verunsicherung zeigen würde«.

Die für manche Patienten typische intellektualisierende Abwehr kann zu einer deutlichen Behandlungskrise führen, die aber durch das in folgendem Fokalsatz zum Ausdruck kommende Verständnis der inneren Notwendigkeit gemildert und überwunden werden kann:

»Ich darf nur meine Gedanken zulassen, weil ich mir noch nicht eingestehen kann, wie innerlich leer ich mich fühle«.

Negative Übertragungen und daraus resultierende Behandlungskrisen sind eine weitere Belastungsprobe für die fruchtbare Weiterentwicklung einer Analyse. Ein Verständnis der inneren Notwendigkeit einer solchen Situation kann dem Analytiker helfen, mit einer solch undankbaren Rolle gelassener umzugehen:

»Ich muss meine Therapeutin in der Rolle der Bösen festnageln, weil ich will, dass sie spürt, wie aussichtslos ich selbst in dieser Rolle gefangen bin und mir noch nicht vorstellen kann, daraus befreit zu werden, wenn ich mich der Wucht meiner Gefühle stelle, indem ich der Wahrheit ins Gesicht sehen würde«.

Oft ist der Analytiker nahe am Verzweifeln, wenn seine Deutungen am Patienten abprallen, was aber folgenden emotionalen Hintergrund haben könnte:

»Ich muss mich gegen die Deutungen des Analytikers zur Wehr setzen, weil ich fürchte, dann werden tödliche Wunden aufgerissen und mir noch nicht vorstellen kann, dass das Spüren dieser Wunden mich wieder lebendiger fühlen lassen würde«.

Besonders schwierig sind emotionale Verstrickungen in Gefühle von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit, bei denen die Erarbeitung eines Fokalsatzes zumindest wieder einen Rest an Entwicklungshoffnung ermöglicht.

»Ich muss eine Atmosphäre von Sinnlosigkeit verbreiten, weil ich hoffe, der Therapeut spürt dann, wie es in mir aussieht und zieht mich heraus und mir noch nicht vorstellen kann, dass ich zu meiner echten Lebendigkeit finden würde, wenn ich diese Gefühle als meine frühen Erfahrungen annehmen würde«.

»Ich weise alles als sinnlos zurück, weil es mich dazu bringen könnte, nur zu funktionieren und meine Gefühle zu verraten«.

Eine besondere Schwierigkeit stellen Patienten dar mit ausgeprägten Identitätsstörungen, bei denen es fast regelmäßig zu Problemen bei der Formulierung des *aktuellen Hauptproblems* kommt. Man schwankt dann nämlich ebenfalls hin und her, was denn der Kern des Problems sei. Eine weiterführende Hilfe dabei ist es, diese innere Schwierigkeit bei der Formulierung als *Gegenübertragungsproblem* wahrzunehmen und als Parallele zu der inneren Situation des Patienten zu begreifen. Eine darauf aufbauende Benennung des *aktuellen Hauptproblems* kann dann lauten: »*Ich habe Angst mich festzulegen, weil . . .*« oder »*Ich schwanke zwischen . . .*«

Bei einigen dieser Beispiele taucht ein Prinzip auf, das sich in vielen Fällen bewährt hat. Nach der Aussage über die innere Dynamik kann oft ein Zusatz formuliert werden, der einen Hinweis gibt über die Richtung, in der eine innere Lösung des anstehenden Problems zu erwarten ist. Man kann das die Formulierung einer „inneren Lösungsphantasie“ nennen. Die Formulierung einer solchen „inneren Lösungsphantasie“ im Sinne des „und mir noch nicht vorstellen kann“ hilft dem Therapeuten nicht nur, die innere Situation des Patienten besser zu verstehen, sie ist auch für ihn selbst in seiner therapeutischen Funktion oft eine große Hilfe. Vor allem, wenn im Patienten abgewehrte Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit ausgeprägt sind, besteht die Gefahr, dass der Therapeut in seiner Gegenübertragung in den Sog dieser Gefühle gerät und keine Hoffnung oder keinen Sinn in der Therapie selbst mehr sieht. Dass es Inhalt der Therapie sein könnte, „sich diesen Gefühlen zu stellen“, wird dann oft übersehen. Auch ein sich beim Therapeuten einstellendes Gefühl des Versagens oder der Sinnlosigkeit muss nicht das Ende des Verstehens sein. Diese Gefühle können benannt und zum Thema der gemeinsamen Arbeit gemacht werden.

Neben den in diesem Beitrag im Mittelpunkt stehenden „Behandlungskrisen“ gibt es natürlich noch weitere Themen, wie „Der Fokus als fokale Gestalt im Kontext psychoanalytischer Heuristik“ oder „Der Fokus im Rahmen einer psychoanalytischen Intervalltherapie“. Hierfür kann ich allerdings nur auf meine unten angeführten Arbeiten verweisen.

Literatur

- Balint, M., Ornstein, P. H. & Balint, E. (1973). Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Klüwer, R. (1970). Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie. *Psyche*, 24, 739-755.
- Lachauer, R. (1986). Entstehung und Funktion des Fokus in der stationären Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 31, 197-207.
- Lachauer, R. (2002). Psychoanalytische Intervalltherapie. *Psychotherapeut*, 47, 24-31
- Lachauer, R. (2003). *Der Fokus in der Psychotherapie* (3., erw. Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.
- Lachauer, R. (2005). Du sollst Dir ein Bild machen - Fokus-Metapher-psychoanalytische Heuristik. *Forum der Psychoanalyse*, 21, 14-29.
- Lachauer, R. (2012). Fokussieren als kreative Hilfe bei Behandlungskrisen. *Psyche*, 66, 34-60.

Das Verhältnis zwischen Kindheit und Adoleszenz – zum Konzept der Adoleszenz als zweite Entwicklungschance

Mario Erdheim, Carmelo Campanello & Marc Stoll

Zusammenfassung

In der Adoleszenz kommt es zu einer Wiederbelebung frühkindlicher Traumatisierungen und Defizite, die nun so übersetzt werden, dass sie einer Lösung und Korrektur zugänglich werden. Aufgabe der Therapie ist es, dem Individuum zu ermöglichen, diese Chance zu ergreifen. Am Beispiel zweier Therapien wird diese These illustriert.

Schlüsselwörter

Adoleszenz, Aggression, Dissozialität

In diesem Artikel beschäftigen wir uns mit Menschen, die in ihrer frühen Kindheit psychisch und physisch misshandelt und somit traumatisiert wurden. Es geht um die grundsätzliche Frage, wie solche frühen Traumata sich auf das weitere Leben auswirken. Solche Traumata sind und waren nichts Seltenes. Betrachtet man die Geschichte der Kindheit ebenso wie ihre Gegenwart sind schwere Verletzungen in den ersten Lebensjahren ein weit verbreitetes Übel. Als Folgen solcher Traumata erscheinen zum Beispiel Beziehungs- und Denkstörungen, Dissozialität, Psychosen oder psychosomatische Leiden. Wir nehmen an, dass es möglich ist, solche Schäden bis zu einem gewissen Grad zu heilen, und dass Adoleszenzverläufe dabei eine entscheidende Rolle spielen.

Die zentrale These, mit der wir uns beschäftigen, lautet: die Adoleszenz ist die Lebensphase, in der Defizite aus den vorangegangenen Lebensphasen (frühe Kindheit, Kindheit, Latenz, Präpubertät) aufgefangen und wieder gut gemacht werden können. Diese These führt zur Frage: Was an der Adoleszenz schafft das Vermögen, solche Heilungen zustande zu bringen? Als Hypothese ergab sich im Rahmen der psychoanalytischen Traditionen, dass es die Wiederholung vorangegangener Traumata in der Adoleszenz ist, die eine Besserung ermöglicht. Aber was heisst genau „Wiederholung“? Sicher handelt es sich nicht um eine „Replik“, auch nicht um eine Rekapitulation (wie

etwa das biogenetische Gesetz es postulierte). Treffender wäre es anzunehmen, die Adoleszenz stelle den Versuch dar, eine „zweite oder dritte, etc. *verbesserte* Auflage der Kindheit“ anzubieten. Diese „Verbesserung“ wird aber nur dadurch möglich, dass kindliche Prozesse wiederbelebt und so auch korrigiert werden können. Welche frühkindlichen Erfahrungen müssen in der Adoleszenz auf welche Weise aufgenommen werden? Es handelt sich vor allem um Beziehungserfahrungen, Abhängigkeiten, Vertrauen, Verlässlichkeit, Ohnmacht; es geht ums Geben und Nehmen, um Beachtung und Aufmerksamkeit. Es geht darum, ob man bekommt, was man braucht, oder ob man überwältigt wird, ob man gehalten oder fallen gelassen wird. Alle diese Erfahrungen aus der frühen Kindheit müssen in der Adoleszenz wieder gemacht und können nun auch anders als in der frühen Kindheit verarbeitet werden. Das Individuum wird auf Grund seiner durch die Erfahrungen in der Kindheit geprägten Verhaltens- und Mentalitätsstrukturen Erfahrungsfelder aufbauen und abstecken, in welchen das bisher Erworbene neuen Bewertungen unterzogen wird. Das schafft die Wiederholungssituation, in denen die alten Traumata wieder aktiviert werden. Die adoleszenten Erfahrungsfelder sind aber nicht mit denen der Kindheit identisch, sie sind offener. Das Kleinkind wird in sein Erfahrungsfeld, die Familie, hineingeworfen; der Adoleszente muss sich sein Erfahrungsfeld selber aufbauen. Wir möchten diese Überlegungen an Beispielen sozialer Fähigkeiten und kognitiver Prozesse erläutern.

Geselligkeit

Auf eine merkwürdige Art und Weise korrespondiert die Sehnsucht des Kleinkindes nach Beziehungen und Kommunikation mit denselben Sehnsüchten des Heranwachsenden nach Gemeinschaft und Zugehörigkeit. Das Kleinkind setzt die Mittel ein, über die es verfügt: seine Motorik, seine Mimik, seine Lautproduktion, bleibt aber auf die Hilfe und das Verständnis des Erwachsenen angewiesen; der Adoleszente jedoch verfügt über ein viel breiteres Instrumentarium, das er seiner Kultur entnimmt, um seine Sehnsucht zu stillen, und zwar gleichgültig ob Erwachsene ihn verstehen wollen oder nicht. An einem Beispiel möchte ich diesen Zusammenhang erläutern. Ein DJ namens Styro2000 erzählt: „Ecstasy ist eine sehr soziale Droge: der Mitteilungsdrang wirkt wie Klebstoff innerhalb einer Gruppe. Die Karawanen, die von Afterhour zu Afterhour ziehen, lassen sich auch auf diese Weise erklären. Als ich das erste Mal ein E genommen habe, hat mich das sehr irritiert, weil ich normalerweise nach einer Party nach Hause gehe. Plötzlich habe ich Lust auf soziale Kontakte gehabt. Ich habe auf dem Heimweg noch zwei Raver gesehen, die ich nicht kannte, und habe angefangen, mit ihnen zu quasseln, etwas, das sonst undenkbar wäre für mich“¹. Dieses Bedürfnis nach Gemeinschaft wird zwar chemisch induziert, führt aber auch zur Etablierung sozialer Netze, die nicht zufälligerweise als „family“ bezeichnet werden.

¹ Muri, G. (1999) „Aufbruch ins Wunderland. Ethnographische Recherchen in Zürcher Technoszenen 1988-1998“. Zürcher Beiträge zur Alltagskultur, Bd. 8. Zürich, S. 149.

Es scheint uns sinnvoll anzunehmen, dass in solchen – auch chemisch induzierten – Erfahrungen nicht nur gegenwärtige Bedürfnisse gestillt, sondern auch alte Defizite und Vernachlässigungen wieder bearbeitbar und korrigierbar werden können.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Einsicht in die Notwendigkeit der Wiederholung: ohne sie kommt das Individuum gar nicht an das Problem heran, das es an seiner Weiterentwicklung hindert. Natürlich sind der Griff zur Droge und die durch sie ausgelöste Regression nichts Harmloses, sondern Ausdruck der Krise, in der sich das Individuum befindet. Ein Bedeutungsfeld des Begriffs Krise stammt aus dem Latein und bezieht sich auf den Leib, insbesondere auf die Krankheit. Krise bezeichnet hier die kritische Phase im Verlauf einer Krankheit, in welcher der Entscheid über Leben oder Tod fallen wird. Das gilt auch für die Adoleszenzkrise, in der sich eine beschleunigte Wendung zum Besseren oder Schlechteren vollzieht. Was aber heißt in diesem Zusammenhang das Bessere oder das Schlechtere? Das Bessere wäre die Weiterentwicklung, die Bildung neuer innerer Räume und Objekte und damit auch der Beziehungsfähigkeit; das Schlechtere wäre die Stagnation, die Fixierung auf die familiären Objekte und auf die verstellten inneren Räume der Kindheit.

Bindung

Während das Kleinkind vor allem daran ist, mit seinen Eltern Bindungen herzustellen und Trennungen schwer zu bewältigende Probleme darstellen, ist es beim Adoleszenten gerade umgekehrt: die Eltern ringen um die Fassung, die Trennung von ihren Kindern zu bewältigen und die Kinder suchen nun ihre Bindungen außerhalb des familiären Rahmens.

Trotzdem sind die Jugendlichen darauf angewiesen, mit ihren Affekten fertig zu werden. Beim Kleinkind waren es die Eltern, die dem Kind seine Emotionen zurückspiegeln. Die Bindung stellte sozusagen den Spiegel dar. Beim Heranwachsenden aber sollen die Eltern nicht mehr eine solche Spiegelfunktion ausüben, wenn die Eltern auf dieser Funktion beharren, verwandelt sich die Bindung oft in einen blinden Spiegel.

Im Unterschied zum Kleinkind können die Jugendlichen vieles anstellen, um ihre unterschiedlichen Affekte wie Verliebtheit, Freude, Schwärmereien ebenso wie Angst, Verzweiflung, Unsicherheit, Hoffnungen über das Handeln abzuleiten. Hier tritt eine neue Instanz auf, nämlich Kulturelles, die das „Spiegeln“ übernimmt – sei es in Form von Peergroups, von Schulen oder informellen Gruppen (wie die vorhin genannte „family“) und nicht zuletzt auch von imaginären Gruppen.

Die spiegelnde Interaktion zwischen Mutter und Kleinkind scheint eine Entsprechung und Weiterentwicklung in der spiegelnden Interaktion zwischen Peergroup und Adoleszenten zu haben. Wie geht das vor sich? Fonagy² verweist darauf, dass sowohl zu

² Fonagy, P. (2000) Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: Fonagy, P. u. Target, M. (2003) Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Giessen: Psychosozial. S. 31-48.

grosse Distanz als auch allzu grosse Nähe der Mutter zu ihrem Kind die Herausbildung der Repräsentanzen und damit des Innenlebens verhindert. Auf die Adoleszenz übertragen heisse das, dass eine Gruppe, die den Einzelnen „verschlingt“ (etwa eine Sekte), ihn seiner Identität beraubt oder ihn zum Außenseiter macht. Die spiegelnde Antwort der Mutter ist keine Kopie der kindlichen Erfahrung. Und das ist wichtig: Es ist die Differenz, die die Symbolisierung ermöglicht. Ist die Differenz allerdings zu groß, kann die Spiegelung auch nicht zur Symbolisierung verwendet werden. Ein ähnlicher Prozeß wäre zu erwarten im Verhältnis zwischen dem Jugendlichen und seiner Gruppe. Durch eine ungenügende Spiegelung, aufgrund derer emotionale Äußerungen und innere Erlebnisse ermöglicht werden, könnte die Geselligkeit des Kindes gestört werden. Das Individuum kann sich dann gar nicht der Gruppe bedienen, um Emotionalität und innere Erlebnisse miteinander zu verknüpfen. Da spielen heute Musik, Computer und Sport eine wesentliche Rolle; sie werden zum Dritten, das diese Verknüpfung ermöglichen soll.

Integration und Kohärenz

Eine weitere wichtige Entsprechung zwischen Kindheit und Adoleszenz erkennt man in den Bemühungen um Integration und Kohärenz, die in beiden entscheidenden Lebensphasen zu erbringen sind. Die besonderen integrativen Leistungen des Säuglings, durch die er sich eine kohärente und nicht gespaltene Welt erschafft, sind von Lichtenberg und Stern beschrieben worden. Das Hören und das Sehen werden miteinander koordiniert, zum Beispiel Gesichter mit verschiedenem Ausdruck oder von vorne und von Profil. Vier bis sieben Monate alte Säuglinge können das an und für sich. Zuweilen verhindern aber inkohärente Erwachsene diese Wachstumsprozesse. Dann kann es vorkommen, dass das Kind etwas hört, aber nichts sieht, etwas sieht, aber nicht wahrnimmt und es die verschiedenen Reize nicht miteinander verbinden kann. Man kann annehmen, dass unter starken affektiven Belastungen das Wahrnehmungssystem zusammenbricht. Es ist eine wesentliche Rolle der Erwachsenen, intensive Affekte des Kleinkindes zu modulieren, aufzufangen, zu mildern. Wenn das während längerer Zeit nicht geschieht, kommt es zu Spaltungsvorgängen. Spaltungen sind das Ergebnis von Überlastung. Sie resultieren aus chronischen Unzulänglichkeiten und Inkonsistenzen der Eltern-Kind-Beziehungen. Symbiose und Spaltung sind „Desintegrationsprodukte zusammengebrochener Individuationsbestrebungen“.

Man kann in diesem Zusammenhang die Verlängerung der Adoleszenz als eine zeitliche Bedingung dafür betrachten, Kohärenz in eine Welt hineinzubringen, die ständig in ihre Elemente auseinander zu fallen droht. Wie kann man unter solchen Bedingungen Formen von „Kohärenz“ schaffen? Das wird zu einer wesentlichen Aufgabe der adoleszenten Entwicklung.

Defizit oder Ressource

Ein zentrales Problem, das sich bei der Arbeit mit psychisch erkrankten, dissozialen Jugendlichen stellt, besteht in der Abschätzung dessen, was deren Defizite und Ressourcen sind. Gehen wir einmal von den Folgen traumatischer Erfahrungen aus. Ein Kind macht schlechte Erfahrungen, hervorgerufen durch Verluste, Schläge, Krankheit. Welche Folgen hatten diese für das Individuum? Körperliche Folgen: Wunden, Invalidität, etc. Psychische Folgen: Angst, Ohnmacht, Verzweiflung, etc. Das hat einerseits den Charakter von Defiziten, andererseits aber kann man es auch als Voraussetzungen betrachten, die zu kreativen Leistungen führen. Ich nehme an, dass „Defizite“ keine kreativen Leistungen ermöglichen, sonst wären sie keine Defizite. Es gibt zwar Ansätze wie die von Alfred Adler, wonach Defizite Kompensationen hervorrufen können, etwa im Stil von „Weil Napoleon kleinwüchsig war, entwickelte er einen so ungeheuren Ehrgeiz, dass er Kaiser der Franzosen wurde“. Uns leuchtet das nicht ein. Es gibt so viele kleinwüchsige Männer, aber nur wenige Napoleone. Vielleicht könnte man hier ein physikalisches Denkmodell zum besseren Verständnis des Verhältnisses zwischen Defizit und Ressource hilfreich einsetzen. Das Licht kann bekanntlich als Welle oder als Korpuskel erscheinen und man nimmt an, dass es die experimentelle Anordnung ist, auf Grund derer das Licht diese oder jene Gestalt annimmt. Übertragen wir das auf unsere Problemstellung, so könnten wir die Hypothese bilden: Ob etwas ein Defizit oder eine Ressource ist, hängt eben auch von der experimentellen Anordnung ab, die Leben heißt.

Adoleszenz und Erfahrung

Für unsere Fragestellung ist die Dynamik der Adoleszenz der entscheidende Faktor. Diese Dynamik kommt auch im Erfahrungshunger des Heranwachsenden zum Ausdruck. Es sind vor allem drei psychische Prozesse, die den Adoleszenten zwingen, seine Erfahrungswelt zu erweitern:

1. Die triebhafte Entwicklung; Sexualität und Aggression schaffen den Druck, den das Individuum antreibt, neue Objekte suchen zu müssen. Die Welt wird neu erfahren, weil in ihr Liebes- und Hassobjekte aufscheinen, die alles in ein neues Licht tauchen. Das Inzestverbot nötigt das Individuum, die bisherigen Liebesobjekte aufzugeben und das Fremde begehrens- und liebenswert zu finden. Damit aber eröffnet das Inzestverbot dem Individuum ein völlig neues Erfahrungsfeld; es soll jene intensiven und intimen Erfahrungen, die mit der Sexualität zusammenhängen, nicht mit Individuen aus dem bisherigen vertrauten Lebenskreis, sondern mit Fremden erleben. Nun kann das Individuum zwar alte Verhaltensweisen inszenieren und wiederholen, aber sozusagen mit einem neuen Ensemble, und das gibt ihm die Chance, neue Erfahrungen zu machen und den Wiederholungszwang durchbrechen zu können.

2. Die Größen- und Allmachtsphantasien werden in der Adoleszenz virulenter. Die daraus entspringenden Wünsche, stärker, gescheiter, sportlicher, schöner als die anderen zu sein, lassen dem Individuum keine andere Wahl; es muß sich in das Getümmel werfen. Es geht um die Überschreitung der bisherigen Grenzen und um die Lustangst, die die Umsetzung der Größen- und Allmachtsphantasien fördert. Dazu gehört auch der Rausch, der die Größe und Allmacht des Individuums bestätigen soll. Weil die Größenphantasien zur Grenzüberschreitung verlocken, ist die Adoleszenz auch eine Lebensepoche, in der die Faszination von Drogen und Rausch sowie das Interesse an religiösen oder politischen Bewegungen eine wichtige Rolle spielt.
3. Auch der Generationenkonflikt eröffnet dem heranwachsenden Individuum neue Erfahrungsräume. Während in traditionellen Gesellschaften von den Jugendlichen erwartet wird, dass sie genau dieselben Erfahrungen wie ihre Eltern und Großeltern machen, sollen in der modernen Gesellschaft die Heranwachsenden innovative, also ganz neue Erlebenswelten erschließen. Der in der modernen Gesellschaft besonders stark elaborierte Generationenkonflikt³ ist eine schmerzliche Erfahrung, sowohl für Eltern als auch für Kinder.

Adoleszenz stellen wir uns als einen mächtigen Motor vor, der das Individuum antreibt, seine Möglichkeiten und Fähigkeiten zu realisieren. Und wir wissen alle, dass dieser Motor zum Stottern kommen und Ausfälle haben wird, zuweilen auch explodieren kann.

Fallbeispiel Roberto

Roberto ist das mittlere dreier Kinder eines venezolanischen Vaters und einer kolumbianischen Mutter. Seine ersten sechs Lebensjahre verbrachte er in Kolumbien, danach ist er mit der Mutter und seinen zwei Schwestern in die Schweiz ausgewandert. Der Lebenswandel des Vaters dominierte die Familie. Alkohol- und Drogenexzesse, Promiskuität und Gewalt gegenüber Ehefrau und Kinder kultivierten ein Klima der Angst und Ohnmacht. Als Roberto vier Jahre alt war, wollte die gepeinigte Mutter ihren Ehemann verlassen und zu ihrer Herkunftsfamilie zurückkehren. Das konnte sie aber nur unter einer Bedingung, die ihr ihre gefühlskalte Mutter abforderte, nämlich ohne die drei Kinder. Die Geschwister lebten von nun an mit dem Vater, die Mutter hatte sie verlassen. Roberto war in den folgenden zwei Jahren der Willkür und Gewalt des Vaters hilflos ausgesetzt. Zum Beispiel musste er sexuelle Übergriffe seines betrunkenen Vaters an seiner zwei Jahre älteren Schwester miterleben. Als sich seine Mutter in Bogota in einen Touristen verliebte und sie die Emigration ins Auge fasste, suchte sie ihre Kinder wieder auf und nahm sie mit in die Schweiz.

³ von Matt, P.

In Bern hatte Roberto im Gegensatz zu seinen zwei Schwestern bereits in der Latenz grosse Schwierigkeiten mit den Kränkungen, Erwartungen und Strukturen seines Migranten- und Schulalltags. Schulabsenzen und auffälliges Verhalten waren an der Tagesordnung und ein Ausdruck seiner misslingenden Bewältigung wesentlicher Entwicklungsaufgaben der Latenz, nämlich dem Internalisieren von gesellschaftlichen Normen und Regeln. Die Grundlagen für diesen Internalisierungsprozess wurden während Robertos früher Kindheit nicht aufgebaut. Zum Beispiel verhinderte die Willkür des Vaters die Entwicklung basaler innerpsychischer Repräsentanzen der Eltern, die notwendig sind um Zusammenhänge - zum Beispiel Motive, Handlungen und Konsequenzen - zu verstehen. Bereits gegen Ende der Latenz kommt der frühreife Roberto in Kontakt mit Gangs. Alkohol, Drogen und Gewalterlebnisse prägen seine Jugendgruppe. In den chaotischen Strukturen dieser Jugendgang findet Roberto ähnliche Strukturen wie zu Hause beim Vater in Bogota. Das Introjekt seines gewalttätigen und exzessiven Vaters kommt in der Gang voll zum Zuge. Diese Identifizierung mit dem Vater hat Roberto als Kleinkind entwickelt, um die Aggressionen des chaotischen Vaters zum einen besser zu verstehen und antizipieren und zum anderen, um seine frühkindliche Abhängigkeit zum chaotischen Vater zu kanalisieren. Diese ursprünglich lebenserhaltende Identifikation bringt ihn in der Schweiz nun mit dem Gesetz und der Mutter in Konflikt, beide haben ihn damals vor dem Vater nicht geschützt. Dieses väterliche Introjekt wird jetzt dafür aktiviert, um nicht mehr Opfer, sondern Täter, aktiv Handelnder zu sein.

Mit dem Anfang der Adoleszenz eskalieren die Probleme mit Roberto zu Hause dermaßen, dass die Mutter sich beim Sozialdienst meldet und ihren Sohn in einer therapeutischen Wohngruppe platzieren lässt. Das ist der Anfang seiner Heimlaufbahn, die von Abbrüchen, Delikten und Drogen geprägt ist. Schließlich wird Roberto von der Jugendanwaltschaft in ein offenes Heim für Jugendliche mit schweren Adoleszenzstörungen eingewiesen, wo männliche Jugendliche mit Dissozialität und psychischen Störungen behandelt werden. In dieser Institution offenbart Roberto – je nachdem in welchem Segment er sich bewegt – erstaunlich unterschiedliches Verhalten. Bei der Arbeit ist Roberto von Anfang an dermaßen zurückhaltend gegenüber den Werkmeistern, dass er zeitweise als unterwürfig wahrgenommen wird. Auf der sozialpädagogischen Wohngruppe mit den anderen Jugendlichen hingegen ist er von Beginn an herrisch, rechthaberisch und verführerisch. Bereits in der ersten Gruppensitzung fordert er von allen Jugendlichen lauthals Respekt ein. Die Pädagogen/Innen berichten von einer beeindruckend gefühlskalten Mimik Robertos, die vermutlich als ein Ausdruck präverbaler Kommunikation in seiner frühen Kindheit zu verstehen ist. Sein Auftreten auf der Wohngruppe ist angsteinflößend. Roberto löst bei seinen Mitmenschen durch sein Verhalten und seine Mimik Ängste aus und wiederholt so seine eigene frühkindliche Angst vor dem Vater im Gegenüber.

In der therapeutischen Behandlung von Roberto wird deutlich, wie sehr er zu Verleugnungen neigt und wie stark seine grosse Sehnsucht nach Bewunderung ist. Dementsprechend lange sind seine Monologe bzw. Heldengeschichten, die entweder von der Eroberung von Frauen oder von Gangstergetue berichten. Robertos massive Ver-

leugnungskraft geht so weit, dass er von den Problemen in der Wohngruppe und der Werkstatt nichts wissen will und sie höchstens dann gelten lässt, wenn er den anderen die Schuld geben kann. An die frühe Kindheit in Kolumbien hat er im therapeutischen Setting keine Erinnerungen. Die Psychotherapie muss die massive Verleugnung also zulassen und andere Wege der Auseinandersetzung suchen. Das wichtigste Ziel der Therapie besteht zu allererst darin, dass er zum Therapeuten Vertrauen und eine Beziehung aufbauen kann.

Nach kaum zwei Monaten Behandlung verliebt sich Roberto in eine junge Frau vor Ort. Diese Beziehung entpuppt sich als Eingangstüre zu Robertos Gefühlen, denn er zieht seinen Therapeuten als Berater bei, ein Vertrauensbeweis. Zu Beginn will Roberto alles richtig machen. Diese junge Frau und ihre Jungfräulichkeit sind ein Sinnbild seines idealen Selbst und seines Narzissmus. Doch als sie ihn zu enttäuschen beginnt, seine Liebe nicht bedingungslos erwidert wird, bzw. sie sich auch seiner Kontrolle entziehen will, beginnt er sie zu verletzen, zu entwerten und letztlich zu hintergehen. Wird Roberto enttäuscht, greift er zurück auf sein väterliches Introjekt. In der Therapie gelingt es mit der Zeit für seine Enttäuschungen Worte zu finden, die er in einem späteren Zeitpunkt ihr gegenüber benutzt. Die Erfahrung, mit Ich-Botschaften seinen Gefühlen wie Frust und Enttäuschung mit erhobenem Haupt Ausdruck verleihen zu können, intensiviert die therapeutische Arbeit. Vor allem Bedürfnisse können im Zweiersetting in die Sprache gehoben werden, das Roberto große Freude bereitet, denn endlich hat er Worte zur Verfügung. Was bleibt ist sein großes Verlangen nach Kontrolle gegenüber der jungen Frau. Er will sie mit allen Mitteln dazu bringen, auf das Kiffen zu verzichten, und interpretiert ihre Schwäche als Beweis dafür, dass sie ihn nicht wirklich liebt. Durch Kontrolle kann er seine Angst vor Verletzungen und dem Verlassenwerden am effektivsten bändigen. Je mehr Roberto seinen Bedürfnissen Ausdruck verleihen kann, desto näher rückt die Trennung, denn er merkt, dass er keine Lust mehr auf Treue und Monogamie hat.

In der Therapie kann das väterliche Introjekt noch nicht angegangen werden. Der Bogen zur Kindheit kann nicht gezogen werden, denn Roberto verweigert jegliche Aussage. Ein Gespräch mit der Mutter und der älteren Schwester soll nun, da das Vertrauen gewachsen ist, weiterhelfen. In Robertos Anwesenheit berichtet die Schwester lange und ausführlich vom gewalttätigen Alltag im Hause ihres Vaters, als die Mutter die Kinder verlassen hatte. Nach einer Weile fügt Roberto zum ersten Mal auch seine Erinnerungsfragmente hinzu, wenn auch in einer gefühlsmäßig abgespaltenen Art und Weise.

Obwohl in dem Gespräch einige der frühkindlichen Gewalterfahrungen zur Sprache gekommen sind, gelingt es in der Therapie nicht, zwischen dem bedrohlichen und angstauslösendem Verhalten gegenüber den Jugendlichen in der Wohngruppe und den frühkindlichen Erfahrungen einen Bogen zu spannen, der Verleugnungswall bleibt unüberwindlich. Robertos Verhalten in Konflikten mit Pädagogen/Innen bleibt weiterhin von seiner Uneinsichtigkeit und von Trotz gekennzeichnet. Auch bei der Arbeit häuft sich in Konfliktsituationen sein uneinsichtiges Verhalten, was dazu führt, dass

ein externer Schnuppereinsatz bzw. ein Praktikum seines Konfliktverhaltens wegen noch nicht ins Auge gefasst werden kann. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass Roberto sowohl zu den Pädagogen/Innen als auch zu den Werkmeistern noch nicht genügend Vertrauen aufbauen konnte.

In der Annahme, dass Roberto in Konfliktsituationen einerseits erfahren sollte, dass sich sein Gegenüber entschuldigen kann und sein Fehlverhalten einsieht, werden in der Therapie Konflikte mutwillig inszeniert. Andererseits ist es für Roberto wichtig zu lernen, seine Mitmenschen, zu denen er Beziehungen pflegt, mitsamt ihren Schwächen und Marotten zu erfassen und zu schätzen. Aufgrund dieser Annahmen wird Roberto vom Therapeuten wiederholt vor den Kopf gestossen, z.B. als Roberto zu spät zur Therapie erscheint, da lässt der Therapeut bewusst einen Konflikt eskalieren. In solch einer Szene beleidigt der Therapeut Roberto unverhältnismäßig, was ihn in Rage treibt. Die Konflikte werden rasch öffentlich. Roberto stürmt aus dem Therapiezimmer und schreit durch die Gänge. Er beschimpft in aller Öffentlichkeit den Therapeuten. Als der Therapeut Roberto in der Werkstatt oder auf der Wohngruppe aufsucht, eröffnet Roberto weitere Schimpftiraden. Es kommt zu immer neuen Eskalationen. Über Tage hinweg verweigert Roberto dem ihn aufsuchenden Therapeuten das Gespräch, er besucht die Therapie nicht mehr. Der Therapeut erlebt in dieser Zeit einige Gemütszustände, die im Sinne von Gegenübertragungen auch viel über Roberto erzählen. Dem Therapeuten wird bewusst, wie sehr er Roberto enttäuscht haben muss mit seinem Verhalten. Roberto inszenierte nach dem Konflikt und den Verletzungen einen klassischen Beziehungsabbruch: „Mit ihnen will ich nichts mehr zu tun haben!“. Via Pädagogen/Innen oder Werkmeister lässt der Therapeut ausrichten, dass er mit Roberto reden will. Die Bemühungen um einen Kontakt bleiben stetig und werden von der Institution mitgetragen. Als Roberto wieder eine Therapiesitzung besucht, entschuldigt sich der Therapeut. Mit Ich-Botschaften wie: Ich hätte Dich nicht beleidigen dürfen, ich hatte einen schlechten Tag, ich kann mir vorstellen, dass meine Worte dich verletzt haben usw. wird der Konflikt aufgearbeitet, es entstehen spannende Gespräche, in welchen auch diskutiert wird, ob Konflikte mit Erwachsenen anders ausgetragen werden sollten als mit Gleichaltrigen. Der Therapeut erläutert Roberto immer wieder, dass er ihn mag und trotz Streitereien das Gespräch suche. Voller Stolz berichtet Roberto in den anderen Systemen der Institution, dass sich der Therapeut entschuldigt hat und der Konflikt geklärt werden konnte. Mit der Zeit weichen sich Robertos Konfliktmuster gegenüber den Erwachsenen auf, und es gelingen Konfliktklärungen.

Das Praktikum in einem Zweiradgeschäft entpuppt sich als wahrer Glücksfall. Roberto erarbeitet sich die Chance in diesem Betrieb eine Lehre zu starten. Gleichzeitig kann er in eine sozialpädagogisch niederschwellig betreute Wohnung der Institution eintreten und besucht nur noch einmal pro Woche die Therapie. Der Erfolg im Beruf und die mittlerweile krisengeprüfte Beziehung zum Therapeuten lassen erstmals Diskussionen über das väterliche Introjekt zu. Insbesondere die Auseinandersetzungen mit seinen Beziehungen zu Menschen, die für ihn wichtig sind wie z.B. seine Freundin, seine Mutter, seine Schwestern oder auch sein Chef im Zweiradgeschäft öffnen

dem Therapeuten immer wieder ein Fenster für eine Reflektion des väterlichen Introjekts. Sowohl die Mutter als auch die Schwestern werfen Roberto in Konfliktsituationen vor, er sei wie der Vater, d.h. ein Täter, ein Taugenichts und dies obwohl er der einzige in der Familie ist, der nun eine Lehre absolviert. Roberto wird von diesen Zuschreibungen sehr verletzt, und so können Bezüge zu seiner Vergangenheit aufgestellt werden. Konstrukte und Begriffe wie Traumata oder High Emotions können eingeführt werden. Diese Begriffe sind eine wichtige Grundlage für die Einkreisung des väterlichen Introjekts. Im Sommer 2010 wird Roberto Vater. Mit der Kundgebung der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft und nach der Geburt erfährt der bisherige Verlauf der Therapie deutliche Einschränkungen. Roberto's Leben wird von der Vaterschaft dermaßen aufgewühlt, dass der Therapeut froh ist, wenn ihm die Felle nicht davon schwimmen. Im April 2011 wird Roberto aus seiner Maßnahme entlassen, nach dreijähriger Arbeit wird die Therapie beendet. Roberto wohnt zur Zeit mit Frau und Kind in einer Einzimmerwohnung, und es fehlt ihm noch ein Jahr für den Lehraabschluss.

Fallbeispiel Claudio

Der aus Santiago de Chile stammende 17jährige Claudio wurde als Kleinkind von einem Schweizer Ehepaar adoptiert und aufgezogen. Die Adoption erweist sich zuerst als Glücksfall. Entwicklungsrückstände werden schnell aufgeholt und im Erlernen von Kulturfertigkeiten erweist sich Claudio als talentiert. In der Latenz zeigt er ein außergewöhnliches Gespür für Kunst und Musik. Mit dem Eintritt in die Adoleszenz bricht die vermeintliche „heile“ Welt durch Klinikaufenthalte der Mutter und Trennung der Eltern auseinander. Überforderung, erzieherische Fehlentwicklungen und Gewalt führen dazu, dass Claudio aus der Bahn gerät und sozial auffällig wird. Die frühe Kindheit scheint wieder virulent zu werden.

In einer mehrheitlich aus ausländischen Jugendlichen bestehenden Gang sucht Claudio aktiv nach Grenzerfahrungen. Durch Alkohol, Drogen und Gewalterlebnisse in der Gruppe fühlt er sich als starker mächtiger Mann. Das unterstreicht er mit spezifischen Accessoires, mit denen eine bewusste Grenze zwischen sich und den anderen gezogen wird. Dahinter steckt eine schwere narzisstische Identitätskrise, die Leere und Selbstentfremdung kaschieren soll. In der inneren Vertrautheit der Jugendgang findet Claudio ähnlich verwahrloste Situationen und Strukturen wie in den Armenvierteln von Südamerika. Nur ist er jetzt nicht mehr passiv erdulnd wie als Baby, sondern aktiv handelnd. Gefühle von Frust, Wut und Hass werden in der Gruppe durch Gewalt und Vandalismus kanalisiert.

Auf Veranlassung der Behörden kommt es nach diversen abgebrochenen stationären Aufenthalten in Jugendheimen zu einer Platzierung in einem Heim für Jugendliche mit schweren Adoleszentenstörungen, wo männliche Jugendliche mit Dissozialität und psychischen Störungen behandelt werden, denen weder eine Psychiatrie noch ein herkömmliches Jugendheim gerecht wird.

Claudio ist der Behandlung gegenüber äusserst feindselig und misstrauisch eingestellt. Dementsprechend harzig und zäh verlaufen die ersten Gespräche. Leere Dialoge, ablehnendes Schweigen und ein verängstigt gesenkter Blick bestimmen die ersten Kontakte. Ab und zu lässt er sich auf kurze Monologe mit prahlenden Gesten und gewaltverherrlichenden Geschichten ein. Äusserlich wird diese Zugehörigkeit mit einem nach oben frisierten Kamm, weißen Kleidern und einen auffälligen Playboy Ring unterstrichen. Obwohl er als Adoptivkind seit dem zweiten Lebensjahr die Schweizer Staatsbürgerschaft besitzt, fühlt er sich als nicht zugehöriger krimineller Ausländer.

Therapie erachtet Claudio als langen Arm des Gesetzes und der Pädagogik, die nur eine braves und angepasstes „Büebli“ aus ihm machen will. Diesem Dilemma begegnet man oft in der Psychotherapie mit delinquenten Jugendlichen. Das hat einerseits mit dem Strafcharakter einer verordneten Therapie zu tun. Andererseits ist es aber auch ein Dilemma der Adoleszenz. Jugendliche haben den natürlichen Drang nach Selbständigkeit und Ablösung von der Erwachsenenwelt. Therapie bedeutet aber ein sich einlassen auf eine Beziehung zu einem Erwachsenen. Für den Therapeuten ist das eine Gratwanderung, die viel Fingerspitzengefühl erfordert. Die gewählte Therapieform wird deshalb sekundär; der Therapeut muss vor allem die Bereitschaft haben, sich auf die besonderen Bedingungen des Adoleszenten einzulassen und ihn da abzuholen, wo er sich befindet. In Claudios Fall ist das primäre Ziel, überhaupt erst Kontakt und Beziehung herzustellen.

Durch die innere Haltung der Akzeptanz, der Achtung und Wertschätzung für den gewählten Lebensentwurf beginnt sich Claudio nach einigen Wochen langsam zu öffnen. In der Therapie nennt er sich „King Claudio“ oder „Don Claudio“. Mit den Frauen sei er ein „Player“ nach dem Motto „Schnell ficken und dann weg“. Dank interessiertem und neugierigem Nachfragen des Therapeuten zeigt er ihm nach zwei Monaten stolz sein Internetprofil, wo er sich als Gangster mit vermurmeltem Gesicht und einer Softgun präsentiert.

In der Wohngruppe wird er neben den gewaltverherrlichenden Auftritten eher als zurückgezogen, ängstlich und misstrauisch wahrgenommen. Einerseits provoziert er andere im öffentlichen Raum und in der Nachbarschaft und versucht „krass“ zu sein, andererseits getraut er sich nicht, in den Pausenraum der Werkstatt zu gehen oder Mitjüngliche in den Ausgang zu begleiten. Es kommt zu Gewaltvorfällen und dem Etablieren eines Schattenregimes mit Einschüchterungen, was schlussendlich auch zu zwischenzeitlichen Time-Outs in psychiatrischen Kliniken führt. Neben dieser Problematik schafft er es, die Mitarbeiter mit virtuosem Klavierspiel, selbst verfassten Gedichten, gemalten Naturlandschaften und sensiblen einfühlsamen Liedtexten zu beeindrucken. Irritierend ist nur, dass er am nächsten Tag wieder unnahbar mit Kontaktabbruch, Misstrauen und Aufruf zu sadistischer Gewalt Distanz herstellt und Ängste hervorruft.

Durch das Gespräch gibt es zwar eine Differenzierung der unterschiedlichen Strebungen, aber noch keine Integration. Die Zwischenräume der aggressiven, abgewendeten

unnahbaren und Angst machenden Teilpersönlichkeiten zu den einfühlsamen, talentierten und gewinnenden Anteilen sind enorm. So hat man als Gegenüber entweder den „delinquenten Sadisten“, den „einfühlsamen Latino“ oder den begabten „Künstler“ vor sich.

Menschen wie Claudio verfügen zwar über ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und innerer Vorstellungskraft, können auf Grund massiver Ängste und Misstrauen nur ungenügend für eine herkömmliche Gesprächspsychotherapie erreicht werden. So wurde Claudio dazu angeregt, für ihn bedeutsames kreatives Material wie Lieblingsfilme, Bilder, Songtexte und Musik in die Therapiestunde mitzubringen. Der Kontakt über etwas Drittes ist weniger angsteinflößend. Wer nicht über seine Probleme, Sehnsüchte und Wünsche reden will, kann mit Hilfe stellvertretender Geschichten und Bilder seiner Thematik einen plastischen Ausdruck vermitteln. Dieses Vorgehen erlaubt, den Blickwinkel zu erweitern, die eigene Wahrnehmung zu fördern und die Fähigkeit zum inneren Dialog zu erweitern.

So kommt es, dass Claudio mit dem Therapeuten Horrorfilme über Psychopathen und Serienkiller anschauen will. Einerseits geht er damit auf die Aufgabe ein, andererseits meint er, dass er jetzt sehen will, ob der Therapeut auch wirklich genügend starke „Eier“, das heisst Mut habe, um das mit ihm durchzustehen. Claudio hat sich früher mit anderen Jugendlichen an solchen Filmen berauscht und Teile davon real nachgespielt, was ihm in der Gang den anerkennenden Spitznamen „Psycho“ einbrachte. Eine dieser Filmfiguren ist der psychopathische Serienkiller Jigsaw aus der Horrorfilmreihe *Saw*⁴, der seine Opfer auf voyeuristische Art und Weise kreativ tötet. Bei den Opfern handelt es sich immer um Personen, die das Leiden und Sterben durch persönliche Fehlritte „moralisch“ verdient haben. Der Täter tut dies aber nicht einfach mit einem Schuss aus der Pistole. Er lässt seine ausgesuchten Opfer lange zapeln.

In der Praxis ist zu beobachten, dass Jugendliche wie Claudio zu Beginn einer Behandlung sich häufig mit Filmfiguren aus Action und Horrorfilmen identifizieren. Delinquente Jugendliche mögen Filme von Outlaws, die Männlichkeitsattribute zur Schau tragen und gemäss ihren Idealen für Gerechtigkeit sorgen. Der Horrorfilm verknüpft neben dem moralischen Element der Schuld und der Sühne auch die psychologische Ebene der nahenden psychotischen Welt. Die Protagonisten haben ihr Leben zu Beginn des Films noch im Griff, bis etwas Unerwartetes und massiv Bedrohliches eintritt. Die Vorboten sind zu Beginn noch diffus, werden aber zunehmend stärker. Es kommt zu einer Atmosphäre von Angst und Misstrauen. Die Grenzen zwischen Opfer und Täter werden fließend. Ständig ist die Angst da, den Verstand und die eigene Identität zu verlieren.

Im Falle von Claudio macht die Identifikation den Anschein, als würde er Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften seiner Idole so nachahmen, als wäre er direkt aus einem der Filme geschlüpft. Woody Allen zeigt dieses Phänomen eindrücklich im

⁴ *Saw* (2001). Regie: James Wan. Darsteller: Danny Glover, USA

amerikanischen Spielfilm *The Purple Rose of Cairo*⁵, in dem eine unglückliche Kellnerin sich in die Phantasiewelt des Kinos flüchtet. Zu ihrer großen Überraschung verlässt der von ihr heiß geliebte Schauspieler auf einmal die Leinwand und steigt in Fleisch und Blut zu ihr hinunter. Hier vermischt sich die Realität zwischen Schein und Sein, zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“.

Durch den Einbezug der sadistischen Täter auf der äußeren Leinwand war auf einmal im Gespräch eine Symbolisierung möglich, wo vorher nur Leere war. Aus sicherem Abstand trafen sich Klient und Therapeut mit unangenehmen und beängstigenden Themen, die bisher nur zu Misstrauen und Kontaktabbruch geführt hatten. Durch die Wertschätzung seines Mediums und seiner Geschichte konnten die Zwischenräume mit Wörtern ausgefüllt, Gedanken geordnet und in einen neuen Zusammenhang gestellt werden. Durch das Bereitstellen einer Ordnungs- und Übersetzungsarbeit verstand Claudio immer besser, wie er selber auf sein Umfeld wirkt, was mit ihm passiert ist und was hinter dem steht, was ihn so bewegt und verwirrt. Dabei zeigte sich, dass er durch jede Rolle irgendwann einmal Gefühle von Anerkennung, Stolz, Zugehörigkeit und Spass erfahren hat. Dass es aber auch darum geht, zu unterscheiden, wo man jetzt gerade ist und welche Rolle für den passenden Kontext geeigneter wäre.

Die Adoleszenz ist eine Phase der Veränderung. So wie die Dramaturgie eines Horrorfilms Themen von Auferstehung und Transformation in sich trägt, so hat sich auch Claudios Rollenvielfalt und vor allem das Rollenverständnis verändert. Das Ende der delinquenten Werthaltung wird mit einer zwischenzeitlichen Identifikation mit Marlon Brando als pensionierten Mafioso im Film *Der Pate*⁶ eingeläutet. Mit der Aussicht auf ein normales Leben mit Beginn einer Lehre wird auch dieses Gewand abgestreift, und er widmet sich vermehrt dem Gitarrenspiel, dem Aufnehmen eigener Lieder und dem Kontakt mit Gleichaltrigen. Hier übrigens zum ersten Mal ohne filmische Leitbilder.

Kommentar zu den Fallgeschichten

Bei Roberto geht es um die Verletzungen, die er in der Kindheit erlebte: vor allem nachdem die Mutter die Familie verließ und die Kinder einem Vater auslieferte, der als Alkoholiker nicht imstande war, für sie zu sorgen, und sie gewalttätig und die Mädchen offenbar auch sexuell missbrauchte.

Was bedeutet nun die Annahme, dass er in der Adoleszenz mit seiner Zugehörigkeit zur Peergroup und deren Verstrickung ins Dissoziale „etwas“ (was genau?) aus seiner Kindheit wiederholt?

Auch der Psychiater anerkennt in seinem Gutachten, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen R.s dissozialem Verhalten und der schweren Vernachlässigung in der

⁵ *The Purple Rose of Cairo* (1985). Regie: Woody Allen; Darsteller: Mia Farrow, Jeff Daniels, USA

⁶ *Der Pate* (1972). Regie: Francis Ford Coppola.

Kindheit und befürwortet eine Bearbeitung der frühen Traumata. Es heisst dort weiter, R. sei maßnahmebedürftig, unter bestimmten Bedingungen maßnahmefähig, aber nur sehr bedingt maßnahmewillig. Weil R. also nicht einsichtig ist, könnten die Maßnahmen nur gegen seinen Willen durchgeführt werden. Dazu müsste er in eine geschlossene Institution. An diesem Beispiel kann man das therapeutische Dilemma aufzeigen: einerseits soll R. die frühkindlichen Traumata aufarbeiten, andererseits soll er zuerst einmal in eine geschlossene Institution, um den Drogenentzug durchzuführen. Worin soll nun die Aufarbeitung der frühen Traumata bestehen? Jeder Mensch muss die Folgen traumatischer Erfahrungen tragen – gleichgültig, in welcher Phase seines Lebens sie ihm zugestoßen sind.

Drogen und Dissozialität können in diesem Zusammenhang sozusagen als „spontane Auseinandersetzungen mit den frühen Traumata“ und entsprechend als unbewusste Formen ihrer Aufarbeitung interpretiert werden. Sie sind zwar gesellschaftlich verpönt und verboten, trotzdem aber Formen der Auseinandersetzung. Nimmt man diese den Individuen ersatzlos weg, so wird die Aufarbeitung unmöglich. Indem man R. nicht nur die Möglichkeit der spontanen Auseinandersetzung nimmt, sondern ihn auch in eine Zwangssituation bringt, die für Einsichten nicht gerade förderlich ist, hindert man ihn gerade daran, das zu erreichen, was man ihm zur Heilung empfiehlt: die Aufarbeitung früher Traumata.

Seit jeher waren in der Regel unbewusste „Wiederholungen“ der Königsweg zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Die traumatische Situation wurde so oft wiederholt, bis das Individuum eine neue Lösung fand, das heisst bis die Wunden, die das Trauma ihm psychisch zugefügt hatte, ausheilen und damit die entstandenen Entwicklungsdefizite ausgleichen konnten. Die Religion spielte dabei eine zentrale Rolle. Sie thematisierte alle möglichen traumatischen Situationen, versuchte, diese in religiöse Zusammenhänge einzuordnen und Trost zu spenden. Die Grundstruktur der Verarbeitung bestand in erster Linie darin, das als passiv erlebte Trauma ins Aktive zu wenden. Sei es, dass das Individuum die Situation aktiv aufsuchte, sei es, dass es das Trauma weitergab und anderen zufügte, was es selbst erlitten hatte.

Die Annahme, dass der Wiederholung zumindest die Chance der Heilung zugrunde liegt, ist zentral. Wir müssen deshalb aufzeigen, dass die Dissozialität den Charakter einer Wiederholung hat.

Nun kann es ja nicht sein, dass man dissoziales Verhalten, Schädigung anderer Menschen, ebenso wie Selbstschädigungen gestatten soll, „damit“ die Auseinandersetzung mit den frühen Traumata stattfinden und die alten Wunden geheilt werden können. Die spannende Frage, die sich stellt, lautet also: Womit kann die „unbewusste spontane Lösung“ ersetzt werden? Mit dem Jugendlichen muss die dissoziale spontane Lösung als Wiederholung frühkindlicher Traumata durchgearbeitet werden und Marc Stoll hat bei Claudio dazu die Auseinandersetzung mit Filmen eingesetzt, aber es gibt auch andere Möglichkeiten, etwa Theater und andere Formen von Inszenierungen. Herr Campanello etwa reinszenierte mit Roberto einen alten Konflikt, um ihn einer neuen

Lösung zuzuführen. Die Kreativität des Therapeuten wird in solchen Fällen aufs Äusserste herausgefordert.

Betrachten wir zum Schluss nochmals die drei Formen von Erfahrungsdrang in den zwei Fallgeschichten: Sexualität und Aggression spielen bei beiden Jugendlichen eine entscheidende Rolle im Hinblick auf ihre Erfahrungen. Wir hören, dass Roberto kurz nach seiner Entlassung Vater geworden ist. Damit eröffnet er sich einen neuen weiten Bereich, um auf Grund der Beziehungen zu Mutter und Baby andere Erfahrungen zu machen als die, die er selber als Kind einst gemacht hat. Für Claudio ist es nicht die Neugründung der Familie, sondern die Arbeit, von der er sich eine neue Zukunftsperspektive erhofft. Bei beiden Jugendlichen nahmen die Grössen- und Allmachtsphantasien einen breiten Raum ein und verlockten sie zum Dissozialen und Gewalttätigen. Dass man sich Wünsche mit Hilfe von Gewalt erfüllen kann, war eine Vorstellung, die von den Jugendlichen nicht leicht aufgegeben werden konnte. Gleichzeitig aber sahen wir, dass in der Anwendung von Gewalt auch noch ganz andere Kräfte mitwirkten. Die Gewaltbereitschaft entstand auch in Zusammenhang mit dem Wiederholungszwang und im Dienst der Wiedergutmachung früherer Traumata durch die Wendung vom früher passiv Erlebten ins aktiv im Heute Getätigten. Der Abbau der Gewalt war nur in dem Maße möglich, als ihre Funktion der Wiedergutmachung der frühen Traumata aufgehoben werden konnte. Nun konnten auch die Omnipotenzphantasien anders eingesetzt werden. Roberto setzt sie ins Familiäre um, indem er Vater wird und eine Familie gründet; Claudio hingegen wendet sich mit Begeisterung der Arbeit zu.

Der Generationenkonflikt schliesslich ist in beiden Fallgeschichten deutlich greifbar: Bei Roberto in seiner Auseinandersetzung mit der Mutter und in seinem inneren Kampf mit dem väterlichen Introjekt; bei Claudio ist das Ganze komplizierter und schwieriger, weil er adoptiert worden ist. Wie kann er den Konflikt austragen, wenn seine leiblichen Eltern ihn ursprünglich aufgegeben und die Schweizer ihn aufnehmen und ihm so auch eine neue Chance boten? Hinzu kam aber noch, dass die neue Familie, gerade als er in die Pubertät kam, auseinander fiel und ihm die unmöglich zu erfüllende Aufgabe übertrug, die Familie zusammen zu halten.

Literatur

- Fonagy, P. (2000) Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In P. Fonagy & M. Target (2003), Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung (S. 31-48). Giessen: Psychosozial.
- Muri, G. (1999). Aufbruch ins Wunderland. Ethnographische Recherchen in Zürcher Technoszenen 1988-1998. Zürcher Beiträge zur Alltagskultur, Bd. 8. Zürich, S. 149.

Fallbeispiel Bulimie im Kontext psychodynamischer Denkkonzepte

Erika Toman

Zusammenfassung

Im Fallbeispiel wird gezeigt, wie bei der Behandlung der Bulimie sowohl das Verhalten der Betroffenen als auch ihr Erleben im Zusammenhang mit ihrer individuellen psychodynamischen Konstellation verstanden und behandelt werden kann.

Schlüsselwörter

Essstörungen, Bulimie, Anorexie, Psychodynamik

Fallbeispiel: Anna

Der vorgestellte Fall handelt von Anna. Zu Beginn der Therapie war sie 28 Jahre alt. Bei einer Grösse von 1.60 wog sie 50 kg, was einem „idealen“ BMI von 19.5 entsprach.

Sie gab an, mit 13½ Jahren bereits ausgewachsen gewesen zu sein und 64 Kg (BMI 25) gewogen zu haben. Trotz dieses Gewichts habe sie sich wohlgeföhlt und sei sehr überrascht gewesen, als plötzlich einige Mitschüler anfangen, sie des Gewichts wegen zu hänseln. „Fettsack“ haben ihr einige ein-, zweimal in der Turnstunde zugerufen. Das sei kurz vor den Sommerferien vorgefallen und habe sie geschockt. Sofort habe sie beschlossen abzunehmen.

Nach den Ferien, zehn Wochen später, war Anna 15kg leichter und wog noch 49kg, ein Jahr später noch 36kg (BMI 13). Dieses Gewicht habe sie ein gutes Jahr gehalten. Als sie dann plötzlich weitere zwei Kilogramm verlor, kam sie mit 16 Jahren in eine stationäre Behandlung einer psychosomatischen Klinik, sehr auf Druck ihrer Eltern. Dort nahm sie in 16 Wochen 12kg auf 48kg (BMI 19) zu. Nach der Entlassung fingen die zu Beginn der Behandlung bestehenden Essanfälle an, bald vom Erbrechen gefolgt. Zudem trat neu Drogenkonsum auf, mit wilden Partys und wechselnden Sexualpartnern.

Nach Austritt aus der Klinik habe die Patientin ein halbes Jahr lang eine Gesprächspsychotherapie gemacht. Mit 18 Jahren sei sie für zwei Monate wiederum in eine psychosomatische Klinik gekommen, diesmal zur Behandlungen der Drogenabhängigkeit mit anschließender Kinesologie-Behandlung während sechs Monaten.

Danach nahm Anna fast zehn Jahre lang keine Behandlung in Anspruch. Die Patientin erbrach jedoch jede Mahlzeit und hatte bis zu 20 Ess-Brech-Anfälle wöchentlich. Die Behandlung bei mir nahm sie unter „Zwang“ auf. Ihr Zahnarzt hatte diese Behandlung „verordnet“, da ansonsten die Sanierung der Zähne, die inzwischen in einem desolaten Zustand waren, nicht vorgenommen werden konnte.

Trotz dieser „Fremdmotivation“ kam die Patientin nach anfänglichem Misstrauen bald sehr motiviert zur Therapie, arbeitete intensiv mit und beschloss, die „verordnete“ Therapie als Chance für sich zu sehen und zu nutzen.

Die Patientin fürchtete sich vor dem Essen, das sie generell als „gefährlich“ ansah und meinte, sämtliche normalen Nahrungsmittel würden bei ihr zum Anschwellen des ganzen Körpers führen. Dieses könnte nur mit Hilfe des Erbrechens beseitigt werden.

Neben der massiven Essstörung war die Patientin beruflich und sozial gut integriert. Sie arbeitete 100% und hatte einen festen „Ex-Freund“ mit wechselnden aktuellen Affären. Sie unterhielt Kontakt zu ihren Eltern, die seit ihrem 14 Lebensjahr geschieden waren. Die Mutter beschrieb die Patientin als „nervenkrank“, in einer eigenen Welt lebend. Die gelegentlich eingestreuten kurzen Beschreibungen der Mutter ließen vermuten, dass bei ihr eine schizophrene Erkrankung vorliegt. Der Vater wurde als kompakt und gesund geschildert und war wieder verheiratet. Geschwister hat Anna keine.

Die Patientin erlaubte sich nur eine sehr reduzierte Nahrungsaufnahme. Wenn sie aß, dann hastig und unkontrolliert. Essen und Erbrechen beschrieb sie als die einzige Art, sich zu beruhigen. Sie hatte Lust zu Essen, das Erbrechen befreite sie dann von den Konsequenzen, der gefürchteten Gewichtszunahme. Auch der allerkleinste Teil der „schlechten“ Nahrung durfte nicht verdaut werden, wurde als unverdaubar erlebt und musste hinausbefördert werden, bevor er die Patientin „verpestete“. Sie fühlte sich schlecht und kotzte das Schlechte aus sich heraus.

Einführende Informationen zur Bulimie

Einige einführende Informationen zu Epidemiologie, Krankheitsverlauf und Outcome der Bulimie: Die Bulimie ist eine Frauenkrankheit. 90% der erkrankten Personen sind Frauen, 10% Männer. Der Anteil der betroffenen Männer ist steigend, vorwiegend derjenigen, die im Showbusiness und in der Modebranche tätig sind.

Die Prävalenz von Bulimie bei Mädchen und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren wird in einschlägigen Untersuchungen mit 3-6 % angegeben (Reich & Cierpka, 2010). Der häufigste Zeitpunkt der Ersterkrankung liegt zwischen 14 und 18 Jahren. Die Bulimie ist eine Krankheit der westlichen Welt, der sogenannten zivilisierten Gesellschaft. Die Diagnose Bulimie ist seit 1980 klassifiziert, dennoch ist die Bulimie heute noch eher eine heimliche Krankheit. Hier ein Vergleich zur Anorexie: Von 370 jungen Frauen, die in der Gemeinschaft als an einer Anorexie erkrankt auffallen, werden 127, nämlich 34%, psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt. Von 1500 an Bulimie erkrankten Frauen sind es gerade 87, das entspricht 5,8% (Hoeck, 1995). Bulimische Frauen leiden durchschnittlich sechs Jahre an der Erkrankung, bevor sie fachliche Hilfe beanspruchen.

Die Bulimie ist eine Erkrankung, die in 20% der Fälle chronisch verläuft. In 20-30% der Fälle tritt eine deutliche Besserung ein, und in 50-60% der Fälle eine vollständige Genesung. Selten kommen Spontanremissionen vor. Die Sterberate ist im Vergleich zur Anorexie gering, die Beeinträchtigung der Lebensqualität hingegen enorm.

Die Themen der Bulimie sind zunächst scheinbar vollständig um den in der Regel weiblichen Körper zentriert. Hierbei wird der schlanke bis magere, perfekt durchtrainierte, möglichst fettfreie Körper idealisiert. Das Spektrum der möglichen Schönheiten eines weiblichen Körpers wird beschnitten und eingengt (Orbach, 1979; Fallon et al., 1994). Die Thematik der Krankheit dreht sich scheinbar fast ausschliesslich um den Pol der äusseren Schönheit. Dabei werden körperliches und seelisches Unwohlsein verdichtet und auf den „unvollkommenen“, von einer Gewichtszunahme bedrohten Körper projiziert. Die Thematik des Abgelehnten, Unverdaubaren, die nicht ausschliesslich um die körperliche Schönheit zentriert ist, bleibt zunächst verborgen.

Beim Versuch, diese Erkrankung zu verstehen, begegnen wir Stichworten wie Genetik, Psychodynamik, Familiendynamik, Komorbidität, Motivation, psychosoziale Zusammenhänge, Realtraumata, Psychobiologie, erlerntes Fehlverhalten, dysfunktionale Kognitionen und anderem (Fichter, 1985; Brownell & Fairburn, 1995). Auf dem Verstehen der Erkrankung gründen die Behandlungsansätze, die eine grosse Breite aufweisen: So zum Beispiel die psychoanalytische Psychotherapie, Selbsthilfemanuale, stationäre Psychotherapie, Familientherapie, Psychoedukation, Bewegungs-, Mal- und Musiktherapie, kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) u.a. (Gerlinghoff & Backhaus, 1995; Herzog et al., 1997; Reich & Cierpka, 2010; Schmidt & Treasure, 2000; Stahr, 2009).

Das Erleben der Betroffenen

In der Folge möchte ich nun versuchen, aus der Fülle und der Komplexität der Verstehens- und Behandlungsansätze von Essstörungen einige Hauptthemen herauszugreifen, die mir für das Verstehen der Bulimie, sozusagen von innen heraus, zentral erscheinen.

Wenn wir eine bulimische Patientin beobachten, so stellen wir fest, dass sie während den Mahlzeiten nicht oder im Übermass isst, dass sie nach dem Essen verschwindet, oder dass sie nur bestimmte Nahrungsmittel zu sich nimmt, Essen im Zimmer hortet, Laxantien in grossen Mengen verbraucht, eventuell stiehlt oder lügt, sich häufig wiegt und Verabredungen nicht einhält (Gerlinghoff & Backmund, 1987). Die krankhafte Furcht davor, dick zu werden, die selbst gesetzte Gewichtsgrenze weit unterhalb des prämorbidem, vom Arzt als optimal oder gesund betrachteten Gewichts und die Selbstbewertung, die übermäßig von der Figur und dem Gewicht abhängt, findet man auf der Ebene des Verhaltens nicht. Dafür müssen wir uns beim Erleben, Denken und Fühlen der Patientin umsehen. Hier finden wir die andauernde Beschäftigung mit Essen, massive innere Unruhe und innere Spannungen, Selbstwertprobleme, Selbstbewertung wird massiv an die Figur und das Gewicht geknüpft, Neid und Rivalität, Ohnmacht, Scham, Angst vor dem Erwachsenwerden, Schlanksein als Ideal, Verwirrung, Chaos, orgiastisches Erleben beim Ess-Brech-Anfall, Ekel, Mühe mit Abgrenzung, Leere, Langweile und Trauer sind vorherrschende Gefühle. Ein Merkmal aus dieser Liste findet Eingang in die Diagnostik und Klassifikation der Bulimie, nämlich die Selbstbewertung, die stark an die Figur und das Gewicht geknüpft ist (Jacobi, 1991). Erst im Verlauf der Therapie werden die fehlgeleiteten Verknüpfungen gelockert und das Verschobene wieder zurechtgerückt.

Ich möchte nun einige Ausschnitte aus Gesprächen mit Essstörungspatientinnen zitieren, die verschiedene Phasen des therapeutischen Prozesses widerspiegeln:

“Ich weiß gar nicht, was die Eltern haben, warum es so schlimm sein soll. Ich esse einfach nicht mit der Familie. Ich habe es auch nicht gerne, wenn sie mich ausfragen. Für die Eltern, insbesondere für die Mutter, gehe es nicht mehr so weiter. Angeblich zerstöre ich das ganze Familienleben. Mein Ziel wäre es jedoch, noch weiter abzunehmen, notfalls mit Hilfe des Erbrechens. Ich möchte wie Kate Moss aussehen, das ist mein größtes Ideal. Ich möchte aber die Beziehung zu meiner Familie nicht zerstören, ich möchte, dass es zu Hause geht und ich glaube, mir bleibt nichts anderes übrig, als mich behandeln zu lassen.“

Diese Aussage zeigt eine noch fast vollständige „Verschobenheit“ der Thematik Identitätssuche und Selbstwert auf Aussehen und Figur auf. Die Patientin denkt nicht daran, sich zu ändern, resp. denkt über Veränderung nur aus Liebe zu ihrer Familie nach.

Ein anderes Zitat zeigt einen grösseren Selbstbezug der Patientin, einen besseren „Kontakt“ zum Symptom:

“Seit Jahren nehme ich mir vor, dieses dumme Verhalten loszuwerden. Ich schaffe es einfach nicht, mit dem Erbrechen aufzuhören. Ich kann mich an meine Essvorgaben nicht halten, esse dann mehr, als ich mir vorgenommen habe, und denke dann, dass es nicht mehr darauf ankommt. Danach esse ich grosse Mengen und erbreche sie. Ich finde dieses Verhalten schlecht, ich möchte es loswerden. Ich möchte jedoch auf gar keinen Fall zunehmen, eher etwas abnehmen, bei meiner Grösse von 1,68 m könnte ich höchstens 50 kg akzeptieren.“

Zwei andere Zitate von Patientinnen, die recht eigenmotiviert in der Therapie stehen:

“Während des Tages esse ich schon recht regelmäßig, aber manchmal, insbesondere abends, halte ich es mit mir selber nicht mehr aus. Ich fühle mich dann so leer und unruhig und beginne dann wieder mit dem Essen, obwohl ich gar keinen Hunger habe und dann geht es wieder los wie früher, oder ich kann Stress einfach nicht aushalten. Essen ist meine Art mit Schwierigkeiten fertig zu werden. Ich weiss nicht, was ich ohne dieses Ventil machen würde, und doch möchte ich es unbedingt ohne versuchen.“

„Ich denke immer, wenn ich so eine Krise habe, wenn ich doch nur zehn Kilogramm weniger wiegen würde, dann würde alles viel besser gehen, aber ich weiß inzwischen, dass ich mich genauso gefühlt habe, als ich zehn Kilogramm weniger hatte. Dass dieses Gefühl, wenn ich weniger wäre, ginge alles viel besser, nie aufhört. Es ist irgendwie eine Sackgasse, da will ich nicht weiter hinein, da muss ich raus.“

Und hier die Aussage einer Patientin, die schon weit ist im Begreifen, welchen Stellenwert und welche Funktion die Symptome ihrer Essstörung habe:

“Gestern hatte ich wieder eine solche Wut auf meine Mutter, nachdem sie mich am Telefon eine Stunde lang belabert hatte. Danach bin ich jedoch ins Stationszimmer gegangen und habe kurz mit Frau Meier gesprochen, dann ein Bad genommen und meiner Mutter einen Brief geschrieben. Danach ging es mir wieder gut und ich war stolz auf mich, nicht gegessen und erbrochen zu haben.“

Motivation zur Behandlung

Es gibt nicht die Motivation zur Veränderung als solche, sondern die Motivation zur Veränderung einzelner Symptome. Bei der Bulimie sind klar die ich-syntonen von den ich-dystonen Symptomen zu unterscheiden.

So wird meistens das ich-dystone Symptom Ess-Brech-Attacke als Eintrittskarte in eine Therapie präsentiert. Die ich-syntonen Symptome jedoch, nämlich das Zielgewicht im unteren Normbereich zu halten, das Selbstwertgefühl fast vollständig an Aussehen und Figur zu binden und oft auch Stehlen, Lügen und andere akzessorische Phänomene, werden zunächst nicht zum Ziel der Veränderung gemacht. Der Behandler gerät damit in das typische Dilemma der Bulimiebehandlung: Die Patientin will keine Ess-Brech-Anfälle mehr haben, will jedoch gleichzeitig nicht essen, da sie Gewichtszunahme befürchtet und weitere Gewichtsabnahme anstrebt. Damit stellt sie sich gegen eine der wichtigsten Verhaltensänderungen, die für das Überwinden der Bulimie notwendig sind, nämlich die Rhythmisierung der Nahrungsaufnahme und den, zumindest vorübergehenden, Verzicht auf Gewichtsabnahme.

Zur Psychodynamik der Erkrankung

Nun möchte ich auf verschiedene psychodynamische Konzepte zu sprechen kommen, die für mich äußerst hilfreich waren und sind beim Versuch, die Dynamik der Bulimie zu verstehen, insbesondere die Theorie über Separation und Individuation von Margreth Mahler.

Das psychoanalytische Verständnis der Essstörungen geht auf Sigmund Freud zurück, der die Bulimie, resp. das psychogene Erbrechen als den Ausdruck einer darunter liegenden oral-sadistischen, kannibalisch-sexuellen Phantasie deutete. Das Bild oraler Sexualität eventuell mit Verschlucken des Geschlechtsgliedes des Vaters wurde diskutiert. Das psychogene Erbrechen wurde als hysterisches Symptom gedeutet, welches aus unbewussten sexuellen Konflikten entsteht. Ohne diesen Ansatz besonders vertiefen zu wollen, möchte ich auf das Konzept der fehlgeleiteten libidinösen Besetzung hinweisen, die zum Vermischen der oralen und genitalen Energien führen kann. Dabei taucht das Bild bulimischer Patientinnen auf, die oft grosse Schwierigkeiten beim Essen in Gemeinschaft formulieren. Primär, sozusagen von außen gesehen, sind das Bedürfnis und der dahinter spürbare Druck nicht zu verstehen. Die Patientinnen wollen einfach beim Essen nicht beobachtet werden, sie schämen sich, wenn man sieht, dass es ihnen schmeckt, wobei sie nicht nur während des gierigen Essanfalles, sondern auch während nicht zu Essanfällen führenden Mahlzeiten nicht beobachtet werden wollen und am liebsten alleine essen. Es käme ihnen vor, als würden sie etwas Intimes öffentlich machen, sie würden sich schämen und sich schlecht vorkommen, berichten sie. In diesem Zusammenhang erwähnt Freud die oben erwähnte Phantasie mit Verschlucken des Geschlechtsgliedes des Vaters, welche auf die innere Realität der Patientin hinzielt. Heute wissen wir jedoch, dass häufig Realtraumata zur Geschichte bulimischer Patientinnen gehören. 60-80% stationär behandelte Patientinnen mit Bulimie weisen eine Missbrauchsgeschichte mit sexuellem Übergriff, Inzest oder Vergewaltigung auf, zu welcher nicht selten auch Nötigung zum oralen Geschlechtsverkehr gehört (Masson, 1984). Diese Leiden sind dem Patienten oft nicht bewusst, das Unverdaubare dieser Erfahrungen drückt sich nur verschoben in der bulimischen Symptomatik aus.

Ich möchte nun auf die Individuations- und Separationsphasen nach Margaret Mahler (1979, 1980) eingehen, da Schwierigkeiten mit der Separation und Individuation ein zentrales psychodynamisches Thema der Bulimie darstellen. Auf dem Hintergrund des bereits Geschriebenen möchte ich besonders den von allen Patientinnen geschilderten Zustand vor einem Ess-Brech-Anfall ins Bewusstsein rufen.

Alle Patientinnen berichten von starker innerer Unruhe und Spannung und haben das Gefühl, sich nicht anders als mit Essen und darauffolgenden Erbrechen beruhigen zu können. Egal, ob sie von Langeweile, Trauer, Wut, Angst oder diffus von Stress oder Unruhe berichten, ihr Gefühl verdichtet sich zu dem Gedanken: "Ich halte es ohne den Ess-Brech-Anfall nicht aus". Bei der einen Patientin steht der Wunsch nach Essen im Vordergrund, bei der anderen der nach Erbrechen.

Die zentrale Frage für uns ist, was die Patientinnen nicht aushalten und warum das Unaushaltbare durch den Ess-Brech-Anfall, wenn auch nur kurzfristig, gelindert wird.

Hilde Bruch (1980) erweiterte das Verständnis für diese Symptome, indem sie Freuds Verständnis, das auf der ödipalen Ebene basierte, eine präödipale Ebene aus dem Bereich der Separations- und Individuationsphase nach Margret Mahler zugrunde legte. Die Annahme einer Ich-Schwäche und einer Störung in den zwischenmenschlichen Beziehungen mit erschwerter Verinnerlichung guter und schlechter Objekte war die Folge. Sie formulierte die Ambivalenz aus dem Wunsch, eine individuelle Person zu sein und gleichzeitig mit der Mutter verbunden zu bleiben. Sie wies darauf hin, dass ess-gestörte Patientinnen oft sehr grosse Schwierigkeiten hatten, innere Zustände wie Hunger, Sättigkeit, aber auch Durst, Kälte, Müdigkeit usw. wahrzunehmen und zu benennen.

Die Innenwelt des Neugeborenen beschreibt Mahler als die „undifferenzierte Matrix“. Diese dauert nur wenige Tage und wird von der autistischen Phase abgelöst. Im zweiten Monat beginnt die autistische Schale, die äussere Reize abhielt, brüchig zu werden. Der Höhepunkt der symbiotischen Phase ist etwa mit vier bis fünf Monaten erreicht. Mit der Differenzierung der Sinnesorgane fängt die Differenzierungsphase an. Diese wird abgelöst durch die Übungsphase mit der Fähigkeit des Kindes zum Sitzen, danach zum Kriechen, Stehen und Laufen, die ihren Höhepunkt ca. um den 12. Lebensmonat erreicht. Zunächst verlagert sich also ein grosser Teil der verfügbaren libidinösen Besetzung aus dem symbiotischen Umkreis, um die autonomen Apparate des Selbst und die Ich-Funktionen zu besetzen, das heisst Fortbewegung, Wahrnehmung und Lernen. Das Kind von 12-14 Monaten, das allmählich zu Trennung und Individuation gelangt, erhebt sich von seinen bisherigen „vierfüssigen“ Übungen, um die ersten Schritte ohne fremde Hilfe zu tun, anfänglich mit grosser Vorsicht, aber auch voller Unternehmungslust. Automatisch vergewissert es sich, dass sich eine Stütze in Reichweite befindet. Beim intrapsychischen Prozess von Trennung und Individuation erlangt das Kind die Fähigkeit, bei Anwesenheit und emotionaler Verfügbarkeit der Mutter scheinbar autonom zu funktionieren. Die mit diesem „autonomen“ Funktionieren verbundenen Lustgefühle befähigen das Kind, jenes Maß von Trennungsangst zu überwinden, das mit jedem Schritt aus der sicheren Geborgenheit in die unsichere, aber interessante und die Individuation fördernde Welt hin führt.

Die Übungsperiode erreicht ihren Höhepunkt um die Mitte des zweiten Lebensjahres, beim frei laufenden Kleinkind, das sich auf dem Gipfel eines Gefühls stolzer Freude zu befinden scheint. Viele Mütter betrachten die ersten Schritte, die ihr Kleinkind ohne fremde Hilfe tut, als verkündeten sie: „Jetzt ist es erwachsen!“. Sie reagieren mit einer Art relativer Austoßung und haben kaum den inneren Raum, um auf die Wiederannäherung des Kindes, die bald folgt, angemessen zu reagieren.

Die Altersstufe von 16-18 Monaten scheint ein Knotenpunkt dieser Entwicklung zu sein. Das Kleinkind befindet sich dann auf der Höhe dessen, was Mahler den „idealen Zustand des Selbst“ nennt, bei dem die symbiotische Zweieinheit aufgebläht wird,

durch das Gefühl von Omnipotenz, bei dem sich das Kleinkind im Besitz eigener magischer Kräfte fühlt. Im Alter von 18-24 Monaten wird sich das Kind mehr und mehr seiner körperlichen Grenzen bewusst. Mit diesem Bewusstwerden geht einher, dass die relative Nichtbeachtung der Anwesenheit der Mutter, die während der Übungsperiode vorherrschend war, nachlässt. Es kommt zur Wiederannäherung an die Mutter. Es handelt sich um eine aktive Annäherung auf einer höheren Stufe, in dem Masse, wie ihm seine Macht und Fähigkeit, sich physisch von der Mutter zu entfernen, aber auch die eigenen Möglichkeiten und Grenzen bewusst werden.

Finden in dieser Phase der Separation und Individuation massive Störungen statt, so kann sich ein Kind nicht stabil ablösen. Bedeutet das sich Entfernen von der Mutter in der Übungsphase ein Nicht-mehr-zurückkommen-Können in der Wiederannäherungsphase, so bilden sich Schemata heraus, die einen Widerspruch suggerieren zwischen Individuation und In-Beziehung-Sein, resp. Geborgenheit erleben.

Es entstehen Schemata, die Folgendes suggerieren: Entweder ist Autonomie verbunden mit Alleingelassen- und Ausgestoßen-werden, einhergehend mit der Überforderung durch das Alleinsein, oder es findet der Verzicht auf die autonome Bewegung und Individuation statt, verbunden mit Nähe, Geborgenheit und Fürsorge.

Diese Muster finden wir in der Ambivalenz bulimischer Patientinnen regelmässig wieder, wobei das Essen und Erbrechen als Kompromissbildung verstanden werden kann. Innerlich wird die Patientin durch diesen Konflikt, der ihr unlösbar erscheint, aufgewühlt und beunruhigt. Das Essen bildet dann die Kompromissbildung. Während des Essens wird das Mütterliche, Geborgenheit bietende, Besänftigende hineingenommen und nach einem Augenblick der Befriedigung wieder ausgestossen, da es, einmal hineingenommen, gefährlich und unbefriedigend erscheint und Weiterentwicklung und Individuation blockiert. Das begehrte (Teil-)Objekt kann nicht verinnerlicht werden. Es genügt nicht, stört das innere Gleichgewicht und bleibt als feindliches Introjekt „unverdaut“ im Magen liegen oder im Hals stecken und muss wieder herausgewürgt werden. Diese Ambivalenz wird im Leben, in der Symptomatik und in der Therapie noch lange agiert, bevor sie angesprochen, bewusst gemacht und bearbeitet werden kann.

Hier das Beispiel aus der Therapiestunde einer bulimischen Patientin im letzten Drittel ihrer Behandlung. Ich wusste von vagen Spannungen zwischen ihr und ihren Eltern und sprach sie darauf an. *“Ich habe den Kontakt zu meinen Eltern abgebrochen“*, verkündete sie entschieden. *“Ich will mit ihnen nichts mehr zu tun haben“*. In diesem Moment klingelte das Handy der Patientin und sie schaute auf die Nummer des Anrufers, beschloss aber, den Anruf nicht anzunehmen. Als es weiterklingelte, sagte sie entschuldigend mit einem Blick auf mich, *“es ist die Mutter“*. Sie nahm ab und beendete das Gespräch schnell mit dem Versprechen, nach der Stunde zurückzurufen. Ich schaute sie fragend an und bemerkte, es sei wahrscheinlich etwas Besonderes für sie, dass die Mutter anrufe, da sie den Kontakt mit der Mutter abgebrochen habe. Die Patientin winkte ab und sagte: *“Ach nein, sie musste mir nur das Rezept geben“*. *“Das Rezept?“* fragte ich erstaunt und fantasierte unerlaubte Medikamenten-

einnahme. *„Ja, das Rezept für einen Kuchen. Ich wollte am Wochenende meinen Lieblingskuchen backen“.*

Abschluss der Therapie von Anna nach 2½ Jahren

Alle die beschriebenen Faktoren haben auch in der Therapie von Anna eine Rolle gespielt und wurden bearbeitet. Nach einer 2½-jährigen Therapie mit durchschnittlich einer Sitzung pro Woche hatte sie sich sehr verändert. Anna fühlte sich nicht mehr vom Essen bedroht. Sie erbrach höchstens ein- bis zweimal im Monat, in besonderen „Festsituationen“. Diese ein bis zwei Ess-Brech-Attacken wollte sie noch eine Weile behalten, als Zeichen ihrer persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung. Die Sanierung der Zähne war dennoch möglich.

Anna lebte seit sechs Monaten in einer stabilen Partnerschaft, fühlte sich beruflich und privat selbstsicher und zufrieden. Die psychische Erkrankung ihrer Mutter hatte sie als „Gott gegeben“ akzeptiert und ihre frühere Haltung aufgegeben, die zwischen Schuldgefühlen und Allmachtfantasien, die Mutter retten zu können, fluktuiert hatte. Sie konnte nun sowohl sich, das eigene Leben als auch die aufgenommene Nahrung akzeptieren und verdauen.

Literatur

- Brownell, K. D. & Fairburn Ch. G. (Eds.) (1995). *Eating Disorders and Obesity*. New York: Guilford Press.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. (Eds.) (1994). *Feminist Perspectives and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fiechter, M. M. (1985). *Magersucht und Bulimie*. Berlin: Springer.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (Hrsg.) (1995). *Therapie der Magersucht und der Bulimie*. Weinheim: Beltz.
- Herzog, W., Munz, D. & Kächele, H. (1996). *Analytische Psychotherapie bei Essstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Hoek, H. W. (1995). *The Distribution of Eating Disorders*. In K. D. Brownell & Ch. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity*. New York: Guilford Press.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, Th. (Hrsg.) (1991). *Bulimia und Anorexia nervosa*. Berlin: Springer.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, Th. (1996). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim: Beltz.
- Mahler, M. (1979). *Symbiose und Individuation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Masson, J. M. (1984). *Was hat man dir, du armes Kind, getan?* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Orbach, S. (1979). *Anti-Diät-Buch*. München: Frauen-Offensive.
- Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.) (2010). *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und Schulen übergreifend*. Stuttgart: Thieme.

Schmidt, U. & Treasure, J. (2000). Die Bulimie besiegen. Weinheim: Beltz.

Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (2009). Essstörungen und die Suche nach Identität: Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. Weinheim: Beltz Juventa.

Monika Vogelgesang

Psychotherapie für Frauen

Ein Lehrbuch für weibliche und männliche Psychotherapeuten

Das Geschlecht moduliert neben biologischen auch soziokulturelle Charakteristika und prägt somit das Erscheinungsbild vieler psychischer Störungen. Dementsprechend ist es unabdingbar, genderspezifische Aspekte mit in die Psychotherapie einzubeziehen.

Dr. Monika Vogelgesang, Chefärztin der AHG-Klinik Münchwies, hat als Kondensat einer mehr als 20jährigen Tätigkeit die Erfahrungen zur frauenspezifischen Psychotherapie analysiert und beschrieben.

Die dargestellte Behandlung ist im Wesentlichen verhaltenstherapeutisch ausgerichtet; die Beachtung von Übertragungskonstellationen, die Förderung einer Selbstaktualisierung und die Berücksichtigung des familiären/partnerschaftlichen Kontextes schlagen allerdings Brücken zu anderen großen Therapieschulen, deren Erkenntnisse wichtige Elemente zur frauenspezifischen Psychotherapie beitragen können.

Vogelgesang fokussiert in jeweils einzelnen Kapiteln auf:

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Dissoziative Symptome und Störungen
- Schmerzstörungen
- Anorexia und Bulimia nervosa
- Adipositas
- Bodystyling, Bodymodification
- Persönlichkeitsstörungen
- Interpersonelle Dependenz
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus und selbstverletzendes Verhalten
- Substanzabhängigkeit
- Pathologisches Glücksspielen
- Pathologisches Kaufen und pathologischer PC/Internet-Gebrauch
- Migrantinnen

348 Seiten, ISBN 978-3-89967-607-5, Preis: 30,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel.: ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550, E-Mail: pabst@pabst-publishers.de
www.pabst-publishers.de, www.psychologie-aktuell.com

Nachwort

Wem gehört die Psychoanalyse?

Horst Kächele

Erfunden wurde sie von dem Wiener Nervenarzt Sigmund Freud. Ihren Beginn datiert man großzügig auf das Jahr 1900, dem Erscheinen von Freuds epochalen Werk: Die Traumdeutung. Aus dem regelmäßigen Treffen der ersten Mitstreiter, einer Mittwochs-gesellschaft, entwickelte sich von Wien ausgehend, über Berlin, Zürich, London und Paris, eine bald international operierende wissenschaftliche Vereinigung. Nordamerikanische Psychiater fanden, dass die Psychoanalyse gut in die gesellschaftlichen Diskurse der zwanziger Jahre passte, aber auch in die Aufbruchsstimmung des revolutionären Moskau. Selbst in Kalkutta wurde Freud schon früh entdeckt. Südamerika folgte in den dreißiger Jahren nach. Die Emigration aus Nazi-Deutschland beförderte diese Internationalisierung. Mit dem Ende des kalten Krieges öffnete sich das Herz des homo sowjeticus; in allen nach-sowjetischen Staaten formierten sich rasch lokale und international vernetzte psychoanalytische Studiengruppen. Und schließlich wurde „Freud in Asia“ auf dem ersten Kongress der Internationalen Psychoanalyse in Beijing auch dort wiederentdeckt.

Was machte ihren Charme aus? Die Psychoanalyse entstand im Wechselspiel von Behandlung und Persönlichkeitstheorie, und dies erklärt ihren Hang zum allumfassenden, weltanschaulichen Duktus. „Dann hat mich die Psychoanalyse verschluckt“ schrieb ein bedeutender bundesdeutscher Psychoanalytiker – in der Tat, sie strahlt mit ihrer basalen Entdeckung von psychodynamisch-unbewussten Prozessen ein Faszinosum aus, das ihre Reichweite in fast alle kulturellen Bereiche verstehbar macht. Hinter die Phänomene des bewussten Seelenlebens zu schauen, aufzudecken, was Menschen an verborgenen Motivationen antreibt, war und ist ein entdeckungs-orientiertes hoch gespanntes Forschungsprogramm. Infolge der inhärenten Verknüpfung, von Freud als Junktim bezeichnet, von klinischer Beobachtung und Theorieentwicklung, blieb nicht aus, dass eigenständig Denkende wie C.G. Jung und A. Adler ihren eigenen Weg im Dunkel der Tiefenpsychologie suchten und fanden; manche wurden gegangen, andere gingen von selbst auf Wege und Abwege. Kritik von innerhalb der psychoanalytischen Bewegung und von Anfang an, auch von außerhalb, schärfte das Profil der Psychoanalyse. ‚Wer nicht für mich ist, ist wider mich‘, war lange Zeit ein Schlachtruf, der Zusammenhalt gegen teils recht bösartige Anfeindungen einforderte.

Berühmte Philosophen wie Sir Karl Popper reihten die Psychoanalyse in der Reihe der Feinde der ‚offenen Gesellschaft‘ ein; Nobelpreisträger wie der Biologe Medawar hielt sie für die ‚größte Bauernfängerei des Jahrhunderts‘. Mit so viel Aufmerksamkeit von großen Denkern bedacht, nimmt nicht wunder, dass sich unter den Dichtern doch recht viel Zustimmung fand (Thomas Mann). Die Psychoanalyse wurde als Bereicherung für das Verständnis künstlerischen Schaffens betrachtet und im deutschen Sprachraum hat die Frankfurter Schule viel zu ihrer Anerkennung beigetragen. Jürgen Habermas erhob die Psychoanalyse zum Prototyp einer reflexiven Sozialwissenschaft, bei der das Subjekt am Ende einer analytischen Behandlung seine Selbstkonstitution zu bedenken vermag.

Als Behandlungsmethode war die Psychoanalyse angetreten, *primus inter pares* zu sein; wenn alle therapeutischen Versuche scheitern, dann sei eine analytische Behandlung angezeigt. Diese anspruchsvolle Position war nicht zu halten. Mit einer fulminanten Kritik der Ergebnisse (damaliger) psychoanalytischer Behandlungen war der britische Psychologe H.J. Eysenck Anfang der fünfziger Jahre in die Reihe der negativen Liebhaber getreten; bis heute ziert sein Text noch die Lehrbücher der klinischen Psychologie. Dreißig Jahre später bereitete der Wissenschaftstheoretiker Adolf Grünbaum noch größeres Kopferbrechen in den Reihen der Psychoanalytiker, denn er bestritt die grundlegende Erkenntnisquelle psychoanalytischen Wissens, den psychoanalytischen Dialog als Ausgangspunkt. In der Tat ist es ein großes Problem, wie die Erfahrung und das Wissen einzelner Psychoanalytiker sich in einem systematisierten Korpus des Wissens synthetisieren lässt. Die Vielzahl psychoanalytischer Theorien, die gegenwärtig gehandelt werden, lässt Zweifel bezüglich der belastbaren Datenlage aufkommen. Das verbindende Band vieler Positionen ist oft nur noch der Rückgriff auf Freuds Werk. Das multilinguale psychoanalytische Konsortium, organisiert in einer Vielzahl von Fachgesellschaften, vereint womöglich nur noch die gemeinsame klinische Erfahrung, dass die intensive, oft jahrelange Arbeit mit Patienten zu einem vertieften Verständnis menschlicher Probleme führt. Die theoretischen Modelle mit denen die klinischen Erfahrungen überbaut werden, sind vielzählig, und werden mit dem Sprechen von der psychoanalytischen Pluralität bemüht zusammengehalten.

Interessanterweise reflektiert diese Pluralität jedoch auch die kreative Weiterentwicklung. Vielfältige neue Arbeitsfelder wurden und werden erschlossen, und manchmal drängt sich der Eindruck auf, dass die Entdeckungsfreude der Psychoanalytiker ungebrochen ist. Die Vielzahl von Namen, die Außenstehenden kaum bekannt sind, aber die innerpsychoanalytisch bedeutende theoretische Weiterentwicklungen repräsentieren, sind auch Anzeichen dafür, dass die Psychoanalyse, auch in ihrer Vielfalt, und vielleicht deswegen, eine sehr lebendige Disziplin ist.

Bedeutsam scheint mir, dass in den letzten Dekaden doch vielerorts ein Zugang zu einem normalwissenschaftlichen Denken initiiert wurde. Seitdem an einigen universitären Einrichtungen in Europa, in den USA und Großbritannien systematische Prozess- und Ergebnisforschung betrieben wird, wird um die empirische Fundierung psy-

choanalytisch-psychodynamischer Hypothesen erfolgreich gerungen. Grundlegende Konzepte der Behandlungstheorie, wie z.B. Arbeitsbeziehung, Übertragung und Gegenübertragung, werden systematisch untersucht. Mit einer weit gefassten Konzeption von psychoanalytisch-psychodynamischer Therapie wird dabei ein großes Spektrum von Behandlungsansätzen in systematischen Untersuchungen auf ihre empirische Basis gestellt und die Ergebnisse sind weitaus günstiger als mancher Eysenck-Nachfahre dies wahrhaben möchte. Experimentelle Untersuchungen zu Abwehrmechanismen und Traumprozessen sichern das Fundament psychoanalytischen Denkens. Und wenn ich es recht einschätze, wird mit der von dem Nobelpreisträger Kandel vor Jahren schon eingeforderten Neuorientierung zum biologischen Fundament der Psychoanalyse inzwischen vielfältig ernst gemacht.

Freuds Abwendung von der Biologie seiner Zeit war berechtigt; die Werkzeuge, die damals die Neurobiologie zur Verfügung hatte, konnten ihm theoretisch und praktisch nicht helfen. Die Wiederentdeckung der fundierenden Funktion der Neurobiologie für die Psychoanalyse lässt hoffen, dass in gemeinsamen Anstrengungen das Fundament *in re* so mancher psychoanalytischen Annahmen gelingen kann, gewiss nicht aller. In diesem Sinne wurde vielerorts erst kürzlich der Beginn des zweiten Jahrhunderts der Psychoanalyse gefeiert.

Literatur

- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie*. Band 1-3. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Levy, R, Ablon, J. S. & Kächele, H. (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Practice Based Evidence and Evidence Based Practice*. New York: Humana / Springer.

AutorInnen in diesem Heft

Dr. des. Lina M. Arboleda

*Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Binzmühlestr. 14, CH-8050 Zürich
l.arboleda@psychologie.uzh.ch*

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Master Of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy. Seit 2010 Assistentin am Lehrstuhl Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse an der Universität Zürich. Davor postgraduierte (PG-) Psychologin im Psychotherapiebereich der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Studium der Psychologie, Psychopathologie und Philosophie an der Universität Zürich und an der Pontificia Universidad Javeriana in Bogota, Kolumbien.

Publikationen:

Arboleda, L., Boothe, B., Grimm, G. Hermann, M.-L., Luder, M., Neukom, M. & Stärk, F. (2010). Kurzanleitung zur Erzählanalyse JAKOB. Abteilungsbericht Nr. 58. Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse. Universität Zürich.

Homepage der Erzählanalyse JAKOB: <http://www.jakob.uzh.ch>

Prof. Dr. Michael Bamberg

*Clark University, Frances L. Hiatt School of Psychology, 950 Main St., USA-Worcester, MA 01610-1477
mbamberg@clarku.edu*

Professor im Psychology Department der Clark University sowie Adjunct Professor im English Department in Worcester, MA, USA. Seine Forschung liegt inhaltlich im Bereich der Identitätsforschung und methodologisch/theoretisch in der Qualitativen Sozialforschung, der Diskurs-, sowie Erzählanalyse. Er ist Herausgeber der Zeitschrift Narrative Inquiry und der Buchreihe Studies in Narrative und arbeitet momentan an einem Buch, in dem Liane Brandons Kurzfilm "Betty Tells Her Story" einer erzählanalytischen Feinanalyse unterzogen wird.

Publikationen:

Bamberg, M. (2011c). Freedom, narrative, and happiness. *Journal of Family Theory and Review*, 3.

Bamberg, M. (2011b). Narrative practice and identity navigation. In J.A. Holstein & J.F. Gubrium (Eds.), *Varieties of narrative analysis* (pp. 99-124). London: Sage Publications.

Bamberg, M. (2011a). Who am I? Narration and its contribution to self and identity. *Theory & Psychology*, 21(1), 3-24. (+ Who am I? Big or small — shallow or deep?)

*Prof. em. Dr. phil. Brigitte **Boothe***

*Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Binzmühlestr. 14, CH-8050 Zürich
b.booth@psychologie.uzh.ch*

Ordinaria des Lehrstuhls für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse am Psychologischen Institut der Universität Zürich. Psychoanalytikerin. Studium der Philosophie, Germanistik und Romanistik. Weiterbildungen in Gesprächspsychotherapie, Psychodrama und Psychoanalyse (DPG, DGPT). Mitglied in verschiedenen psychoanalytischen, psychotherapeutischen und wissenschaftlichen Vereinigungen. Schriftleitung der Fachzeitschrift »Psychotherapie und Sozialwissenschaft«.

Publikationen:

- Boothe, B. (2010). Psychoanalyse des Wünschens. In Zarnegin, K. (Hrsg.). Die Wissenschaft des Unbewussten (S. 213-234). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Boothe, B. (2010). Psychoanalyse und narrative Forschung. In Böker, H. (Hrsg.). Psychoanalyse im Dialog mit den Nachbarwissenschaften (S. 181–201). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Boothe, B. (2010). Das Narrativ. Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess. Stuttgart: Schattauer.

*lic. phil. Valérie **Boucein-Keller***

*Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Binzmühlestr. 14, CH-8050 Zürich
v.keller@psychologie.uzh.ch*

Studium der Klinischen Psychologie, Psychopathologie und Naturheilkunde in Zürich und in Lund (Schweden). Seit 2008 in postgradualer Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie (MASP) an der Universität Zürich. Seit 2010 Assistentin und Dissertandin am Institut für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich.

*lic. phil. Carmelo **Campanello***

*Modellstation Somosa, Zum Park 20, CH-8404 Winterthur
carmelo.campanello@somosa.ch*

(1971), Studium der Psychologie an der Universität Zürich. Seit 2003 als Kognitiver Verhaltenstherapeut in der Modellstation Somosa in Winterthur.

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

*Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Psychosoziales Zentrum, Uniklinikum Heidelberg, Bergheimer Str. 54, D-69115 Heidelberg
manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de*

Arzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker und Familientherapeut. Seit 1998 Ärztlicher Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg.

Publikationen:

- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., Stasch, M., & OPD-Taskforce. (2007). The operationalised psychodynamic diagnostics system (OPD). Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40, 209-220.
- Stasch, M., Schmal, H., Hillenbrand, E. & Cierpka, M. (2007). Fokuserorientierte Interventionen mit der OPD in der stationären Psychotherapie. Effekte auf Ergebnis und Verlauf der Behandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(4), 309-323.
- Kessler, H., Taubner, S., Buchheim, A., Muentz, Th.F., Stasch, M., Kächele, H., Roth, G., Heinicke, H., Erhard, P., Cierpka, M. & Wiswede, D. (2011). Individualized and Clinically Derived Stimuli Activate Limbic Structures in Depression: An fMRI Study. *PLoS one*, 6 (1), e15712.

Dr. med. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Gerhard Dammann, MBA
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Postfach 154, CH-8596 Münsterlingen
gerhard.dammann@stgag.ch

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH; Facharzt für Psychosomatische Medizin und Suchtmedizin; Fachpsychologin für Klinische Psychologie FSP; Psychoanalytiker (IPV); seit Ende 2006 Ärztlicher Direktor und Spitaldirektor der Psychiatrischen Dienste Thurgau und der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen; Lehraufträge an den Universitäten Basel, Zürich und St. Gallen. Zahlreiche Veröffentlichungen besonders zur Diagnostik und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen.

Publikationen:

- Dammann, G. & Janssen, P.L. (Hrsg.) (2001). *Psychotherapie der Borderline-Störungen*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart. New York: Thieme.
- Dammann, G. (2006). Schwierigkeiten bei der Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen PTT*, 10, 246-57.
- Dammann, G. (2006) Manualgeleitete Borderline-Therapie. Möglichkeiten und Grenzen aus psychoanalytischer Sicht. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 21(1), 71-116.

Dr. phil Mario Erdheim
Zeltweg 9, CH-8032 Zürich
erdheim@bluewin.ch

Psychoanalytiker, Lehrbeauftragter, Supervisor. Studium der Ethnologie, Psychologie, Philosophie und Soziologie in Basel. Promotion; Psychoanalytische Ausbildung in Zürich; Gymnasiallehrer für Geschichte in Zürich. Psychoanalytische Untersuchung der Schule, Lehrbeauf-

tragter an der Universität Zürich mit Schwergewicht Ethnopschoanalyse und Ethnopsychiatrie. Seit 1975 Psychoanalytische Praxis in Zürich. Gastprofessuren an den Universitäten Frankfurt am Main, Salzburg, Wien und Darmstadt. Habilitation an der Universität Frankfurt am Main.

*Dr. med. Antje **Frackenpohl***

*Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, D-37124 Rosdorf
a.frackenpohl@asklepios.com*

*Dr. des. Michael **Frei***

*Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Binzmühlestr. 14, CH-8050 Zürich
m.frei@psychologie.uzh.ch*

Psychologe FSP, Assistent und Doktorand an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich. Seit 2008 in postgradualer Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie (MASP) an der Universität Zürich. Forschungsbereich: Dissertation zum Vertrauensaufbau im Erstgespräch mit Patienten nach Suizidversuch.

Publikation:

Frei, M., Grimmer, B., Michel, K., Valach, L. & Boothe, B. (under review). „Gelingende und misslingende Beziehungsaufnahmen mit Patientinnen nach Suizidversuch“. Forum für qualitative Sozialwissenschaften.

*Dr. phil. Geneviève **Grimm***

*Obere Wangenstr. 18d, CH-8306 Brüttisellen
g.grimm@swissonline.ch*

Psychologin FSP. Studium der Klinischen Psychologie, Psychopathologie und Kriminologie an der Universität Zürich. Ehemals wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse. Zertifikat in Gerontologie. Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie an der Universität Zürich. Forschungsschwerpunkte: Gerontologie, Alterspsychotherapie, Biografieforchung.

Publikationen:

- Grimm, G. & Boothe, B. (2007). Glücks- und Unglückserfahrungen im Lebensrückblick alter Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 2 (4), 63-73.
- Grimm, G. & Boothe, B. (2007). Narratives of Life: Storytelling in the Perspective of Happiness and Disaster. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts* 1, (3-4), 137-146.

Prof. Dr. Stephan Hau

Frescati Hagväg 8, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, S-106 91 Stockholm

stephan.hau@psychology.su.se

Professor für Klinische Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Stockholm. Von 1991-2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt. Forschungsaktivitäten: Experimentelle Traum- und Gedächtnisforschung, Psychotherapieforschung, Sozialpsychologie und Großgruppenverhalten.

Publikationen:

- Hau, S. & Leuzinger-Bohleber, M. (Hrsg.). (2006). Psychoanalytic Psychotherapy. A summary of empirical research. <http://www.dgpt.de/forschung>.
- Hau, S. & Kächele, H. (2007). „Nichts ist umsonst“ – Ein Plädoyer für eine differentielle Kosten-Nutzen Bewertung psychoanalytischer Behandlungen. *Psychotherapeut* 52: 69-73.
- Hau, S. (2009). Unsichtbares sichtbar machen. Forschungsprobleme in der Psychoanalyse. 2. Veränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Bamberg, M. (2011c). Freedom, narrative, and happiness. *Journal of Family Theory and Review*, 3.

Dr. phil. Susanne Hörz

Ludwig-Maximilians-Universität München, Department Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Leopoldstr. 13, D-80802 München

hoerz@psy.lmu.de

Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie am Department Psychologie der LMU München, Projektmitarbeiterin in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie am Klinikum rechts der Isar der TU München, Dissertation zur Diagnostik der Borderline-Störungen in Kooperation zwischen LMU München (Prof. Mertens) und Cornell University (Prof. Clarkin/ Prof. Kernberg).

Publikationen:

- Doering, S., Hörz S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius P. & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N., Buchheim, P. & Doering, S. (2010). Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56, 136-14
- Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, K.L., Hörz, S., Maccornack, V., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92 (1), 35-44 .

*Prof. Dr. Dr. Horst **Kächele***

*International Psychoanalytic University, Stromstr. 3, 10555 Berlin
horst.kaechele@ipu-berlin.de*

*Dr. med. Rudolf **Lachauer***

*Heubergstr. 2, D-83209 Prien
rud.rei.la@t-online.de*

Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie - Psychoanalyse (DPG/IPV).

Bis 1987 Leiter der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie an der Klinik St. Irmingard (Prien), dann Tätigkeit in freier analytischer Praxis. Lehr- und Kontrollanalytiker (BLÄK, DGPT, DPG), Supervision und Vorträge zum Thema „Fokalthherapie“ und „Übungen im Fokussieren“ in psychotherapeutischen Instituten, Beratungsstellen und Kliniken.

Publikationen:

Lachauer, R. (1992). Der Fokus in der Psychotherapie (3. überarbeitete Auflage 2004). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Lachauer, R. (2002). Psychoanalytische Intervalltherapie. *Psychotherapeut*, 47, 24-31.

Lachauer, R. (2005). Du sollst Dir ein Bild machen - Fokus-Metapher-psychoanalytische Heuristik: *Forum Psychoanal*, 21, 14-29.

*lic. phil. David **Lätsch***

*Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit, Hallerstr. 10, CH-3012 Bern
david.laetsch@laetsch.info*

1981, Studium der Psychologie, Psychopathologie und Philosophie an der Universität Zürich. Von 2008 bis 2010 Koordinator des Interdisziplinären Psychoanalytischen Forums (IPF) an der Universität und der ETH Zürich, seit 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule.

Publikationen:

Lätsch, D. (im Druck). Universalistisches Moralbewusstsein und residuale Religiosität: Eine psychologische Studie zur Unbedingtheit normativer Geltungsansprüche. In A. Cremonini, B. Boothe & G. Kohler (Hrsg.), *Psychische Struktur, kollektive Praxis und der Raum der Gründe. Ein Problemaufriss*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Lätsch, D. (2011). Schreiben als Therapie? Eine psychologische Studie über das Heilsame in der literarischen Fiktion. Gießen: Psychosozial-Verlag.

lic. phil. Tamara Lewin

Zypressenstrasse 140, CH-8004 Zürich

tamara.lewin@hispeed.ch

Stationspsychologin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal. In Ausbildung zur psychoanalytischen Psychotherapeutin am Psychoanalytischen Seminar Zürich. Studium der Psychologie, Soziologie und Philosophie an den Universitäten Zürich und Basel.

Publikation:

Lewin T., Neukom, M., Boothe, B., Boehler, A., Goetzmann, L. (2013). Der Andere in mir – Transplantationserfahrung als Beziehungserfahrung. Psychodynamische Überlegungen zur psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation. *Psyche – Z Psychoanal* 67, 120-144.

Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung Rehabilitationspsychologie, Engelbergerstr. 41, D-79085 Freiburg

lucius@psychologie.uni-freiburg.de

Dr. phil. Marc Luder

Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Binzmühlestr. 14, CH-8050 Zürich

m.luder@psychologie.uzh.ch

Studium der Klinischen Psychologie, Psychopathologie und Computerlinguistik an der Universität Zürich. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Arbeitsschwerpunkte: qualitative Psychotherapieforschung und Erzählanalyse.

Publikationen:

Boothe, B., Grimm, G., Hermann, M.-L. & Luder, M. (2010). JAKOB Narrative Analysis: The psychodynamic conflict as a narrative model. *Psychotherapy Research*, 20 (5), 511-525.

Luder, M. (2011). Konstruktionen im Lexikon - Konstruktionen in der Erzählanalyse. Dissertation, Universität Zürich, Psychologisches Institut.

Luder, M. & Clematide, S. (2010). Constructing a Constructional MWE Lexicon for psycho-conceptual Annotation: Evaluation of CPA and DuELME for Lexicographic Description. In A. Dykstra & T. Schoonheim (Hrsg.), *Proceedings of the XIV Euralex International Congress* (S. 152–153). Leeuwarden.

Prof. phil. Vera Luif

Weinbergstr. 145, CH-8006 Zürich

vera.luif@psychologie.ch

Dr. phil. Hanspeter Mathys
Reinhardstr. 10, CH-8008 Zürich
hanspeter.mathys@bluewin.ch

Nach Psychologiestudium in Zürich mehrere Jahre als fallführender Klinischer Psychologe in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und im Psychiatriezentrum Männedorf. Seit 2006 am Psychologischen Institut der Universität Zürich tätig. Promotion 2009, seitdem Oberassistent. Fachpsychologe für Psychotherapie (FSP). Praxisbewilligung des Kantons Zürich mit eigener psychoanalytischer Praxis.

Publikationen:

- Mathys, H.P. (2011). Wozu werden Träume erzählt? Interaktive und kommunikative Funktionen von Traummitteilungen in der psychoanalytischen Therapie. Giessen: Psychosozial.
- Mathys, H.P. (2009). Die Traummitteilung als triangulierender Kommunikationsmodus. In G. Grimm, N. Kapfhamer, H. Mathys, S. Michel & B. Boothe (Hrsg.), Erzählen, Träumen, Erinnern. Erträge Klinischer Erzählforschung. Psychoanalyse, Texte zur Sozialforschung (S. 171-179). Lengerich: Pabst Science Publisher.
- „Methodentriangulation: Anliegen von Ratsuchenden in Abklärungsgesprächen“. Referat am Berliner Methodentreffen, 16./17.7.2010 im Rahmen des Workshops „Triangulation“.

Dipl. Psych. Simone Mosch
Langackerstr. 19
CH-8708 Männedorf
simone.mosch@uzh.ch, s.mosch@neuro-maennedorf.ch

2002-2007 Studium der Psychologie in Freiburg i.Br., seit Oktober 2007 berufliche Tätigkeit delegierter Psychotherapie in ambulanten neurologisch-psychiatrischen Arztpraxen, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Master of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy, seit Oktober 2008 Dissertationsprojekt zur historischen Stellung des Wunsches innerhalb der Psychoanalyse, betreut von Prof. Brigitte Boothe.

Publikation:

- Mosch, S. (2012). Regulative Funktion des Traums unter neurowissenschaftlicher Perspektive. In A. Cremonini, B. Boothe & G. Kohler (Hrsg.), Psychische Struktur, kollektive Praxis und der Raum der Gründe. Ein Problemaufriss. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Dr. phil. Marius Neukom
Psychoanalytische Praxis, Landoltstrasse 3, 8006 Zürich
info@mneukom.ch

Psychoanalytiker und Coach in eigener Praxis; bis 31.01.2013 stellvertretender Abteilungsleiter und Leiter der psychotherapeutischen Praxisstelle an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse am Psychologischen Institut der Universität Zürich.

Publikation:

- Neukom, M., Corti, V., Boothe, B., Boehler, A. & Goetzmann, L. (2012). Fantasized recipient-donor relationships following lung transplantations: A qualitative analysis of patient narratives. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 117-137.
- Lewin T., Neukom, M., Boothe, B., Boehler, A., Goetzmann, L. (2013). Der Andere in mir – Transplantationserfahrung als Beziehungserfahrung. *Psychodynamische Überlegungen zur psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation*. *Psyche – Z Psychoanal* 67, 120-144.

Andrés Sánchez Guerrero MD BSc

Universität Osnabrück, Institut für Kognitionswissenschaft, Albrechtstr. 28, D-49076 Osnabrück
hsanchez@uni-osnabrueck.de

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Emotionales Erleben in der Depression“ als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Kognitionswissenschaft der Universität Osnabrück tätig. 2004: MD (Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá). 2005-2007: Klinische Tätigkeit im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (Basel, Brugg). 2009: BA in Philosophie und Soziologie (Universität Basel). BSc in Cognitive Science (Universität Osnabrück). Seit 2011: Dissertation im Rahmen des PhD-Programms in Cognitive Science der Universität Osnabrück.

Dipl.-Psych. Lisa Schäfer-Fauth

Hermann Paul School of Language Sciences, Starkenstr. 44, Engelbergerstr. 41, D-79104 Freiburg
lisa.schaefer@psychologie.uni-freiburg.de

Diplom-Psychologin, ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Universität Freiburg und der Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel. Seit 2010 Doktorandin bei Prof. Lucius-Hoene, Stipendiatin der Hermann Paul School of Language Sciences und Ausbildungskandidatin für tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie an der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg.

Publikation:

- Schäfer, L., Küchenhoff, J., Lucius-Hoene, G., Haug, H., Agarwalla, P. & Sollberger, D. (in Vorbereitung). „dA:raus folgten wiederum schnItte“. *Sprachlicher Ausdruck von Handlungsmächtigkeit und Ohnmacht in Interviews mit gesichtschirurgischen PatientInnen*.

PD Dr. phil. Peter Schneider
Bergstr. 122, CH-8032 Zürich
ps@peterschneider.info

M.A. in Philosophie, Promotion und Habilitation in Psychologie, Privatdozent an der Uni Bremen, Psychoanalytiker in eigener Praxis, Kolumnist. Publikationen (Auswahl): *Freudlose Psychoanalyse?* (Hg. m. O. Knellessen). Wien 2007; *Das Deuten der Psychoanalyse* (zus. m. O. Knellessen u. P. Passett), Wien 2003; *Erhinken und Erfiegen. Psychoanalytische Zweifel an der Vernunft*. Göttingen 2001

Publikationen:

Knellessen, O. & Schneider, P. (Hrsg.) (2007). *Freudlose Psychoanalyse*. Wien : Turia & Kant.
Knellessen, O., Passett, P. & Schneider, P. (Hrsg.) (2003). *Das Deuten der Psychoanalyse*.
Wien: Turia & Kant.

Prof. Dr. phil. Achim Stephan
Institut für Kognitionswissenschaft, Universität Osnabrück, Albrechtstr. 28, D-49069
Osnabrück
achim.stephan@uos.de

Professor für Philosophie der Kognition an der Universität Osnabrück sowie Sprecher des Forschungsprojekts „animal emotionale II – Existentielle Gefühle, Psychopathologie und die Reichweite evolutionärer Erklärungen“. Mit Matthew Ratcliffe (Durham) leitet er das deutsch-britische Projekt „Emotionales Erleben in der Depression – eine philosophische Studie“ (<http://www.animal-emotionale.de/>).

Publikationen:

Stephan, A. (1989). *Sinn als Bedeutung. Bedeutungstheoretische Untersuchungen zur Psychoanalyse Sigmund Freuds*. Berlin/New York: de Gruyter.
Slaby, J., Stephan, A., Walter, H. & Walter, S. (erscheint 2011). *Affektive Intentionalität. Beiträge zur welterschliessenden Funktion der menschlichen Gefühle*. Paderborn: mentis.
Stephan, A. (im Erscheinen). *Emotions, Existential Feelings, and their Regulation*. *Emotion Review*.

PD Dr. phil. Marc Stoll
Modellstation Somosa, Zum Park 20, CH-8404 Winterthur
marc.stoll@somosa.ch

(1975), Studium der Psychologie an der HAP Zürich. Seit 2002 als Gesprächs- und Körperpsychotherapeut in der Modellstation SOMOSA in Winterthur.

Dr.med. Dr. phil. Daniel Strassberg
Weinbergstr. 145, CH-8006 Zürich
dastrass@swissonline.ch

1954, Psychiater und Psychoanalytiker in freier Praxis, Dozent für Psychoanalyse und für Philosophie an Postgraduate Programmen der Universität Zürich. Diverse Lehraufträge an Universität und ETH Zürich und an der Tel Aviv University über die Schnittstellen von Psychoanalyse und Philosophie.

Publikation:

Strassberg, D. (2007). Das poetische Subjekt. Giambattista Vicos Wissenschaft vom Singulären. München: Wilhelm Fink Verlag.

PD Dr. phil. Marc Stoll
Modellstation Somosa, Zum Park 20, CH-8404 Winterthur
marc.stoll@somosa.ch

Prof. Dr. med. Ulrich Streeck
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, D-37124 Rosdorf
u.streeck@asklepios.com

Jun. Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Svenja Taubner
Universität Kassel, Fachbereich 1/ Institut für Psychologie, Arnold-Bode-Str. 10, D-34125 Kassel
svenja.taubner@uni-kassel.de

1973, Hochschullehrerin an der International Psychoanalytic University Berlin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Kassel. Psychoanalytikerin (DGPT). Sie arbeitet aktuell in interdisziplinären Forschungsprojekten zu Mentalisierung, Adoleszenz, Persönlichkeitsstörungen und Kompetenzentwicklung in der Psychotherapieausbildung.

Publikationen:

Taubner, S., Nolte, T., Luyten, P. & Fonagy, P. (2010). Mentalisierung und das Selbst. Persönlichkeitsstörungen Theorie Therapie 14 (4), 243-258.

Taubner, S., Nolte, T., Wiswede, D. & Roth, G. (2010). Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. Psychotherapeut, 55, 312-320.

Taubner, S., Buchheim, A., Kächele, H., Kessler, H. & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. Psychiatry: Interpersonal and biological Process, 74 (1), 51-60.

Dr. phil. Erika Toman

KompetenzZentrum für Essstörungen und Adipositas, Forchstr. 132, CH-8032 Zürich
erika.toman@esstoerungen-adipositas.ch

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP. Erika Toman hat in Zürich studiert, in Fribourg promoviert und war 10 Jahre als Leitende Psychologin in der Psychiatrischen Klinik Hohenegg in Meilen tätig. Seit 2006 leitet sie das ambulante KompetenzZentrum für Essstörungen und Adipositas in Zürich und ist Präsidentin des ENES (Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz: www.netzwerk-essstoerungen.ch). Erika Toman ist verheiratet und Mutter von 4 Kindern.

Publikationen:

Toman, E. (2002). Bulimie und das Unverdaubare. Berner Schriftenreihe.

Toman, E. (2002). Body Mass Index and its Impact on the Therapeutic Alliance in the Work with Eating Disorder Patient. *European Eating Disorders Review*.

Toman, E. (2009). Mehr Ich, weniger Waage. Oberhofen: Zytglogge.

Dr. des. Vania Zschokke

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Abteilung PTA, Wilhelm Klein-Str. 27,
CH-4012 Basel
vaniaz@gmx.ch

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Master Of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy. Seit 2007 als Stationspsychologin auf der Psychotherapieabteilung (PTA) der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel tätig. Studium der Psychologie, Psychopathologie und Filmwissenschaft an der Universität Zürich.

Publikation:

Zschokke, V. (2007). Neutralität und Abstinenz im psychoanalytischen Erstgespräch. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.

PSYCHOANALYSE

Texte zur Sozialforschung



Schwerpunktthema:
Erzählen, Träumen und
Erinnern. Erträge klinischer
Erzählforschung

Gast-Herausgeber: Geneviève Grimm,
Nicole Kapfhamer, Hanspeter Mathys,
Suleika Michel, Brigitte Boothe

- ☐ Erzählen im Kontext von Krankheit,
Leiden und Konflikt
- ☐ Traum, Beziehung und Not des
Lebens
- ☐ Psychodynamische Erzählanalyse
- ☐ Identität und Gedächtnis
- ☐ Identität und Selbstkonstitution
- ☐ Zugehörigkeit und Integration

13. Jahrgang • Heft 2 • 2009

ISSN 1615-8393

© Pabst Science Publishers

ISBN 978-3-89667-965-8

Psychoanalyse
Texte zur Sozialforschung
ISSN 1615-8393

Herausgeber:

Oliver Decker (Siegen/Leipzig)
Wolfgang Mertens (München)
Bernd Nitzschke (Düsseldorf)
Katharina Rothe (New York)
Timo Storck (Kassel)

Redaktion:

PD Dr. phil. Oliver Decker, Dipl.-Psych.
Vertretungsprofessor für
Sozialpsychologie und
Organisationspsychologie
Universität Siegen
Adolf-Reichwein-Straße 2
D-57068 Siegen
Tel.: + + 49 (0) 271/740-3439
E-Mail: decker@fb2.uni-siegen.de



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. + + 49 (0) 5484-308
Fax + + 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com/pkv
www.pabst-publishers.de

Psychoanalyse 2-2009

Schwerpunktthema:

Erzählen, Träumen und Erinnern.
Erträge klinischer Erzählforschung

Gast-Herausgeber:

*Geneviève Grimm, Nicole Kapfhamer,
Hanspeter Mathys, Suleika Michel,
Brigitte Boothe*

Brigitte Boothe
Editorial

Erzählen im Kontext von Krankheit, Leiden und Konflikt

*Elisabeth Gülich, Heike Knerich &
Katrin Lindemann*

Rekonstruktion und (Re-)Interpretation in
Krankheitserzählungen – Ein Beitrag aus der
linguistischen Gesprächsforschung

Armin Koerfer & Karl Köhle

Was ist erzählenswert? Das Relevanzproblem in
einer narrativen Medizin

Gabriele Lucius-Hoene

Erzählen als Bewältigung

Cybèle de Silveira

„Die Gefühle der Entlastung waren so stark“ –
Narrative Distanzierung von Müttern mit
unsicherer Bindungsrepräsentation

Annulf Deppermann

Therapeutisches Fragen als Hebammenkunst

Traum, Beziehung und Not des Lebens

Viktoria Heine & Jörg Frommer

„dann hat ich n Traum gehabt [...] da wusst ich
was kämpfen is“ – Träume in autobiografisch
narrativen Interviews mit Überlebenden einer
akuten Leukämie



Hanspeter Mathys
Die Traummitteilung als triangulierender
Mitteilungsmodus

Judith Brändle
Träume erzählen in der Psychotherapie –
Eine erzählanalytische Untersuchung der
Träume von Frau W.

Susanne Döll-Hentschker
Die Veränderung von Träumen im Laufe
einer analytischen Behandlung

Psychodynamische Erzählanalyse

Hermann Staats
Das zählen, was zählt – Zentrale
Beziehungskonfliktthemen in Forschung und
Praxis

Franziska Stärk
Geschwisterbeziehung in den Erzählungen
von Frau W. – Eine narrative Einzelfallstudie
der Psychodynamik in einer
Geschwisterbeziehung auf der Basis der
Erzählanalyse JAKOB

Vera Luif
Narrative im therapeutischen Dialog

Marc Luder
Konstruktionen in der Erzählanalyse JAKOB

Identität und Gedächtnis

Geneviève Grimm
Funktionen des Erinnerns im
Lebensrückblick älterer Menschen

Hans J. Markowitsch
Stressbedingte Erinnerungsblockaden –
Neuropsychologie und Hirnbildgebung

Identität und Selbstkonstitution

Timo Storck
Künstlerische Selbstkonstitution und erzählte
Beziehungsfantasie

David Lätsch
Identifizierung mit der Kunstfigur – Einige
Überlegungen zum Zusammenhang
zwischen Fiktion und Identifizierung

Daniel Sollberger
Diskurse im Narrativ – Diskursive
Konstruktionen einer liminalen und
medialen Identität in den narrativen
Bewältigungen von erwachsenen Kindern
psychisch kranker Eltern

Wolfgang Kraus
Ich, wir und die anderen –
Individualisierungstheoretische Anfragen an
eine Theorie narrativer Identität

Zugehörigkeit und Integration

Renate Höfer
Exklusionsgefährdung und
Inklusionsbegehren

Heidrun Schulze
Narration und Figuration – Zum Aspekt
biografischer, kultureller und institutioneller
Interdependenz beim Erzählen von
Krankheitserleben im Kontext von
Migrationserfahrung

Alba Polo
Die Vaterimago in der weiblichen
Adoleszenz – Werkstattbericht einer
erzählanalytischen Studie

Psychoanalyse erscheint seit 2012
viermal jährlich (vorher: zweimal). Der
Preis des Einzelheftes beträgt 12,- EUR,
ein Jahresabonnement kostet 35,- EUR
inkl. MwSt. und Versandkosten.