

DIE ANGST DES THERAPEUTEN

THE THERAPIST'S FEAR

Roland Heinzel

Zusammenfassung

Das Thema der Angst des Therapeuten ruft bis heute in unserem Beruf etwas Unbehagen hervor. Dabei geht es neben den bewussten und in unseren Gegenübertragungsreaktionen erkennbaren Gefühlen auch um unbewusste und auf mannigfaltige Art abgewehrte Ängste. In diesem Aufsatz werden einige dieser Ängste beschrieben und dann die von ihnen hervorgerufenen Abwehrstrategien erörtert. Einen zentralen Raum nehmen hier die Absicherung des Therapeuten durch seine Zuordnung zu einer Therapierichtung und die theoretische Einordnung des therapeutischen Geschehens ein. Weiterhin ist zu beobachten, dass die Reduktion von Komplexität und damit von Angst auch in der Wissenschaft und in der Psychotherapieforschung eine unterschwellige Motivation darstellt. Der Aufsatz kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Kenntnis von mehr als einem theoretischen Bezugsrahmen, die persönliche Psychohygiene des Therapeuten und seine Selbstreflexion seine subjektive Gefühlskompetenz stärken und ihn befähigen, sowohl Theoriekonzepte als auch eigene Ängste zu erkennen und als Helfer in seiner Arbeit zu nutzen.

Schlüsselwörter

Angst - Deutungen - Gegenübertragung - Theorie - therapeutische Identität

Summary

The topic of the therapist's fear is a continual source of uneasiness and frustration in our profession. In addition to perceptible, conscious feelings and discernible countertransference reactions we must deal as well with unconscious anxieties and various forms of unconscious resistances to them. This paper describes some of these anxieties and discusses the resistance strategies they produce. Protection of the therapist by adherence to a particular therapy school and the theoretical classifications of occurrences in the therapy process are central issues. We further observe how the reduction of complexity – and thus of anxiety – is a subliminal motivation in psychotherapy research and science. The article concludes that knowledge of more than one theoretical framework, the personal psychic hygiene of the therapist and his self-reflection strengthen subjective emotional competence and enable her/him to better discriminate both theoretical concepts and her/his own anxieties as they arise in the course of therapies.

Keywords

Fears - anxiety - interpretations - countertransference - theory - therapeutic identity

*Caminante, no hay camino - se hace camino al andar.
Wanderer, es gibt keinen Weg -
der Weg entsteht beim Gehen.* (Antonio Machado)

Angst des Therapeuten? Ein unbequemes Thema. Unsere Bereitschaft, sich mit ihm ernsthaft zu befassen, dürfte wohl in etwa umgekehrt proportional seiner Bedeutung für unsere Arbeit sein. Denn trotz langer Ausbildungen, Lehranalysen, Selbst- und anderer Erfahrungen und trotz der hohen Suizidrate unter Therapeuten fällt es vielen von uns Therapeuten immer noch schwer, über unsere persönlichen Befürchtungen, heimlichen Sorgen, und vor allem über deren geschickte Vermeidung oder Unterdrückung, nachzudenken oder gar zu sprechen. Aber weil unser Umgang mit dem Patienten bewusst und unbewusst von all diesen Ängsten (und besonders von deren Abwehr) beeinflusst wird, ist es ebenso ein Gebot der therapeutischen Verantwortung als auch ein spannendes Abenteuer, diesen Komplex unter die Lupe zu nehmen. Ich meine damit vor allem ein Nachdenken und Nachfühlen jenseits der theoretischen Überlegungen, die ganze Bibliotheken füllen. Die Frage der eigenen Ängste berührt uns ganz persönlich – und zwar in dem Maße, wie sie über die Reflexi-

on der klassischen "Gegenübertragung" hinausgeht: Von da an geht es eher um unsere Selbstsicherheit und emotionale Kompetenz als Therapeut und als Mensch. Und aus unseren tiefenpsychologischen Theorien wissen wir ja auch, dass die wichtigsten Determinanten und Weichenstellungen für diesen Bereich in unseren eigenen früheren Erfahrungen mit Bezugspersonen, in Zweierbeziehungen und in Gruppen zu suchen sind. Deshalb will ich in diesem Aufsatz vergleichsweise wenig Literatur zitieren (auch wenn der Rekurs auf bereits veröffentlichtes eine angstreduzierende Funktion hat!), sondern vorwiegend von meinen eigenen Erfahrungen ausgehen. Da ich selbst analytische Einzel- und Gruppentherapien durchführe, werde ich beide Therapieformen in meine Überlegungen einbeziehen. (Noch eine Randbemerkung: Ich verzichte auf die das Lesen erschwerende ständige Erwähnung beider Geschlechter. Wenn ich "Therapeut" und "Patient" sage, sind natürlich immer beide gemeint!)

Bewusste Sorgen und Befürchtungen

Wenn man sich die Ängste des Therapeuten auf einer Skala von leichten, bewussten Befürchtungen bis hin zu abgründigen, verborgenen Existenzängsten vorstellt, so bemerkt man bald, dass die Sorgen am "bewussten Ende" der Skala oft nur die Oberfläche von weit tiefer gehenden Ängsten darstellen – gleichsam die Spitzen von Eisbergen sind. Dennoch versuche ich zunächst, mich von dieser bewussten Seite an das Thema heranzutasten. Von diesen Ängsten, die im Kollegenkreis und in Supervisionen angesprochen werden, will ich einige beispielhaft andeuten:

Das Schweigen des Patienten

Was stört uns eigentlich, wenn sich zu Beginn oder (was seltener vorkommt) im Laufe der Sitzung Schweigen ausbreitet? Es ist fruchtbar, sich als Therapeut bei dieser Frage selbst gründlich zu beobachten: Natürlich wissen wir, dass der Patient seine Zeit braucht, dass während des Schweigens oft wesentliche Dinge geschehen usw. Aber es kann trotzdem ein gewisser innerer Leistungsdruck aufkommen, verbunden mit dem Gedanken (oder der Über-Ich-Forderung): "Es muss doch was geschehen, wir müssen doch die Zeit nutzen!" Man fragt sich z.B.:

- "Geht der Patient in den Widerstand?"
- "Was passierte vorher? Welches Thema kann das Schweigen ausgelöst haben?" oder gar:
- "Habe ich ihn/sie verschreckt oder geärgert?"
- "Soll ich das Schweigen mit einer Deutung bzw. Intervention unterbrechen - oder soll ich es weiter aushalten? Und wenn ja, wie lange?" (Vielleicht ist es ja in diesem Stadium des Therapieprozesses heilsam, und ich würde womöglich wichtige innerseelische Prozesse stören, wenn ich jetzt die Stille unterbräche!)
- "Ist es meine Aufgabe als Therapeut, den Patienten vor einer möglicherweise durch das Schweigen ausgelösten archaischen Verlassenheitsangst zu bewahren, die eine Wiederholung seines Kindheitstraumas sein könnte (wo er sich im Stich gelassen fühlte) - oder will ich gar das Schweigen nur unterbrechen, weil *ich selbst* es nicht ertrage? Und wenn ja, aus welchem Grund?"

Schon landen wir bei unseren eigenen Phantasien und Vorerfahrungen: Beispielsweise könnten wir in unserer Herkunftsfamilie Schweigen als Bestrafung erlebt haben, als Ablehnung unserer selbst - und je nachdem, wie unsere Beziehung zu Eltern und Geschwistern war, könnte es uns in Minderwertigkeitsgefühle getrieben haben - und natürlich zu dem Bemühen, etwas "wieder gutzumachen", die verloren geglaubte Liebe der Bezugspersonen wiederzuerlangen usw. Gerade beim Thema "Schweigen" stellen wir bald fest, wie professionelle Abwägungen des Therapeuten (vor allem des psychodynamisch geschulten) in uns unauflöslich verwoben sind mit z.T. unbewussten oder archaischen Ängsten bzw. deren Abwehr. Ich will deshalb auf das Schweigen später noch einmal zurückkommen.

Der Patient greift den Therapeuten an

Es braucht uns nicht zu wundern, dass auch beim Thema "Aggression" nicht nur die Beobachtung des Patientenverhaltens und dessen analytische Reflexion, nicht nur die Suche nach Auslösern und Parallelen in Alltag und Biografie des Patienten, nicht nur die Untersuchung der Übertragung und Gegenübertragung (s.u.) ins Spiel kommt, sondern auch unsere eigenen "essentials": Auch hier werden wir in einem zentralen eigenen Themenbereich getroffen, nämlich bei der subjektiven Bedeutung von Aggression für uns und beim Umgang mit ihr. Wie habe ich früher Aggression erlebt? Hat sie mir Angst gemacht oder mich eher herausgefordert? Wie habe ich gelernt, mit Konflikten umzugehen? Gab es "fruchtbare" Auseinandersetzungen in meiner Familie - oder wurden Streitereien schnell destruktiv? Oder wurden alle Konflikte unter den Teppich gekehrt? Leide ich unter Harmonie-Sucht? Wenn meine Lehrtherapie ihren Zweck erfüllt hat, werde ich hoffentlich die wichtigsten dieser Problemfelder bearbeitet oder zumindest gründlich kennen gelernt haben. Aber wir wissen ja alle, dass es dem Patienten immer wieder gelingt (und je tief greifender seine Störung ist, desto besser), uns an wunden Punkten zu "erwischen".

Wenn ich früher keine oder kaum Gelegenheit hatte, Kritik als konstruktiv zu erleben, sondern Angriffe überwiegend mit Entwertung verbunden waren, dann wird es mir wahrscheinlich auch nach einer längeren Lehrtherapie schwer fallen, die subjektive Kritik oder gar die Wut eines Gegenübers "wohlwollend neutral" oder nachdenklich aufzunehmen. Vielleicht verstärkt ein solcher Angriff gerade bewusste oder latente Selbstzweifel? Dann werde ich wahrscheinlich der Schein-Alternative "Gegenwehr oder Rückzug" verfallen. Eine perfekte Kombination aus konstruktiver Integration, inhaltlicher Gegenwehr und emotionalem Rückzug kann eine gekonnte Deutung aus unserem analytischen Werkzeugkasten sein. Damit haben wir mit einem Schlag fast alles erreicht: Wir haben unsere Angst vor weiteren Attacken des Patienten und/oder vor eigenem Versagen gebändigt und können uns gleichzeitig in dem Gefühl sonnen, dem Patienten professionell begegnet zu sein. Ja, wir haben alles erreicht – außer den Patienten. Aber wie kann man denn wirklich sinnvoll, empathisch und abgegrenzt auf Angriffe reagieren?

Der Umgang mit Aggressionen ist eine Gratwanderung zwischen der Achtung des Gegenübers einerseits (mit der Bereitschaft, die Kritik zu akzeptieren, aber ohne Zerknirschung) und einer "gesunden" Selbstbehauptung andererseits, die dem andern eine gewisse Festigkeit offenbart. Und die Erfahrung zeigt ja: Je schwerer die Störung eines Patienten ist, desto dringender braucht er das Erlebnis, dass das "Objekt" nach seinem Angriff weder zusammenbricht noch Rache übt. Er möchte zwar vom Bewusstsein her, dass wir nachgeben, ihm Recht geben, aber darunter verborgen ist gleichzeitig der unbewusste Wunsch: "Halte mir stand! Bleib du selbst!" In jedem Fall wünscht er sich, ernst genommen und nicht mit Gegenargumenten oder faden Deutungen abgespeist zu werden. (Was uns aber nicht daran hindern muss, später auch deutend auf eine Interaktion einzugehen!) Man sieht: Die Ag-

gression des Patienten ist ein wichtiges Feld, auf dem man sich durch eigene uneingestandene Ängste als Therapeut blockieren kann. Man muss sich dann ins Gedächtnis rufen: Es geht nicht darum, ob ich mich wehre oder nachgebe, oder darum, wer zu wie viel Prozent Recht hat, nicht um Argumente – sondern um das momentane Gefühl des Patienten.

Die Angst, nicht zu wissen, was gerade in der Therapie/im Patienten vorgeht

Diese Befürchtung hängt stark von der Art unserer beruflichen Sozialisation ab. Wenn wir eine Ausbildung genossen haben, in der die theoretische Einordnung des innerseelischen und zwischenmenschlichen Geschehens im Vordergrund stand, aber auch, wenn wir generell dazu neigen, möglichst die uns umgebenden Phänomene zu erklären und “in den Griff zu bekommen”, dann werden wir uns auch als Therapeut bemühen, den Finger am Puls zu behalten, d.h., in jeder Situation möglichst gut das, was wir erleben, in unsere bisherigen Erfahrungen und gelernten Konzepte einzuordnen. Und danach werden sich dann auch im Wesentlichen unser Therapeutenverhalten und unsere Interventionen bzw. Deutungen richten. Die Praxis zeigt allerdings, dass die theoretische Reflexion oft dem realen Geschehen hinterherhinkt. Wir sollen ja auch gleichzeitig “präsent” sein, uns also als ein Teil der therapeutischen Interaktion erleben. In der Gruppentherapie gar steht die zeitgleiche theoretische Reflexion auf verlorenem Posten, denn dort steigt die Komplexität der miteinander interagierenden Faktoren ja gleichsam exponentiell an.

Wie ich mit komplexen Geschehnissen in meiner Umgebung umgehe, was sie in mir auslösen, hängt also zum großen Teil davon ab, wie wichtig für mich die kognitive (z.B. kausale oder logische) Einordnung von Phänomenen ist, d.h., welchen Stellenwert sie früher im Leben hatte. Wie wichtig war es für mich, die Vorgänge und das Klima in der Familie angemessen zu erfassen? Wie dringend brauchte ich diese Einordnung, um meine Ängste vor dem Unbekannten zu reduzieren, Prognosen zu erstellen und Konsequenzen für mein Handeln zu ziehen? Wie weit konnte ich Unerklärliches einfach hinnehmen, ohne es zu hinterfragen? Wie viel Erfahrung habe ich damit, komplexe Vorgänge intuitiv bzw. ganzheitlich zu erfassen und spontan darauf zu reagieren?

Nach C.G. JUNG ist die Intuition eine der 4 Ich-Funktionen, neben Denken, Fühlen und Empfinden. Sie bezeichnet eine Art “innerer Wahrnehmung”, in die vor allem subjektive Eindrücke und frühere Erfahrungen einfließen und die ein “Wahrnehmen des (noch) nicht Wahrnehmbaren” ermöglicht. Subjektive Bewertungen dagegen sind der so genannten Fühlfunktion vorbehalten.

Weitere Befürchtungen

Jeder Therapeut kennt eine Fülle von Problemen, Fehlerquellen und konkreten Anlässen für Sorgen, von denen ich hier noch einige aufzählen will:

- Ich könnte bei einem Patienten etwas Wichtiges übersehen
- Ich könnte etwas tun, was nicht meiner Rolle als Therapeut entspricht

- Ich könnte etwas tun oder unterlassen und damit dem Patienten schaden
- Der Patient könnte in eine Krise geraten, der ich nicht gewachsen bin
- Der Patient könnte die Therapie abbrechen, weil ich ihm nicht gerecht geworden bin
- Der Patient könnte woanders schlecht über mich reden
- Der Patient könnte zu einem Kollegen “abwandern”
- Der Patient könnte mich nicht ernst nehmen, an meinen Fähigkeiten zweifeln

Wir alle haben ja in unseren Ausbildungen vieles gelernt, was uns den Umgang mit diesen Befürchtungen erleichtert bzw. sie tatsächlich reduziert. Bei den psychodynamischen Verfahren trainieren wir dazu die Analyse unserer Gegenübertragung, die uns Hinweise darauf geben soll, was der Patient für unbewusste oder **uneingestandene Gefühle und Phantasien** hat, die er auf uns projiziert bzw. externalisiert. Trotzdem fällt mir immer wieder auf, dass bei all diesen sicher angemessenen Empfehlungen und Strategien, auch in vielen Aufsätzen, die ureigenen Gefühle und Phantasien des Therapeuten, die er selbst aufgrund seiner Persönlichkeit und seiner früheren Erfahrungen in die therapeutische Situation einbringt, wenig oder keine Erwähnung finden (s.u.). Dennoch oder gerade deshalb lohnt es sich m.E., jedes therapeutische Handeln (einschließlich der “abstinenten” Zurückhaltung und des gesamten nonverbalen Verhaltens) immer auch unter dem Aspekt der persönlichen Angst(abwehr) des Therapeuten zu sehen, seiner Spannungstoleranz, seiner Über-Ich-Entwicklung und in deren Gefolge seines Pflichtbewusstseins, seiner Neigung zu Verantwortungsübernahme (oder zu Schuldgefühlen) und vieles mehr.

Angstabwehr

Die Macht der Schulen

Tünnes: Siehst du den Artisten auf dem Seil? Warum fällt er nicht herunter?

Schäl: Na, der hält sich doch an der Balancierstange fest!

Tünnes: Ja aber warum fällt die denn nicht herunter?

Schäl: Na – die hält er doch fest!

Seit dem allmählichen Erwachen des menschlichen Bewusstseins war es eine der Hauptaufgaben des “psychischen Apparates”, die Angst vor den Naturereignissen um und in uns zu verringern und erträglich zu machen, indem wir die uns umgebende Komplexität durch Bilder, Erklärungsmodelle, Vermutungen und Erkenntnisse über Kausalzusammenhänge reduzierten (das Gehirn bedient sich dazu eines ökonomischen Mechanismus, den man u.a. “Superzeichenbildung” oder “Gestaltbildung” nennt). Unter diesem Gesichtspunkt darf man getrost auch die Entstehung von Metapsychologien wie den Behaviorismus oder die Psychoanalyse untersuchen. Eine Betrachtung der komplexen Prozesse der psychologischen Theoriebildung unter der Rubrik “Angstabwehr” beinhaltet also weder eine Entwertung der richtungsweisenden Leistungen aller Schulengründer noch eine Aussage über deren Wahr-

heitsgehalt oder Angemessenheit. Ich bin auch überzeugt, dass man mindestens einen, besser noch zwei dieser Bezugsrahmen in ihrem Wesen erfasst haben sollte, bevor man sich in das Abenteuer der psychotherapeutischen Praxis stürzt.

Die Strukturierung der menschlichen Erfahrung durch Wissenschaft (im Unterschied zu einer logisch konsistenten, aber spekulativen Theorie) hat Freud (1946/1981a) in seinem Aufsatz "Zur Einführung des Narzißmus" geschildert:

"... das ist eben der Unterschied zwischen einer spekulativen Theorie und einer auf Deutung der Empirie gebauten Wissenschaft. Die letztere wird der Spekulation das Vorrecht einer glatten, logisch unantastbaren Fundamentierung nicht neiden, sondern sich mit nebelhaft verschwindenden, kaum vorstellbaren Grundgedanken begnügen, die sie im Laufe ihrer Entwicklung klarer zu erfassen hofft, eventuell auch gegen andere einzutauschen bereit ist."

Obwohl diese Gedanken, was den "wissenschaftlichen" Anspruch betrifft, schon sehr vorsichtig und bescheiden klingen, so war Freud in einem Punkt immer noch zu optimistisch: Auch die "Deutung der Empirie" beruht, wie Wissenschaftstheorie und Hirnforschung in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts endgültig gezeigt haben, auf subjektiven Einschätzungen und Vorerfahrungen des Deutenden, hat also ebenfalls eine "spekulative" Komponente. (Die komplexitäts-reduzierende und angstmindernde Funktion von Deutungen wurde ja schon erwähnt.)

Was aber die "nebelhaften Begriffe" betrifft, so sind wir nach meiner Ansicht in unseren tiefenpsychologischen Theoriengebäuden mittlerweile wieder an dem Punkt angelangt, wo die Uranst, die durch die Unerklärlichkeit der Phänomene bzw. Symptome ausgelöst wurde, so gut in Modellen und Erklärungssystemen gebändigt und eingesperrt ist, dass wir diese Strukturen jetzt wieder aufweichen und etwas "Angst" - ebenso wie das Staunen - zulassen sollten. Dies entspräche Hegels Aufforderung, der in seiner "Phänomenologie des Geistes" bemerkte, in der neuen Zeit finde das Individuum "die abstrakte Form vorbereitet", so dass wir jetzt wieder "die festen Gedanken in Flüssigkeit" bringen müssten. Ich möchte hinzufügen, "... auch wenn das etwas Angst macht". Diese Angst scheint aber viele an einer Verflüssigung zu hindern. (Meinen sie vielleicht, dadurch "ins Schwimmen" zu kommen?)

Jedenfalls möchte ich hier mein Augenmerk auf das lenken, wozu die Einordnung eines lebendigen Geschehens (wie das Verhalten eines Patienten) in einen abstrakten Bezugsrahmen unbewusst missbraucht werden kann - vor allem, wenn diese Einordnung der Stabilisierung meiner therapeutischen Identität in einer "Schulrichtung" dient. Dabei können das Bedürfnis des Therapeuten nach Resonanz beim Patienten, seine Angst vor Misserfolg und seine Bemühung, seine analytische Identität zu wahren, ineinander greifen. Ernest Wolf (1996) schreibt hierzu:

"Der Analytiker kann es nötig haben, so zu funktionieren, wie er gelernt hat, daß ein Analytiker funktionieren sollte; er trifft, wie es so oft passiert, auf bestimmte Ängste und Abwehrmechanismen des Patienten, die die reibungslose Entfaltung des analytischen Prozesses zu behindern scheinen. Der

Analytiker bekommt Zweifel an seiner Kompetenz und fürchtet den Verlust seines professionellen Ansehens."

Komplementäre Ängste

Während meiner Weiterbildung konnte ich das Wechselspiel zwischen Verunsicherung und Stabilisierung in der Einstellung von Analytikern und anderen Kollegen gegenüber der Lowen'schen Bioenergetischen Analyse erleben - eine Haltung, die oft geprägt war von einer Ambivalenz zwischen fachlicher Ablehnung und heimlicher Faszination. Währenddessen saß ich selbst "zwischen den Stühlen", ohne eine stabile "Schulen-Identität" entwickeln zu können (und zu wollen), ich musste also die Vor- und Nachteile bestimmter Modelle und Verhaltens-Optionen in jedem Fall wieder neu abwägen. Im Laufe der Zeit ging das immer leichter; und in der Praxis erlebe ich jetzt die Konvergenz und Komplementarität von Modellen zwar oft als anstrengend, aber auch immer wieder als belebend und bereichernd.

Die dramatische Diskussion um körpertherapeutische Elemente in der analytischen Therapie, die ich seit über 20 Jahren verfolge, hat Gott sei Dank in letzter Zeit etwas an Schärfe verloren. Aber noch 1987, nachdem ich bei der DGPT-Tagung in Würzburg nach einem Schlagabtausch zwischen zwei Analytikern in der Plenumsdiskussion meine Bioenergetik-Ausbildung erwähnt hatte, sprachen mich in der Pause zwei wohlmeinende Kollegen an: Sie fänden das, was ich gesagt hätte, ja recht interessant, aber ich solle doch lieber in Zukunft meine eigene körpertherapeutische Zusatzausbildung nicht so coram publico erwähnen, das könnte mir vielleicht Nachteile bringen. Ich dankte ihnen und ging weiter, noch nachdenklich über meine Unerfahrenheit auf diesem Parkett - da zog mich plötzlich ein anderer Kollege beiseite und fragte mich leise: "Sagen Sie mir doch, wo kann man denn eine solche bioenergetische Ausbildung nebenher machen?" Ich glaube, diese Geschichte bedarf keines Kommentars.

Damals wurde ich in beiden "Lagern" äußerlich wohlwollend, aber hintergründig oft skeptisch beäugt. Nicht nur wegen der körperlichen Berührungen (die ihnen natürlich auch großenteils suspekt waren), sondern auch wegen der größeren Neigung der Körpertherapeuten zu direktivem Verhalten warnen mich manchmal analytische Lehrer und Kollegen (außer meinem Lehranalytiker) vor einem "Mitagieren" in der Körpertherapie. Andererseits löste ich auch bei den Trainern und Kollegen in der Bioenergetischen Analyse Zweifel an meiner körpertherapeutischen Loyalität aus, z.B. wenn ich die Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung anmahnte. Glücklicherweise sind wir inzwischen auf dem Weg zu einem "Dialog der Kulturen" weiter als damals. Viele Anregungen und Unterstützung verdanke ich in dieser Hinsicht meinen Freunden, den Analytikern Günter Heisterkamp, Robert Ware und Tilmann Moser, die zu diesem Annäherungsprozess wesentliche Beiträge geleistet haben. Moser (1992) schreibt in seinem "Stundenbuch": *"Eine Psychoanalyse, die sich den neuen Methoden nicht stellt und sich nicht befruchten läßt, kann ebenso eine Spaltung verfestigen, nämlich die*

zwischen polemisch gegeneinander abgegrenzten Therapiebereichen, die sich bekämpfen, statt sich zu bereichern.“ Und Heisterkamp schlägt in seinem neuen Buch “Basales Verstehen” (2002) eine versöhnliche, für alle beschreibbare Brücke zwischen den verbalen und nonverbalen Methoden mit Hilfe des Modells des “Handlungsdialogs” vor (Enactment).

Ich stelle mir vor, wie eine bestimmte Rolle einen Schutz darstellen kann: Angenommen, ich habe “als Mensch” eine gewisse Scheu vor allzu großer (emotionaler und/oder körperlicher) Nähe und befürchte auch, beim Patienten eine Grenze zu verletzen – andererseits verspüre ich aber in einer bestimmten therapeutischen Situation den Impuls, dem Patienten mein Mitgefühl direkt auszudrücken, ihm z.B. die Hand auf die Schulter zu legen o.Ä. In dieser Lage schützt mich meine analytische Theorie und die darauf fußende Therapeuten-Rolle vor der Unsicherheit, die die größere Nähe in mir auslösen könnte, oder zumindest befreit sie mich von einer Ambivalenz. Auch wenn mir der Patient durch seine Aggression “zu nahe” kommt, habe ich mit den Deutungen treffliche Defensivwaffen (s.o.). Ich kann z.B. den Patienten fragen, ob er auch manchmal gegen seinen Vater eine solche Wut gehabt habe und Ähnliches – und schon bin ich aus dem Schussfeld.

Umgekehrt: Wenn ich als Verhaltens-, Gestalt- oder Körpertherapeut beispielsweise mit einem längeren Schweigen des Patienten konfrontiert bin, könnte das in mir Ängste auslösen (s.o.): Was ist mit dem Patienten los? Wo steht er? Habe ich etwas falsch gemacht? Vor diesen Irritationen kann mich das jeweilige schulenspezifische Verhaltensrepertoire bewahren, ich kann z.B. eine “Übung”, eine “Stuhlarbeit” usw. vorschlagen und damit die Leere, die Grauzone überbrücken (in der vielleicht nach kurzer Zeit etwas Entscheidendes vom Patienten gekommen wäre?). Dass es hilfreich sein und die Angst vor dem “Unerklärlichen” mindern kann, wenn man mehr als ein Bezugssystem zur Verfügung hat, kann man auch im “normalen” psychiatrischen Alltag erleben.

Eines Nachts wurde ich während meines Bereitschaftsdienstes in der Psychiatrie von der sehr aufgeregten Nachtschwester auf eine Station gerufen. Als ich eintraf, saß bei ihr im Schwesternzimmer ein Mann auf dem Boden an der Wand und schlug ständig mit dem Kopf nach hinten gegen die Wand. Er ließ sich nicht beruhigen, an eine freiwillige Medikamenten-Einnahme war nicht zu denken. Es ist nahe liegend, dass ich als junger Assistenzarzt in einer solchen Situation Angst bekam – als Erstes Angst um die Gesundheit des (vermutlich psychotisch) erregten Patienten, aber dann auch Angst vor dem Versagen als Psychiater, Angst um die überforderte Nachtschwester usw. Die klassische kustodiale Psychiatrie würde vermutlich in einem solchen Fall, um den Patienten vor weiterer Selbstschädigung zu schützen, ihm z.B. gewaltsam eine Valium-Spritze verabreichen. Das hatte ich in den ersten Jahren in der “Anstalts-Psychiatrie” oft erlebt und dabei die Vermutung gehabt, dass die Ruhigstellung des Patienten für das Personal mindestens ebenso wichtig war wie für den Patienten. Deshalb wollte ich keine Gewalt anwenden. Zudem währte in diesem Fall meine Angst nur sehr kurz, denn gleich kam mir

aufgrund meiner Bioenergetik-Ausbildung eine Vermutung: Bei den meisten Menschen “sitzt” ein großer Teil der Aggression im Nacken-Kopf-Bereich, von den Schultermuskeln bis zur Hinterhauptschuppe. Bei diesem Patienten war seine Aggression offenbar selbstdestruktiv geworden. Ich beschloss daher, nicht gegen diese Kraft zu arbeiten, sondern mit ihr: So ermunterte ich den Patienten weiterzumachen - aber nicht gegen die Wand, sondern gegen meine Hände. Ich setzte mich hinter ihn auf den Boden und packte seinen Kopf. Sofort presste er diesen gegen und in meine Hände, während er im Sitzen vor und zurück wippte. Er begann dabei tiefer zu atmen und beruhigte sich bald. Danach konnte man sogar mit ihm reden, die Schwester gab ihm ein Schlafmittel, und er ging ins Bett.

Der Vorteil von mehr als einem Bezugssystem ist, dass diese sich gegenseitig relativieren und man nie in die Gefahr gerät, “automatisch” zu reagieren. Man muss zumindest überlegen, welcher Blickwinkel oder welche Kombination von Sichtweisen gerade angebracht ist. Solche Freiheitsgrade zu nutzen erfordert natürlich einen gewissen seelischen Energieaufwand. Aber wenn man die Spannung zwischen unterschiedlichen Modellen und Theoriesystemen (und den meist dahinter stehenden Welt- und Menschenbildern) aushält, können diese wirklich ihre angstmindernde Funktion entfalten, ohne einengend zu wirken.

Es ist für mich immer eine Beruhigung, wenn ich auf beiden Seiten einer “Front” einen Abbau von Angst und Abgrenzung feststellen kann, so z.B. bei Analytikern, die ihre ursprünglich heimliche Faszination und Sehnsucht in Bezug auf körpertherapeutische Elemente zum Anlass nehmen, in einem solchen Verfahren Selbsterfahrung zu machen, oder wenn in der Bioenergetischen Analyse inzwischen die therapeutische Beziehung und biografische Elemente mehr berücksichtigt werden als in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts. Wie im Verhältnis der Völker untereinander trägt auch hier das vermehrte Wissen über die andere Seite zum Angstabbau bei.

Ein klassischer Streitpunkt zwischen Analytikern und Körpertherapeuten sei hier noch erwähnt, der die jeweiligen Ängste gut beleuchtet: Soll man dem Patienten, der sich in einer hilflosen, regressiven und einsamen psychischen Situation befindet, als Therapeut die Möglichkeit zur “korrektiven Neuerfahrung” geben (aufgrund der Angst, man könne sein Trauma wiederholen) - oder soll man seinen Zustand mit ihm aushalten und ihm keinen Trost, keine Berührung o.Ä. geben (aufgrund der Angst, ihn durch “Mitagieren” weiter in Abhängigkeit zu halten oder selbst “ausgesaugt” zu werden)? Natürlich geht es hier nicht um eine pauschale Antwort, sondern man erkennt die Polarität und Komplementarität der Ängste, deren Pole jeweils eine Form von Angst und gleichzeitig die Abwehr der Angst des Gegenpols repräsentieren:

- Auf der einen Seite steht die **Angst vor Nähe**, basierend auf der Angst vor dem “Überwältigt- oder Verschlungenwerden” – sie kann durch die rigide Anwendung der Abstinenzregel abgewehrt werden.
- Auf der anderen Seite steht die **Angst vor Distanz**, die auf Trennungs- bzw. Verlassenheitsangst fußt - sie kann durch therapeutische Aktivitäten abgewehrt werden.

Die beiden Pole ähneln sich mehr, als man im ersten Moment erwarten würde: In beiden Fällen kann man bestimmten Verhaltensrichtlinien folgen und als Therapeut die Kontrolle über das Geschehen behalten. In beiden Fällen muss man nicht die Ambivalenz oder Spannung zwischen den Polen ertragen. Man kann natürlich therapeutische Schulen nicht jeweils einem dieser Pole zuordnen, z.B. "Körpertherapie – Nähe" vs. "Psychoanalyse – Distanz". Es ist ja durchaus möglich, dass ein Körpertherapeut seine Angst vor Nähe durch eine "Übung" abwehrt oder dass ein Analytiker die Angst vor Nichtverstehen (Getrenntsein) durch eine Deutung abwehrt (die ihm suggeriert, er hätte den Patienten verstanden).

Die Deutung als Defensivwaffe

Somit wären wir wieder bei dem Thema "Deutung" angelangt. Aber wir nähern uns ihm gleichsam "von innen": So wie man einen Satz oder Verhaltensaspekt des Patienten vor dem Hintergrund der Übertragung deuten kann, so kann man auch die "Deutungshandlung" des Therapeuten als einen Akt seiner Übertragung auf den Patienten ansehen. Auch hier meine ich nicht, dass man diesen Aspekt unbedingt vermeiden müsste. In der erwähnten Deutung einer Aggression als Vaterübertragung kann dieser Hinweis ja für einen Patienten ganz hilfreich sein. Jede Deutung hat – ebenso wie jede verhaltens- oder körpertherapeutische Intervention – wahrscheinlich einen therapeutischen und einen Abwehraspekt. Während der Mainstream der Psychoanalyse wohl eher zu biografischen und Übertragungsdeutungen neigt, besteht eine typische (sicher oft auch wertvolle) Angstabwehr Jung'scher Therapeuten im Amplifizieren mit Märchen und Mythen. Dazu ein Beispiel:

Ende der 80er Jahre hatte ich einen Analysanden, der selbst in einer Beratungsstelle tätig war und unter Ängsten und Depressionen litt, die offenbar mit einem Mangel an Abgrenzungsfähigkeit gegenüber seinen Klienten zusammenhingen. Eines Tages erzählte er völlig verstört einen Traum, in dem er ein Kind zerstückelt und in einen Topf wirft. Ich kann mich noch gut erinnern, wie mir im ersten Moment selbst die Luft wegblieb – aus Angst vor dieser destruktiven Kraft. Aber dann fiel mir – zum Glück? – der Bericht eines Schamanen aus der russischen Tundra über seine so genannte Schamanenreise ein: Während er in einem komaähnlichen Schlaf lag (der "Schamanenkrankheit"), träumte er, er steige in die Erde zum Erdgott hinab, der sein Fleisch von den Knochen löst und in einem Kessel kocht, um danach alles wieder "neu" zusammenzufügen. Es handelt sich also um eine uralte Wandlungssymbolik, das "solve et coagula" der Alchimisten. Ich war innerlich froh, für solche Träume über die biografischen und psychodynamischen Modelle hinaus noch weitere Deutungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben, und schilderte dem Patienten die Schamanen-Geschichte. Nach dieser Amplifikation wurde der Patient merklich ruhiger und konnte danach auch diese Symbolik der Auflösung und Neuordnung gut für sich nutzen.

Was das therapeutische Vorgehen betrifft, so kann man hier natürlich die unterschiedlichsten Standpunkte diskutieren. An

dieser Stelle geht es mir darum, dass ich – was mir erst später bewusst wurde – diese ausholende Deutung auch dazu benutzte, mich selbst zu beruhigen. Das ist m.E. durchaus legitim – nur sollte man sich wohl dieser Funktion einer Deutung möglichst bald und weitgehend bewusst werden. Denn dies hat durchaus auch therapeutische Konsequenzen: Wenn ich – ohne es zu merken – meine Angst durch eine Deutung oder sonstige Intervention abwehre, verringere ich die Chance, dass der Patient etwas mehr an seine Ängste herankommen bzw. sie – in dem von mir gebotenen Schutzraum – etwas länger aushalten kann und dass er vielleicht daran an Ich-Stärke gewinnt oder an die Erinnerung früherer Angsterfahrungen gelangt. Natürlich darf ich ihn auf diese Weise "schonen", oft ist das sogar geboten. Aber das Kriterium, ihn zu schonen, sollte eben nicht **meine** Angst sein. Solange ich unbewusst mich selbst schonen muss, ist mein Blick auf den Patienten und auf das, was er jetzt braucht, getrübt.

Eine zweite wichtige angstabwehrende Funktion der Deutung lässt sich folgendermaßen beschreiben: Wenn ich (bewusst oder unbewusst) befürchte, der Patient könnte an meiner Kompetenz als Analytiker zweifeln, dann kann ich eine gute Deutung dazu benutzen, mich bei ihm wieder ins rechte Licht zu rücken. Komplementär dazu könnte beim Patienten eine Deutung weniger aufgrund ihres Inhalts wirken, sondern auf der Übertragungs- oder Beziehungsebene, d.h. dadurch, dass sie seine Angst reduziert, ich könnte nicht mehr wissen, was mit ihm los ist, ich könnte ihm nicht helfen usw. Er könnte dann z.B. denken (bzw. vorbewusst spüren): "Der Therapeut blickt ja durch, auf den kann ich mich verlassen!" oder "Wie viele Gedanken sich die Frau Doktor um mich macht! Dann bin ich ihr ja vielleicht doch wichtig!"

Gegenübertragung

"Es scheint also, daß zahlreiche Analytiker es erlernen, Abwehrmechanismen anzuwenden, die ihnen gestatten, Forderungen und Forderungen der Analyse von der eigenen Person abzulenken, wahrscheinlich indem sie sie gegen andere richten, so daß sie selbst bleiben wie sie sind."

(S. Freud, Die endliche und die unendliche Analyse, 1981b)

Was bedeutet das bisher Erörterte für die Gegenübertragung? Der Blickwinkel "Angst des Therapeuten" ist auch ein zentraler Aspekt der Gegenübertragungs-Analyse. Was die Historie dieses Konzepts betrifft, so begegnen wir hier auch einer recht zähen Abwehrstruktur. Hatte es schon Jahrzehnte gedauert, bis Freud und seine Schüler neben den Übertragungsvorgängen auch die Möglichkeit erwogen, dass der Patient im Therapeuten Gefühle "induzieren" könne, so dauerte es weitere Jahrzehnte, bis die Analytiker-Gemeinschaft – vor allem dank zweier beherzter Frauen, Margaret Little und Paula Heimann (1950) – einräumte, dass auch der Analytiker ein Mensch ist mit eigenen Übertragungen auf den Patienten, die primär nicht vom Patienten induziert werden, wenngleich diese natürlich schwer von den reinen Gegenübertragungsgefühlen zu trennen sind. Nach meinem Eindruck aus Fachveranstaltungen und Artikeln ist der Unterschied zwischen Gegenübertragung und

Eigenübertragung (bzw. dem Eigenanteil in der Gegenübertragung) noch nicht allgemein anerkannt.

Ich zitiere dazu noch einmal den Selbstpsychologen Ernest WOLF:

“Weniger Übereinstimmung besteht darüber, daß der Analytiker nicht nur ein bloßer Beobachter und deutender Kommentator ist, sondern ein aktiver Teilnehmer am analytischen Dialog. Seine Gedanken, Gefühle und Handlungen haben auf den analytischen Prozeß und den Patienten einen Einfluß, der zwar gewöhnlich kontrolliert, aber nicht vollständig vermieden werden kann. Der Analytiker als leere Projektionsfläche ist in der Realität weder wünschenswert noch erreichbar. Die Angst des Analytikers vor Verletzungen seines Selbst kann ihn daher in seiner analytischen Funktion behindern, das heißt zu einer unerwünschten Gegenübertragung führen” (Wolf, aaO, S.178).

Während C.G. JUNG schon sehr früh das gesamte Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen als ein komplexes, prinzipiell symmetrisches Ganzes betrachtete (s. Dieckmann, u.a.), stellt man im Mainstream der Psychoanalyse ein generelles Zögern fest, die angesprochenen menschlichen Reaktionen und Eigen-Übertragungen des Therapeuten in den Blick zu nehmen. Das legt den Verdacht nahe, dass es sich dabei auch um eine kollektive Form von Angstabwehr handeln könnte (die in diesem Fall sogar die Theoriebildung beeinflusst hat).

Immerhin lässt sich auch in diesem Mainstream im Laufe der 90er Jahre eine Tendenz zu einer mehr interaktiven und systemischen Betrachtungsweise des Therapieprozesses feststellen (für die Pioniere wie Balint ja schon früh Vorarbeit geleistet haben und die in vielen Beschreibungen der projektiven Identifizierung bereits implizit am Werke war). Pars pro Toto nenne ich zwei Beispiele aus jüngerer Zeit, Klüwer (1995) und Trauth (1997).

So schreibt Klüwer (1995), der ja zur Verdeutlichung dieser Wechselseitigkeit schon in den 80-er Jahren den Begriff des “Handlungsdialoges” einführte:

*“Wenn die aktuelle Gegenwart des Agierens ... als Drehpunkt der Wiederholung von Vergangenheit und kreative Öffnung für Potenziale der Zukunft gesehen wird, dann muß auch die Dimension von Übertragung und Gegenübertragung in die Betrachtung einbezogen werden; denn eine solche kreative Umwandlung kann nie **nur** das Produkt des Patienten, sondern muß das einer **Koproduktion** von Patient und Analytiker sein.”* (Hervorhebung von mir)

Und in dem gründlich ausgearbeiteten Konzept von Trauth (1997 [1979]) werden die wesentlichen Organisations- und Regulationsprinzipien der Psyche im Sinne einer Polarität (“psychoanalytisch-gegenpolig”, also letztlich systemisch) reformuliert. Er unterscheidet zwei dieser Prinzipien, das der gegenpoligen Kommunikation und das der Spaltung, und ermöglicht dadurch eine Differenzierung der Einwirkungen dieser jeweiligen intrapsychischen Kommunikationsstrukturen des Patienten und des Therapeuten auf die Interaktionsdynamik im therapeutischen Feld. Das Verständnis des gemeinsamen Versuchs einer “Struktur-Inszenierung” (bei je-

weils vorherrschenden kommunikativ-gegenpoligen oder gespaltenen Strukturanteilen beider Interaktionspartner) macht nach Trauth den Begriffsgebrauch konzeptionell stimmiger, als dies bei der Beschreibung der Übertragung-Gegenübertragungs-Dynamik in der traditionellen Psychoanalyse der Fall ist. Hier sind die Begriffe - grundsätzlich, weil konzeptionell - mit konfliktbedingten Verdrängungs- und Abwehrprozessen verbunden. Solche “pathologischen” Mechanismen wollte Freud (für sein Konzept stimmig) dem Therapeuten noch nicht anlasten und sah deshalb dessen Gegenübertragung als hinderlich an, wobei er die Übertragung dem “psychisch gestörten” Patienten zuschrieb.

Während die psychoanalytische Theorie sich erst mühsam solchen prinzipiell symmetrischen und systemischen Konzepten nähert, kommt in der Balintarbeit manch ein organmedizinisch ausgebildeter Kollege, der weniger “theorielastig” ist, nach meiner Erfahrung eher einmal auf die Idee, dass Schwierigkeiten, die er mit einem Patienten hat, auch auf ganz eigenen Problemen beruhen könnten. So gesteht z.B. immer wieder einmal ein Kollege nach längerer Besprechung einer älteren Problempatientin ein, dass seine Mutter ähnliche Krankheiten oder eine ähnlichen Mentalität habe – oder dass er möglicherweise Arzt geworden sei, damit seine Mutter stolz auf ihn sein könne - oder gar, um sie zu heilen. Oft bestehen diese verschiedenen Übertragungsaspekte gleichzeitig, so dass der Arzt dann eingekeilt ist zwischen der Angst *um* die Patientin und der Angst *vor* der Patientin! (Natürlich arbeitet man dann in der Balintgruppe an einer solchen angstbesetzten Stelle nicht mehr weiter!)

Psychotherapieforschung

“Eine Therapeutenkarriere kann wohl nicht anders in Gang gesetzt werden, als vor dem Hintergrund eines Anspruchs nach spezifischer Wirkung.” (Helmut Enke)

Eine Möglichkeit (oder zumindest Hoffnung), der “Wahrheit” näher zu kommen, stellt die **Forschung** dar, in der man mit unterschiedlichem Erfolg versucht, die Effekte unserer Bemühungen um den Patienten zu quantifizieren, bzw. wenigstens kommunizier- und vergleichbar zu machen. In der letzten Dekade des vergangenen Jahrhunderts wurden diese Bemühungen verstärkt, vor allem aufgrund des größeren Konkurrenzdrucks der “Schulen” (bei schwindenden Ressourcen) und vor dem Hintergrund des Psychotherapeutengesetzes.

Die angstabwehrende und stabilisierende Bedeutung eines schulenspezifischen Bezugsrahmens wird vor allem am Beispiel der **Effektivitätsforschung** sichtbar, und hier – ganz im Sinne des obigen Zitats - besonders bei der Suche nach spezifischen Wirkfaktoren verschiedener Psychotherapierichtungen. Seit etlichen Jahren ist zu beobachten, dass immer mehr Energie in diese Spezifitätsforschung investiert wird. Zunächst habe ich dies - in dem Bewusstsein, dass es wesentlich zum Selbstverständnis einer Therapieschule beitragen kann - für durchaus sinnvoll gehalten und mich im Rahmen einer bundesweiten Katamnese-Studie Mitte der 90er Jahre auch daran

beteiligt (Heinzl et al., 2000; Breyer et al., 1997). Im Gegensatz zur Erforschung der bei allen Therapiemethoden wirksamen so genannten kommunalen Faktoren (Adolf Ernst Meyer) handelt es sich bei der Spezifitätsforschung ja um Messmethoden und Forschungs-Designs, die bemüht sind, die spezifischen Wirkungen einer bestimmten Therapiemethode auf den Therapieverlauf und dessen Ergebnis signifikant nachzuweisen. Dabei ergibt sich allerdings eine Fülle von Problemen, wie z.B. die extreme Schwierigkeit, Methoden genau zu definieren, ihre korrekte Anwendung zu überprüfen, den "Erfolg" adäquat zu messen und Störvariablen zu kontrollieren – und das alles, ohne die untersuchte Methode zu sehr in ihrer praktischen Anwendung zu beeinflussen. Es zeigt sich dabei leider folgende umgekehrte Proportionalität: Je exakter eine Messmethode ist, desto naturferner wird sie, und je naturnäher sie ist, desto schwieriger ist die Quantifizierung der Daten und die Eliminierung von Störfaktoren – überspitzt formuliert: externe und interne Validität sind gewissermaßen umgekehrt proportional! Für die Spezifitätsforschung ergibt sich noch zusätzlich die Schwierigkeit, wie man die spezifischen Wirkfaktoren einer bestimmten Therapiemethode von den kommunalen Faktoren trennen soll.

So kam Donald F. Klein (Klein und Godwin Rabkin, 1993) nach einer gründlichen Revision der bisherigen Effektivitätsforschung zu dem Resümee, dass gesicherte Erkenntnisse über spezifische Wirkungen einzelner Therapieformen einschließlich Kosten-Nutzen-Analysen zwar sehr wichtig wären für soziale Entscheidungen, dass aber bislang alle Versuche, von verschiedenen Therapieverfahren, Therapeutenvariablen, ja sogar Erfahrungsgraden der Therapeuten auf signifikante **Unterschiede** bei Therapieeffekten zu schließen, praktisch gescheitert seien. Weiterhin fällt auf, dass man sich vergleichsweise wenig bemüht, die so genannten Therapeuten-Variablen genauer zu erfassen. Manche Forscher ignorieren diese Variablen ganz, andere führen in ihren Forschungsdesigns eine einzige "Therapeuten-Variable" ein, gleichsam als Sammeltopf oder Blackbox, wieder andere versuchen, mehrere Kategorien zu finden, kümmern sich aber wenig um die Ergebnisse anderer Forscher. Die Kooperation in diesem Bereich lässt zu wünschen übrig.

Es ergibt sich also eine **Diskrepanz** zwischen einer eifrigen Spezifitätsforschung einerseits und einer Vernachlässigung der Wirkfaktoren in der Persönlichkeit des Therapeuten andererseits. Dadurch entsteht der Verdacht, dass die Suche nach spezifischen Wirkfaktoren (bei vernachlässigter Erforschung der Therapeutenvariablen) einer ähnlichen Tendenz zur **Kontrolle und Komplexitätsreduktion** entspringen könnte, wie wir sie oben als Motiv für die Ausblendung der Eigenübertragung des Therapeuten vermutet hatten: Je besser man erfasst, welche spezifischen Effekte ein (vom Anwender abstrahiertes) **Verfahren** erzielt, desto weniger muss man sich darum kümmern, welche Wirkung vom **Therapeuten selbst** ausgeht. Seine Stärken und Schwächen, seine (latenten) Ängste, seine Erfahrung und sein Profil bleiben sicherheitshalber im Dunklen. Dabei ist es offenkundig, dass so etwas wie ein "Verfahren" als abstraktes Gebilde selbst gar keine Wirkung entfal-

ten kann, sondern nur der Mensch, der es anwendet. Die beiden Aspekte sind lediglich für didaktische Zwecke zu trennen. Schon bei der statistischen Bearbeitung, z.B. in Varianzanalysen, sind sie vermischt (was man dann vornehm "gemeinsame Varianz" nennt).

Aber offenbar macht es Angst, den Therapeuten als Person ins Visier zu nehmen. Man begnügt sich damit, dass ja jede Weiterbildung von einer Lehranalyse begleitet wird – die wird's schon richten. Dabei hat man immer wieder festgestellt, dass während langer Weiterbildungen in Instituten und aufgrund der Ämtervermischung zwischen Lehr- und Kontrollanalytikern einerseits und Institutsghremien andererseits Abhängigkeiten entstehen, die auch nach dem Examen oft weiterbestehen. Darauf hat u.a. H. Thomae 1990 in einem Vortrag bei einer DGPT-Tagung eindringlich hingewiesen und u.a. Kernberg zitiert, der einmal bemerkte, die psychoanalytischen Weiterbildungsinstitute sollten eigentlich eine Mischung aus Uni und Kunstakademie sein, aber de facto ähnelten sie mehr einer Mischung aus Priesterseminar und technischer Berufsschule. Dazu passt ja auch das traurige Bonmot, die Geschichte der Psychoanalyse sei die Geschichte unaufgelöster Vaterübertragungen. Natürlich beschleicht einen an dieser Stelle auch immer wieder die Frage, wieweit die Lehranalysen und Weiterbildungen auch fähig seien, Adepten, die für diesen Beruf kaum oder nicht geeignet sind, herauszufinden und von ihrem Berufswunsch abzubringen. Diese Thematik wäre – als Hintergrund der "Therapeutenvariable" – ein ebenso heikles wie notwendiges Forschungsobjekt.

Die treuen Anhänger von Schulrichtungen scheinen ihre Überzeugungen häufig auf eine ähnliche Weise zu benutzen, wie sie der amerikanische Literat Andrew Lang bei der subjektiven Verwendung von Statistik charakterisierte: Sie benutzen sie wie der Betrunkene den Laternenpfahl – als Stütze ihres Standpunktes, "und nicht zur Erhellung eines Sachverhalts". (zit. n. Krämer, 1994). Stellen wir uns vor, wie dieser Betrunkene ans Ziel kommen will: Wenn er sich am Laternenpfahl festhält, wird er sich bestenfalls "im Kreise drehen", aber nicht vorwärts kommen. Um aber das zu erreichen, müsste er den beruhigenden und vertrauten "persönlichen Bezugsrahmen" des Laternenlichtes verlassen, seine Ängste zulassen und erst einmal im Dunkeln tappen. Nur so kann er auch in den Lichtkreis einer anderen Laterne gelangen und sich so vielleicht weiterhangeln - und nur so "entsteht der Weg beim Gehen". So wünschte ich mir auch Entwicklung und Vermittlung der Theorie innerhalb der Tiefenpsychologie: als Wechsel zwischen der Sicherheit des Gewohnten und der tastenden, ängstlich-mutigen Suche nach Neuem. Dabei kann die Balancierstange einer persönlichen "Minimaltheorie", eines individuellen Bezugsrahmens, der ebenso auf eigenen Erfahrungen wie auf Gelerntem beruht, sicher hilfreich sein, vor allem weil er beim Ausgleich zwischen verschiedenen Polen hilft. Ich meine also nicht etwas Allgemeingültiges, das man überall nachlesen kann, sondern - analog zur "Erweiterung des Körperschemas" bei der Balancierstange - eine Erweiterung unserer "persönlichen Gleichung". Im gleichen Sinne empfahl Hans Thomae (aaO, 1990), der

Novize müsse die Möglichkeit haben, *„mehreren Meistern über die Schulter zu sehen“*.

Gruppentherapie

Wenn ich an dieser Stelle noch einen Exkurs in die Gruppentherapie einfüge, so nicht nur deshalb, weil diese Therapieform einen wesentlichen Teil meiner therapeutischen Identität bestimmt, sondern auch, weil sich anhand des Phänomens *„Gruppe“* einige der bisher vorgestellten Hypothesen und Sachverhalte noch deutlicher herauskristallisieren. Zunächst kann man feststellen, dass alle bisher genannten Befürchtungen und Ängste des Einzeltherapeuten in der Gruppentherapie einen ähnlichen oder noch fruchtbareren Nährboden haben - bis auf eine: Neige ich dazu, mich für die Patienten verantwortlich zu fühlen, dann kann ich als Gruppentherapeut einen Teil dieser Verantwortung an die Mitpatienten delegieren. Darüber hinaus gibt es im Gruppensetting natürlich noch eine Fülle weiterer Angstauslöser, *„Gefahren“* und Abwehrmöglichkeiten.

Weil die theoretische Reflexion des Therapiegeschehens in der Gruppe um Größenordnungen schwieriger ist als in der Einzeltherapie, wird die schützende Funktion der sehr hilfreichen metapsychologischen Gruppenkonzepte wie der von Foulkes, Göttinger Schule, Bion usw. immer wieder durch die Dichte und Unmittelbarkeit des Gruppengeschehens relativiert. Deshalb ist der Gruppentherapeut noch viel mehr auf seine Intuition und basale emotionale Kompetenz angewiesen - mit anderen Worten: auf seine eigene *„Gruppenfähigkeit“*. Man findet allerdings kaum befriedigende Hinweise darauf, welche Eigenschaften, Fähigkeiten und Persönlichkeitsanteile einen Menschen zu einem *„guten“* Gruppentherapeuten prädestinieren - also zu einem, der kreative Gruppenprozesse und fruchtbare Entwicklungen der Teilnehmer fördern kann und Freude an seiner Tätigkeit hat (was sicher miteinander korreliert).

Insgesamt wird bei der Gruppe die Identifikation mit einer *„therapeutischen Weltanschauung“* besonders greifbar: Zum Beispiel wird ein *„klassisch“* ausgebildeter Analytiker oder Verhaltenstherapeut im Allgemeinen eher mit seiner einzeltherapeutischen Schulrichtung identifiziert sein und es schwer haben, gruppentherapeutische Grundlagen und Erkenntnisse wirklich in seine Persönlichkeit zu integrieren. Auch wenn er Gruppentherapien durchführt, wird er möglicherweise dazu neigen, entweder Gruppendeutungen zu bevorzugen oder mit einem Patienten vor der Gruppe zu arbeiten und die andern Teilnehmer als Beobachter und Feedback-Geber zu nutzen. In beiden Fällen gestaltet er die Interaktion im Sinne eines dyadischen Beziehungsmusters - in dem Bemühen, das *„Unvorhersehbare“* mit Hilfe von Modellen zu bannen, die die kaum kalkulierbare Komplexität des Gruppengeschehens auf ein handhabbares Maß reduzieren. Und in beiden Fällen ist er nicht *„Teil der Gruppe“*, auch wenn seine Haltung verstehbar ist: Sie hilft ihm, sowohl das Verhalten der Patienten in einem für ihn fassbaren Bezugsrahmen zu sehen und besser zu prognostizieren als auch sein eigenes Verhalten passend zu diesem Rahmen zu *„modellieren“*. Er ist dann weni-

ger auf seine eigenen Stärken, Schwächen und momentanen Stimmungen angewiesen und vermeidet, sich angesichts mancher unvorhergesehener und unverständlicher Verhaltensweisen von Patienten hilflos fühlen zu müssen.

Die Gruppe als Ganzes und als komplexes Wechselwirkungsfeld aufzufassen mit der Paradoxie, als Therapeut einerseits ein Teil davon, andererseits ein Außenseiter zu sein, erfordert offensichtlich ein großes Maß an Angsttoleranz und an Akzeptanz von unvorhersehbarem, unkontrollierbarem Geschehen (s. Heinzel, 2001). Deshalb vermute ich, dass bei uns allen ein (verschieden großer) Anteil unserer Einstellungen gegenüber der Gruppe als Gesamtphänomen, also vor allem archaische Ängste, (im Jung'schen Sinne) im **Schatten** liegen, d.h., dass unsere Haltung mehr von unserer eigenen Gestimmtheit, von unseren ganz persönlichen früheren Erfahrungen in Gruppen, also auch von neurotischen Anteilen, bestimmt ist, als dies durch wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema Gruppe erfassbar ist. So dürfte sowohl die oben geschilderte Neigung, Einzelne in der Gruppe anzusprechen, als auch die Tendenz, die Gruppe vorwiegend mit Gruppendeutungen zu *„erfassen“*, nicht nur auf einer *„dyadischen“* Einstellung beruhen, sondern auch die Abwehr einer unbewussten **Angst vor der Gruppe** als Ganzes sein.

Wirksamkeit und Wirklichkeit

„Ich weiß, dass ich nichts weiß – aber viele wissen auch das nicht!“ (Sokrates)

Möglicherweise kann die Gefahr, angelegte theoretische Inhalte und Verhaltensweisen unbewusst zur Angstreduktion zu missbrauchen, fast ebenso groß werden wie der Gewinn, den wir aus unserem fachlichen Know-how ziehen. Denn obwohl uns die Initiation in eine *„Schule“*, die zur Ausübung des Therapeutenberufs dringend erforderlich ist, neben dem Aspekt des persönlichen und professionellen Wachstums einen notwendigen theoretischen Bezugsrahmen vermittelt, dessen Modelle sinnvolle und subjektive Sicherheit bietende Erklärungen für menschliches Erleben, Verhalten und Versagen bieten, muss man vermuten, dass in ihnen eine gewisse Verführung enthalten ist, sie **für wahr zu halten**. So warnt z.B. Jung (1928) am Beispiel der energetischen Modelle der Psyche vor der **Hypostasierung** von Begriffen, also der *„Unterstellung“*, sie hätten Substanz:

„Durch die Anwendung des reinen Begriffes auf die Stoffe der Erfahrung tritt notwendigerweise eine Konkretisierung oder Veranschaulichung des Begriffes ein, wodurch es dann den Anschein hat, als ob damit auch eine Substanz durch den Begriff gesetzt sei. ... Diese Täuschung ist unvermeidlich, da wir unfähig sind, uns ein Quantum anschaulich vorzustellen, es sei denn ein Quantum von etwas. Dieses Etwas ist die Substanz. Daher hypostasiert sich jeder angewandte Begriff unvermeidlich, auch wider unseren Willen, worüber wir allerdings nie vergessen dürfen, dass wir es mit einem Begriff zu tun haben.“

Auch unsere Fachsprache neigt dazu, die Unterschiede zwischen Konstrukt und *„Realität“* zu verwischen. Man achte in

den folgenden vier Aussagen auf das Wörtchen "hat": "Der Patient **hat** einen Gallenstein" - "Der Patient **hat** Kopfschmerzen" - "Der Patient **hat** eine Depression" "Der Patient **hat** eine positive Übertragung auf mich".

Diese Aussagen befinden sich genau genommen auf vier verschiedenen Realitäts- bzw. Erkenntnisebenen, was durch das kleine, aber umso gefährlichere Wörtchen "hat" verschleiert wird. Eine solche erkenntnistheoretische Genauigkeit ist dringend erforderlich, denn je länger man sich im Mikrokosmos eines bestimmten Lehrgebäudes aufhält, desto wichtiger wird es, dieses immer wieder zu relativieren. Nach Maturana und Varela (s. u.a. ihr Buch "Der Baum der Erkenntnis, 1987) ist die evolutionäre Aufgabe des menschlichen Gehirns nicht irgendeine Form von "richtiger" Abbildung der Welt, sondern die Erzeugung des Verhaltens, das das Überleben am besten sichert. Und da die Angst, wenn sie über ein gewisses Niveau hinausgeht, unser angemessenes Verhalten beeinträchtigt, muss sie ständig reguliert werden. Das bewerkstelligt das Gehirn durch aktives Konstruieren von "Wirklichkeit". Ich zitiere dazu zwei provokante Stellen aus einem Aufsatz des Analytikers Edgar A. Levenson (1994):

*"The significant point is that metapsychologies are not truths but simply world-views, particular perspectives on experience held by particular therapists. They are not wrong, but they are not right, either. Nothing a metapsychology claims can be wrong and for anything a metapsychology says, **the opposite position is equally true and valid.** ... It is not really an issue of truth: metapsychologies are adopted by therapists because there is a certain aesthetic 'fit' - it feels right; and that fit depends on the personality of the therapist and his/her particular cultural context."* (Hervorhebungen von mir)

Levenson beschreibt dann eine heikle Therapiesituation, in der eine Patientin ihm kurz vor Sitzungsende mitteilt, sie wolle die Therapie beenden. Er schildert seine Ängste und sonstigen Gefühle - und sein völlig "unschulmäßiges" Verhalten in der nächsten, als letzte geplanten Sitzung (was die Patientin zu einer Fortführung der Therapie veranlasste). Dann gibt er diese Geschichte "für jede beliebige Interpretation frei" und schlussfolgert: "Dynamics may refer to orality, depression, power, autonomy - you name it. As you can see, once the field is delineated, virtually all metapsychological formulations fit perfectly, **even if they are contradictory or exclusive.**"

Die Beschäftigung mit der Angst des Therapeuten und deren Abwehr weist uns eindeutig auf die Subjektivität jeder "Wahrnehmung" hin, auch der eines Therapeuten, die ja immer durch die Vorerfahrung und den Bezugsrahmen einer Metapsychologie geprägt ist, den er sich gemäß seiner "persönlichen Gleichung" (Jung) ausgewählt hat. Die Kardinalfrage ist, ob und wie weit der Bezugsrahmen seine Gleichung zu **stabilisieren** hat. Denn was einen theoretischen Hintergrund letztlich so attraktiv macht und uns dazu verführt, seine Konzepte nicht nur für wirk-sam, sondern auch für wirk-lich zu halten, ist über die aktuelle Angstreduktion hinaus seine stabilisierende und identitätsstiftende Funktion. Auch wenn wir

grundsätzlich seine Modellhaftigkeit anerkennen, so verleiht er uns gleichwohl das subjektive Gefühl von Kompetenz. Wir brauchen den Theorierahmen also durchaus in mehrfacher Hinsicht als Basis für den Umgang mit dem Patienten.

Dessen ungeachtet ist der zentrale Faktor für die fachliche und menschliche Qualifikation des Therapeuten, und damit auch für den Stellenwert seiner Abwehrstrategien, die emotionale Sicherheit und Souveränität, die er "hinter" seiner Therapeutenrolle innehat. Je schwächer dieses basale Selbstwertgefühl ist, desto eher wird er in Verführung geraten, diesen Mangel durch Regeln und Rollen auszugleichen. Deshalb halte ich seine Selbsterfahrung und vor allem seine persönliche Psychohygiene für ausschlaggebend dafür, wieweit seine Ängste für ihn ein Korrektiv und eine Hilfe für die Empathie sind oder wieweit sie ihn in seiner therapeutischen Potenz einschränken. Unter dieser Psychohygiene verstehe ich seine Lebensqualität, die Lebendigkeit und Vielfalt seiner Beziehungen und privaten Aktivitäten ebenso wie seine Fähigkeit zu Rückzug und Selbstreflexion. Wenn er seine Seele außerhalb seines Berufes nähren kann, dann ist er nicht ganz so stark auf positive Spiegelung durch Patienten/Kollegen angewiesen.

Marion Battke (1993) hat die subjektive Bedeutung der Theorie für den Therapeuten so zusammengefasst:

1. Abwehr der Vereinzlung
2. eine Möglichkeit der (konstruktiven oder destruktiven) Machtausübung
3. eine Antwort auf die Bedrohung durch das "Chaos"
4. eine generelle Angstabwehr
5. eine spezielle Anwendung der Denkfunktion
6. weniger ein "Gebäude" als ein dynamischer Prozess
7. Theorie ist – wörtlich genommen - eine "Anschauung" (griechisch "theoría") und ein Werkzeug

Angst als Helfer

"Wenn man Angst hat, soll man loszittern!"
(Christine Brückner)

Nach all den bisherigen Überlegungen liegt es nahe, folgende Korrelation zu postulieren:

Je sicherer sich ein Therapeut "als Mensch" fühlt, d.h. vorwiegend in seiner emotionalen, sozialen und intuitiven, (vielleicht sogar spirituellen) Kompetenz, je souveräner er insgesamt im Leben steht, je mehr Beziehungserfahrungen (und Konflikte) er in unterschiedlichen Gruppierungen macht und gemacht hat, einschließlich dem Bereich der Partnerschaft, desto eher wird er sein theoretisches Wissen lediglich als grobe Richtlinie ansehen können, ohne von ihm abhängig zu sein oder es gar als Schutz oder Waffe zu gebrauchen (um in den verwendeten Bildern zu sprechen: als Balancierstange und nicht als Pfahl zum Festhalten!). Und desto eher wird Angst für ihn ein inneres Korrektiv sein, das ihn in seiner Einfühlungsfähigkeit stärkt und sensibilisiert, statt eine Gefahr darzustellen, die er vermeiden muss. (Die Umkehrung dieser Hypothese überlasse ich dem Leser!) Als ich einmal einen Vortrag über dieses Thema hielt, sagte in der Diskussion ein Kollege,

wenn er einmal keine Angst mehr in seinen Therapien spüre, dann sei das für ihn ein Warnsignal. Dann sei er urlaubsreif.

Dialogik

*Überzeugungen sind für die Wahrheit schädlicher als Lügen.
(F. Nietzsche)*

Nachdem sich die zahlreichen Ängste und deren vielfältige Abwehrformen vor uns ausgebreitet haben, die wir im Grunde alle schon längst kennen, müssen wir uns nun fragen, wie man den schlimmsten Fallstricken entgehen kann und welche Ängste als unvermeidlich hingenommen oder – im Sinne des zitierten Kollegen – als Gradmesser unserer Empathie und Resonanzfähigkeit erhalten bleiben sollen. Über die Analyse der Gegenübertragung haben wir ja in unseren Ausbildungen gelernt, dass sie uns Zugang zu unbewussten Gefühlen des Patienten vermitteln kann. So ist wohl jede milde Angst, die wir bei uns selbst wahrnehmen, nicht nur besser als deren Vermeidung, sondern auch ein Hinweis auf eine Grenze, die gerade erreicht oder überschritten wird. In einem meiner ersten Balint-Ausbildungsseminare sagte uns der Leiter, der sicherste Weg zur Selbsterfahrung sei “an der Angst entlang”. Dieses Bild hat mir, vielen Patienten und Kollegen oft geholfen. Die gespürte Angst könnte uns also helfen, uns nicht zu sicher zu fühlen, nicht zu träge zu werden, nicht den empathischen Kontakt zum Patienten zu verlieren und offen für die Entwicklung der Therapie zu sein, auch innerhalb einer Sitzung. Diese Offenheit, die auch unterschiedliche Meinungen und Interpretationen zulässt, die den Widerspruch zwischen Aussagen aushält, war bis zur Aufklärung eine wertvolle Tugend, die aber im Verlauf des Siegeszuges des Rationalismus auf dem Rückzug ist – seither sucht man immer mehr nach einer Wahrheit, danach, wer “Recht hat”. Erst in neuerer Zeit, vor allem in der Folge der Komplementaritätshypothese von Niels Bohr, gibt es wieder Bestrebungen, auch in der Wissenschaft mit Widersprüchen kreativ umzugehen. (s. u.a. Levensons radikale Bemerkung: “... *even if they are contradictory or exclusive ...*”)

Ein gutes Modell dafür sehe ich in der von Hermann Levin Goldschmidt entwickelten philosophischen Richtung der *Dialogik*. Ihre Merkmale können auch wegweisend für den therapeutischen Dialog und den Dialog zwischen den “therapeutischen Kulturen” sein: Im ersteren müssen wir immer den Widerspruch zwischen Ebenbürtigkeit und Asymmetrie aushalten, im letzteren oft unterschiedliche Menschenbilder und Ziele. Die Dialogik lebt davon,

- dass jeder Dialogpartner seine Position kennt und bekennt,
- dass keine feste Lehrmeinung, keine Weltanschauung oder Deutung die Oberhand gewinnt,
- dass alle Gesprächspartner die gleichen Rechte haben und sich gegenseitig respektieren,
- dass Gegensätze nicht ausgeglichen und Kompromisse nicht unbedingt gefunden werden müssen,
- dass die Entwicklung des Dialoges als zwischenmenschlicher Prozess grundsätzlich unvorhersehbar ist und
- dass der Dialog im Grunde nie zu Ende ist.

Ein solch offener Dialog macht sicher zunächst mehr Angst als ein Gespräch, in dem einer völlig dominiert oder in dem sich jeder hinter einer festen Meinung, Rolle, Schulrichtung oder Weltanschauung verschanzt. Es ist die Angst vor dem Unberechenbaren, vor dem “offenen Ausgang”, vor Verletzung und Enttäuschung. Deshalb erfordert eine solche dialogische Haltung sicher viel Mut, z.B. den Mut, an einer bestimmten Stelle das Setting zu verlassen, seinen eigenen Impulsen nachzugehen, spontan zu sein. Im therapeutischen Bereich ist eine solche offene Haltung sicher auch nicht in jeder Sitzung durchzuhalten. Aber immer dann, wenn dieser Dialog gelingt, ereignet sich etwas zwischen Therapeut und Patient, das beide berührt und für das Aushalten ihrer Angst belohnt: Nämlich das, was Martin Buber in dem Satz zusammenfasste: “*Alles wirkliche Leben ist Begegnung.*”

Fragen an uns selbst

- Neige ich dazu, mich auf mein Gegenüber so weit einzustellen, dass es zufrieden mit mir ist?
- Macht es mir Angst, wenn ich keine klare Rückmeldung von meinem Gegenüber bekomme?
- Ist es mir lieber, wenn ich für etwas Unbekanntes baldmöglichst eine Erklärung habe, die meinen Verstand befriedigt – oder kann ich auch längere Zeit mit etwas Unbegreiflichem leben?
- Habe ich eher die Tendenz, Unternehmungen, Gespräche usw. voranzuplanen, oder improvisiere ich lieber?
- Sind mir Institutionen lieber oder fühle ich mich in der “freien Wildbahn” wohler?
- Bin ich eher ein Einzelgänger oder suche ich gerne Geborgenheit in einer Gruppe?
Oder bin ich ambivalent zwischen beidem?
- Ist mir eine Resonanz beim Patienten wichtig?
- Suche oder vermeide ich Rivalitätssituationen? Vergleiche ich mich gern mit andern? Oder vermeide ich überhaupt Zweierbeziehungen und Gruppen und ziehe den Schutz meines Behandlungszimmers vor - oder betreibe ich lieber Wissenschaft am Schreibtisch?
- Wie stehe ich zu Teamarbeit, Familie, Partnerschaft, Kindern usw.? Sind mir Verwandte ein Gräuel? Wie kam/komme ich mit meinen Geschwistern bzw. gleichaltrigen Verwandten aus?
- Habe ich einen Freundes- oder/und Kollegenkreis, in dem ich mich als Gleicher unter Gleichen wohl fühle? Oder bevorzuge ich vorstrukturierte Gruppen, die entweder durch Hierarchie oder durch klare Regeln definiert sind?

All diese Einstellungen bilden sicherlich den Boden und Bedingungsrahmen meiner Ängste, deren Abwehr und meine gesamte Eigen- und Gegenübertragung und so auch meine therapeutische und berufspolitische Haltung. Und das alles zusammen macht meine “persönliche Gleichung” aus, die sich in meinen “Therapeutenvariablen” manifestiert und damit maßgebliche Wirkungen auf die Therapieprozesse hat (natürlich in Wechselwirkung mit den Patientenvariablen). Hier liegt noch ein weites Forschungsfeld brach - falls wir uns überhaupt selbst beforschen können. Aber für mich steht fest: In dem Maße, wie wir unsere hier lauernden eigenen Widerstände

gründlich analysieren, werden wir sicher noch mehr Hinweise erhalten, warum die ambulante Psychotherapie (und besonders die ambulante Gruppentherapie) so wenig honoriert und gefördert wird.

Was ich mir deshalb wünsche, sind **Spielräume für die angstarme Erprobung wechselnder Beziehungskonstellationen** und damit für Selbstregulations- und Selbstorganisationsphänomene - auch im Rahmen der Psychotherapie-Weiterbildungen. Anstatt unsere Zeit und Kraft im Kampf mit der Bürokratie zu opfern, bräuchten wir Therapeuten mehr Entfaltungsräume, ebenso wie Räume für Begegnungen im Sinne Martin Bubers.

Literatur

- Battke M: Die Bedeutung der Theorie für den Analytiker, Vortrag auf dem DGAP-Kongress März 1993. (nicht erschienen)
- Breyer F, Heinzl R, Klein Th: Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundh Ökon Qual Manag* 1997;2:59-73
- Dieckmann H. (Hrsg): Übertragung und Gegenübertragung. Gerstenberg, Hildesheim, 1980
- Freud S: Zur Einführung des Narzissmus. *GW Bd. X*. Suhrkamp, Frankfurt, 1981a, 142
- Freud S: Die endliche und die unendliche Analyse, *GW Bd. XVI*. Suhrkamp, Frankfurt, 1981b, 95
- Goetschel W: Perspektiven der Dialogik. Züricher Kolloquium zum 80.Geburtstag von Hermann Levin Goldschmidt. Wien: Passagen Verlag, 1994 (kein Zitat im Text)
- Hegel GFW: Phänomenologie des Geistes. Frankfurt: Suhrkamp, 1998
- Heimann P: On Countertransference. *Int J Psychoanal* 1950; 31:31-83
- Heinzl R: Ist der Gruppenleiter Teil der Gruppe – wenn ja, warum nicht? In: Tschuschke V (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme, 2001
- Heinzl R. et al. Breyer F, Klein T.: Outpatient Psychoanalytic Individual and Group Psychotherapy in a Nationwide Catamnestic Study in Germany. *The Journal of Group Analytic Therapy* 2000;33:353-372
- Heisterkamp G: Basales Verstehen. *Handlungsdialekt in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Pfeiffer-Cotta, 2002
- Jung CG: Über die Energetik der Seele, *GW 8*. Olten: Walter-Verlag, 1928, 31
- Klein DF, Godwin Rabkin J: Specificity and Strategy in Psychotherapy Research and Practice. In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP (eds.): *Psychodynamic treatment research - a handbook for clinical practice*, Basic Books, NY 1993.
- Klüwer R: Agieren und Mitagieren – zehn Jahre später. *Zeitschrift f. psychoanalytische Theorie und Praxis* 1995;10:45-70
- Krämer W: *So lügt man mit Statistik*. Frankfurt: Reihe Campus, 1994
- Levenson EA: The uses of disorder, chaos theory and psychoanalysis. *Contemp Psychoanal* 1994;50/1:7
- Maturana H, Varela F: *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz, 1987
- Moser T: *Stundenbuch*. Frankfurt: Suhrkamp, 1992, 60
- Thomae H: *Die Lehranalyse*. Vortrag bei der DGPT-Tagung 1990, Lindau. (Persönliche Mitschrift)
- Trauth W: *Zentrale psychische Organisations- und Regulationsprinzipien und das psychoanalytische Verständnis von Abwehr und Regulation - Psychoanalytische Grundlagenforschung*. München: Psychoanalytischer Verlag, 1997
- Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M: Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 1994;39:281-297
- Wolf ES: *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. S Frankfurt: Suhrkamp, 1996, 178 ff.

Dr. med. Dipl.-Psych. Roland Heinzl
Nervenarzt, Psychoanalyse, Gruppentherapie
Reitergässle 15, 78256 Steißlingen
Tel. 07738-92610
E-Mail: rolhei@t-online.de