

## Annelise Heigl-Evers und Jürgen Ott

# ZUR THEORIE UND PRAXIS DER PSYCHOANALYTISCH-INTERAKTIONELLEN METHODE

## Theory and Practice of the Psychoanalytical-Interactional Method

### Zusammenfassung

In dem Beitrag werden, ausgehend von den klinischen Erfahrungen und theoretischen Hypothesen zur Psychopathologie der strukturell gestörten Patienten, die Grundprinzipien der psychoanalytisch-interaktionellen Methode dargestellt, die seit vielen Jahren in Weiterbildungen vermittelt wird und sich sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting in der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung bewährt hat. Es wird der Versuch unternommen, wichtige Ergebnisse der Affekt- und Bindungsforschung in die eigenen Überlegungen zur weiteren Differenzierung dieser Methode zu integrieren. In diesem Zusammenhang sind die Untersuchungsansätze und Ergebnisse der Arbeitsgruppen von Fonagy, Krause, Seidler und Strauß von besonderem Gewicht.

### Schlüsselwörter

Psychoanalytisch-interaktionelle Therapiemethode - Persönlichkeitsstörung - Fähigkeit zur Selbstreflexion - strukturelle Störungen

### Summary

In this contribution the focus on clinical experience and theoretical hypotheses in the psychopathology of patients with structural disturbances is used to demonstrate the basic principles of the psychoanalytical-interactional method. This has been taught for many years in advanced training and has proved useful in both, the individual setting as well as in the group form of outpatient, semi-outpatient and inpatient treatment. An effort is made to integrate important results from research on affects and bonding into our own concepts for further differentiation of this method. In this context, the investigative approaches and results of the research teams around Fonagy, Krause, Seidler, and Strauß are of particular importance.

### Keywords

Psychoanalytical-interactional therapy method - personality disorder - capacity for self-reflection - structural disturbances

### Vorbemerkungen

Das Thema der folgenden Beiträge ist die Interaktion als ein Thema von zunehmender Bedeutung in der Psychotherapie. Interaktion als Ausdruck, als Bezeichnung für Prozesse des Austausches, vornehmlich des sprachlichen Austausches, aber nicht nur von diesem, ist unter verschiedenen Aspekten erforscht und unter verschiedenen Aspekten in der Psychotherapie angewandt worden.

Zu den Aspekten der Forschung gehören einmal die Affekte als bewusste und unbewusste Inhalte von Interaktionen, wie die moderne Affektforschung sie zu entschlüsseln versucht (in den Zusammenhängen dieser Beiträge behandelt von R. Krause und seinen Mitarbeitern), ferner gehört dazu die vor allem von Bowlby initiierte Bindungsforschung (hier behandelt von B. Strauß), es gehört auch dazu eine Auseinandersetzung über die Entstehung psychischer Strukturen aus Abläufen wechselnder Wahrnehmung (bearbeitet von G.H. Seidler) und schließlich die aus klinischen Erfahrungen der Interaktionen abgeleitete Methode der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (von A. Heigl-Evers und J. Ott).

Es wird der Versuch gemacht, die vorliegenden theoretischen Ansätze, klinischen Beobachtungen und Ergebnisse empirischer Forschung zueinander in Beziehung zu setzen, sie miteinander zu verknüpfen.<sup>1</sup>

In dem folgenden Beitrag wollen wir die Notwendigkeit, die theoretischen Hypothesen und die klinische Anwendung der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie darstellen; dabei werden die für die Patienten mit strukturellen Störungen, für die diese Modifikation psychoanalytischer Therapie entwickelt worden ist, charakteristischen und dominierenden Beziehungsformen und deren Auswirkungen auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Mittelpunkt stehen.

Beziehungen aktualisieren sich in Interaktionen. Interaktion bedeutet in seiner basalen Definition, dass das Verhalten des einen Lebewesens das Verhalten des anderen stimuliert und steuert; es handelt sich dabei um wechselseitige Stimulierung. Interaktionen vollziehen sich in Kontexten, aus denen Zu-

<sup>1</sup> Die hier vorgelegten Inhalte wurden erstmalig in Vortragsform während der 49. Lindauer Psychotherapiewochen 1999 diskutiert. Sie wurden in einer durchlaufenden Vorlesung angeboten.

sammenhang und Sinn des Geschehens erschlossen werden können. Solche Kontexte sind eingengt auf aktuelle interpersonelle Situationen, so z.B. auf die einer Psychotherapie (dyadischen Psychotherapie), deren räumliche und zeitliche Dimensionen sich oft weit erstrecken und nicht nur die persönliche Geschichte der Beteiligten durchschimmern lassen, sondern auch die Geschichte der Kollektive, denen sie angehören, bis in die Urgründe biologischen Lebens hinein. Diese Zusammenhänge sind für das Verstehen von Sinn und Bedeutung der interaktionellen Austauschprozesse sehr wichtig.

Um interaktionelle Abläufe (kognitiv) beurteilen zu können, bedarf es weiterer Kontexte, die in den Begriffen und Annahmen der jeweils zu Grunde gelegten Theorie enthalten sind. Zu diesen Theorien gehört im Fall der hier zu diskutierenden Psychotherapie auch die Psychoanalyse mit ihrer Persönlichkeitstheorie und Krankheitslehre, mit ihrer Theorie therapeutischer Interventionen und deren Wirkung.

Die Entscheidung für die Orientierung an bestimmten Theorien bedeutet immer auch eine Ausrichtung von Wahrnehmung und Kognition auf bestimmte Phänomene des ungemein komplexen Systems des individuellen Erlebens und Verhaltens, das gemeinhin Seele genannt wird. Seele wurde von David Rapaport (1973) als Verhalten im weitesten Sinne definiert. Es gibt eine Vielzahl von Alternativen, sich diesen Phänomenen zu nähern. Will man der Wahrheit über die Seele etwas näher kommen, bedarf es des Austausches mit den wissenschaftlichen Nachbarn. Eine Eingrenzung auf einen bestimmten Weg des Zugangs zu den Phänomenen des psychogenen Krankseins und gestörten individuellen Menschseins wird immer nur einen Teil so genannter Wahrheit zutage fördern. Der Blick über den Zaun ist unverzichtbar.

Diese Eingrenzung bedeutet auf der einen Seite Einschränkung, bedeutet Verzicht auf andere interessante Sichtweisen und Methoden therapeutischen Handelns, sie kann aber auf der anderen Seite auch eine Vertiefung des Blicks einschließen, eine Vertiefung des Blicks für diagnostische Urteilsbildung und für Entscheidungen gegenüber einer Vielfalt möglicher therapeutischer Interventionen.

In der Theorie der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie sind Psychoanalyse und Interaktion eine enge Verbindung eingegangen. Es stellt sich die Frage, wie diese enge Verbindung zustande gekommen ist, denn die Psychoanalyse war nicht von ihrem Beginn an interaktionell.

Die frühe Psychoanalyse kannte den Begriff der Interaktion nicht. Die menschliche Seele wurde als psychischer Apparat betrachtet. Das damals geltende psychopathologische Modell des Menschen war das einer physikalischen, von Energie getriebenen Maschine, die störanfällig war. In dieser frühen Phase wurde der Mensch monadisch verstanden. Erst mit Freuds Entdeckung des Ödipuskomplexes (1905) wurde ein neues Beziehungsmodell der Psychoanalyse in einer triadischen Konstellation möglich. In ihrer Technik war die frühe Psychoanalyse mit Entschiedenheit durch persönliche Abstinenz

in der Kommunikation geprägt. Das hieß, dass Authentizität des Therapeuten etwa auch in Form einer antwortenden Intervention nicht denkbar war. Die Psychoanalyse glich in dieser Phase mehr einer historischen Wissenschaft, die der Aufdeckung, Aufklärung einer Lebensgeschichte diente.

Eine Wende zeichnete sich ab, als Ferenczi und Rank (1924) als neuen Begriff den des „psychoanalytischen Erlebens“ konzipierten und versuchten, dazu eine Diskussion in Gang zu bringen. Das misslang jedoch. Dennoch bedeutete die Arbeit der beiden Autoren den Beginn einer beziehungsorientierten Technik. In dieser wurden das gegenwärtige Unbewusste der analytischen Situation und die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse zu Konstituenten des psychoanalytischen Prozesses. Durch die Betonung der Gegenwärtigkeit des psychoanalytischen Erlebnisses entstand auch eine andere Vorstellung vom Menschen als erkennendem Wesen; Reflexion, Denken und Erkenntnis waren für die klassische Psychoanalyse ein Grenzflächeneffekt, der zwischen dem triebhaften Es und der Außenwelt vermittelte und bei welchem die energetischen Möglichkeiten der Triebmaschine neu reguliert wurden. Demgegenüber wurde bei Ferenczi und Rank das unmittelbare und präsente Erleben und Erkennen in der therapeutischen Zweierbeziehung zu einem weiteren wichtigen (identitätsstiftenden) Grundpfeiler der Beziehung.

Nach den lang anhaltenden strittigen und zunächst heftigen Auseinandersetzungen um die von den beiden Autoren vorgenommenen Veränderungen der Sichtweise auf den therapeutischen Prozess und auf die therapeutische Beeinflussung, die den Schritt von einer Ein-Personen-Psychologie zu einer Zwei-Personen-Psychologie bedeutete, kam es zu interessanten Belebungen und Weiterentwicklungen in diesem Feld. So sprach Balint schon 1932 von einem „Neubeginn“, der für den Patienten in der analytischen Behandlung zu erreichen sei; Franz Alexander (1950) sprach von einer „korrektiven emotionalen Neuerfahrung“; es gab eine neue Diskussion der Gegenübertragung, gefördert vor allem von Paula Heimann (1950, 1959/60) und in Deutschland insbesondere durch Franz Heigl, der damit die ersten Schritte zur Einführung einer antwortenden Therapie vollzog, in Abgrenzung gegen die bis dahin bestehende Prävalenz der Deutung (Heigl 1959, 1960, 1966).

Innerhalb der ersten dreißig Jahre des Bestehens der Psychoanalyse hat sich also ein großer Wandel vollzogen: Die Entwicklung führte von einer auf sich bezogenen menschlichen Monade als Triebmaschine mit einem kognitiven Randsaum zu einem zutiefst sozialen, sich nur in der Beziehung zu einem anderen artikulierenden Lebewesen, dessen Grunderfahrungen mit anderen aufgebrochen werden. Es geht dabei um Prozesse, die schmerzlich, auch ängstigend sind, die aber allmählich zunehmend zu einer Erweiterung des Wahrnehmungsfeldes und des Handlungsspielraumes führen, die im subjektiven Erleben ein Mehr an Freiheit bedeuten kann.

Die seit Ende der 60er Jahre in Tiefenbrunn entwickelte psychoanalytisch-interaktionelle Therapie entstand als Antwort auf die Herausforderung durch Patienten, die offensichtlich

von der bis dahin angewendeten Methode, der am Prinzip Deutung und an den analytischen Grundhaltungen der Anonymität, Abstinenz und Neutralität orientierten Psychoanalyse, therapeutisch nicht ausreichend profitieren konnten. Die theoretischen Weiterentwicklungen der analytischen Ich-, Selbst- und Objektbeziehungspsychologie und die klinischen Erfahrungen mit diesen strukturell gestörten Patienten ließen zunehmend verständlich werden, warum es notwendig war, für diese Kranken Modifikationen der Behandlung zu entwickeln (Heigl-Evers 1972, 1977; Heigl-Evers und Heigl 1968, 1973, 1979, 1980, 1983 a und b, 1984 a und b, 1987, 1988, 1991, 1994; Heigl-Evers et al. 1997; Heigl-Evers und Nitzschke 1991, 1994; Heigl-Evers und Ott 1994 a und b, 1996; Heigl-Evers und Streeck 1983, 1985 ).

Es wurde zunehmend deutlich, dass bei der klinischen Betrachtung der Beziehungsmuster dieser Patienten eine bestimmte Objektposition, nämlich die des dritten Objekts, eine Rolle spielt, die eine zentrale Bedeutung für die differentialdiagnostische Abgrenzung und die Gestaltung des therapeutischen Prozesses hat.

Das Ziel dieser psychoanalytisch-interaktionellen Therapie, deren prozesshafter Ablauf auf Interaktionen, das heißt auf Beziehungen, beruht, ist es also, dem Patienten zu solchen Beziehungsformen und entsprechenden Vorstellungen vom Beziehungspartner zu verhelfen, die interpersonelle (psycho-soziale) Orientierung ermöglichen.

Der therapeutische Weg, der mit der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie gesucht und verfolgt wird, führt über die Beziehungen des Kranken zu sich selbst und zu anderen, insbesondere zum Therapeuten. Es geht um die Beziehung zum Objekt wie zum eigenen Selbst, und es geht um die zwischen beiden entstandene Selbst-Objekt-Beziehung in ihrer individuell dominierenden Form.

### **Die Bedeutung des dritten Objekts in der Entwicklung der Persönlichkeit**

Wenn wir uns die Entwicklung eines Angehörigen der Species humana ansehen, so beginnt sie mit der Begegnung zwischen Zweien. Aus dieser Begegnung geht über die Kopulation, über Zeugung und Austragung der Frucht ein Drittes hervor, das Kind, das mit den erzeugenden Eltern sowohl Ähnlichkeiten aufweist, wie es sich auch von ihnen deutlich unterscheidet, eben weil es ein Drittes ist. Während der Schwangerschaft kommt es zu einer engen Verbindung mit dem mütterlichen Elternteil, die räumlich und auch physiologisch eine große Nähe entstehen lässt, andererseits aber auch Abgrenzung, denn es handelt sich um zwei Systeme. Mit der Geburt kommt es zu einer mehr oder weniger einschneidenden Trennung von dem mütterlichen Objekt und gleichzeitig zur Herstellung einer neuen Art von Nähe, die entscheidend bedingt ist durch ein hohes Maß an weiter bestehender Abhängigkeit des Neugeborenen von der Mutter. Auf der anderen Seite gibt es schon relativ früh Verhaltensweisen in Richtung von Autonomie (s.d. Dornes 1993), doch bleibt die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind zunächst sehr eng.

Im günstigen Fall wird diese sehr große Nähe am Anfang des Lebens dadurch aufgelockert, dass ein drittes Objekt, in der Regel der Vater, in der Wahrnehmung und im Gesamterleben des Kindes immer mehr in Erscheinung tritt. Mit ihm wird das Andere, das Andersartige im Erleben des Kindes, zunehmend wirksam, da sich Vater und Mutter in vieler Hinsicht deutlich unterscheiden lassen, sowohl in der sensorischen Wahrnehmung des Kindes wie auch im Beziehungsstil gegenüber dem Kind, der sich wiederum unterscheidet von der Art und Weise, wie die Eltern miteinander umgehen. Es wird so aus der anfänglich betont dyadischen Beziehung des Kindes eine Triade. Das Kind ist gedrängt, sich triadisch zu orientieren und sein Verhalten entsprechend zu organisieren. Das geschieht zunächst in der frühen und später in der ödipalen Triangulierung.

Die gefühlsmäßigen, die emotionalen Reaktionen sind bei sich heranbildender Dreisamkeit, beim Kontakt mit etwas Andersartigem Affekte wie Neugier, Staunen, Stutzen, Überraschung. Es sind Gefühle, die in der Affektpsychologie zu den informationsverarbeitenden Affekten gezählt werden (Krause 1983, 1988, 1990, S. 670, 1997, 1998). Daneben wird eine kognitive Fähigkeit stimuliert, die für die weitere Entwicklung, für die weitere Persönlichkeitsentfaltung eine ganz besonders große Bedeutung hat, nämlich die Reflexion sowohl auf sich selbst als auch auf das Objekt (Fonagy 1998; Fonagy und Higitt 1990; Heigl-Evers und Seidler 1993; Seidler 1994, 1995, 1999).

Dem Kind stellt sich die Frage, wer denn nun eigentlich dieser Vater ist, wer diese Mutter ist und wer schließlich das Kind selbst ist. Diese antwortfordernden Fragen lösen dann jene „Stürme der Leidenschaft“ aus, die die ödipale Phase kennzeichnen. Sie münden, nachdem die kritische Beurteilung ausreichend entwickelt werden konnte, in eine Phase des Verzichts, der Abwendung von der komplizierten und belastenden triadischen Konstellation mit den Eltern. Das Kind erschließt sich den Zugang zur größeren Welt, dabei erfährt es auch das, was Einsamkeit genannt wird und was für eine differenzierte Entwicklung von Ich und Überich wahrscheinlich unerlässlich ist.

Das Kind ist nunmehr selbst fähig, Konflikte zu erleben, auszutragen und auf ihre Lösung hinzuwirken. Auch der Konflikt ist eine triadische Konstellation: Zwei Opponenten stehen sich in einem mehr oder weniger ausgeprägten Spannungsverhältnis gegenüber. Sie drängen sowohl auseinander wie auch zueinander, sie lassen als das überbrückende, spannungslösende Dritte den Kompromiss als lohnend erscheinen (Heigl-Evers und Heigl 1994). Der triangulär konstellierte Konflikt ist nach der Krankheitslehre der Psychoanalyse eine wichtige, wenn nicht überhaupt die entscheidende Verursachung für die Entstehung von Neurosen. Es ist die spezielle Form eines insgesamt oder in wesentlichen Anteilen unbewusst gewordenen Konfliktes, der die neurotischen Symptome und Störungen erzeugt.

## Die Besonderheiten der Patienten mit strukturellen Störungen

Es handelt sich bei diesen Kranken um Menschen, die ein drittes Objekt nicht oder nicht ausreichend integrieren (internalisieren) konnten und damit auch nicht in der Lage waren, sich in der Beziehung zu sich selbst wie zu den Objekten zunehmend zu differenzieren. Das hinderte sie auch daran, eine differenzierte Fähigkeit zur kritischen Reflexion auf sich und andere zur Entfaltung zu bringen. Es handelt sich um Menschen, die sich nicht vorwiegend in triangulären Konstellationen fühlen und bewegen; sie verblieben vielmehr in pseudo-dyadischen Beziehungen, bei in der Regel stark ausgeprägter Dependenz, oder sie entwickelten ein Verhalten, das dem des Narziss im griechischen Mythos entspricht, (Seidler 1995). Narziss, so erzählt der Mythos, hat ein Objekt, eine junge Frau, die ihn umwirbt, nämlich die Nymphe Echo, in einen Teil seines Selbst verwandelt und damit das Objekt aufgehoben; so wurde er selbst zu einer Monade mit all-einiger<sup>2</sup> Macht. Hier entsteht dann Abhängigkeit in einer anderen Erscheinungsform; das Objekt, das der Betreffende seinem Selbst einverleibt hat, muss sich in seiner sozialen Repräsentanz bereit finden, als Teilobjekt entsprechend instrumentalisiert behandelt zu werden, oder, wenn es seine Eigenständigkeit nicht verlieren will, abwenden oder fortgehen. Solche Patienten werden als narzisstisch, als schizoid oder hinsichtlich ihrer Beziehungsform auch als monadisch bezeichnet.

Menschen, denen die Verinnerlichung eines dritten Objekts nicht gelungen ist, sind also nicht in der Lage, in triangulierten Beziehungen Austauschprozesse mit Ganzobjekten und entsprechend ganzheitlichen Ausprägungen des eigenen Selbst entstehen zu lassen; sie organisieren in diesem Zusammenhang ihre Beziehungen entweder pseudo-dyadisch oder monadisch mit den dazugehörigen Auswirkungen auf die Strukturen von Ich und Überich.

Es geht um Persönlichkeitsstörungen, wie sie in den heute eingesetzten Ordnungssystemen, etwa von DSM-IV und ICD-10, phänomenologisch beschrieben werden und in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie unter dynamischen Aspekten erfasst (s.d. OPD 1996) und behandelt werden.

Die mangelhafte Integration eines dritten Objekts hat bei diesen Patienten die Entwicklung von Repräsentanzen sowohl der Objekte wie des Selbst in dreidimensionaler Form (man kann um sie herumgehen) und mitsamt der ihnen innewohnenden Widersprüche (Konflikte) verhindert. An die Stelle solcher Ganzobjekte und ganzheitlicher Repräsentanzen des Selbst sind Teilobjekte getreten und teilhafte Selbstaspekte. Die Beziehungen haben eine regressive Form angenommen, sie sind entweder pseudo-dyadisch-dependent oder aber monadisch und das heißt objektlos.

Zu solchen Störungen kommt es zum Beispiel bei frühen und anhaltenden Dialogstörungen zwischen Mutter und Kind, dazu gehören auch vollständige oder partielle Verwahrlosung, letztere oft mit materiellen (oralen) Überangeboten verbunden; zu der Psychogenese dieser Störungen zählen auf Seiten der um-

gebenden Objekte auch Gleichgültigkeit, ungesteuerte Aggressivität, mangelnder Respekt vor dem Kinde, insbesondere auch vor dessen Körper, ausgedrückt durch sexuelle oder gewalttätige Übergriffe, also Schädigungen von traumatisierender Wirkung (s.d. Heigl-Evers et al. 1997, S. 83 f).

Zu den Schwierigkeiten, zwischen Mutter und Kind eine ausreichende wechselseitige Nähetoleranz, Zuwendungsintensität und Bindung entstehen zu lassen, können auch größere Unterschiede in den Genomen der beiden Menschen gehören. Diese Unterschiede können so groß sein, dass sich, meistens zunächst auf Seiten der Mutter, ein Erleben von Fremdheit mit entsprechender Distanznahme, mit Rückzug und mehr oder weniger erfolglos sich selbst abgezwungener Zuwendung einstellt. Es wird immer wieder ein Huhn geben können, das ein Entenküken ausgebrütet hat, das „ugly ducklet“ aus Andersens Märchen. Und das Huhn wird Flügel schlagend in höchster Erregung am Ufer des Gewässers entlanglaufen, in dem das Kind vergnügt und munter im vertrauten nassen Element herumschwimmt. Sollte sich dann ein zunächst hässliches Entlein als Schwan entpuppen, wird die Situation für die Mutter sicherlich anders, aber auch nicht unbedingt besser; das eigene Kind bleibt ihr fremd. Das Kind mit solchen Eigenschaften wird dann vielleicht erleben: Meine Mutter, die alte Glucke, das dumme Huhn, kann nicht mal schwimmen, und griechische Vokabeln hat sie auch nicht gelernt. Primär sind es nicht selten große Unterschiede in der Motorik etwa zwischen einem nach den Maßstäben der Mutter übermotorischen Kind und einer nach den Maßstäben des Kindes lahmen Mutter. Die so entstehenden Konflikte können mit einiger Mühehaltung von beiden Seiten ausgeglichen werden, können überbrückbar sein, sie können aber auch lebenslang trennende Barrieren aufrichten.

Freud hat im Jahre 1911 an Else Voigtländer geschrieben, dass Daimon kai Tyche die wesentlichen Determinanten für die Entwicklung eines Menschen seien. Im Bereich des Daimon wie im Bereich der Tyche können Elemente wirksam werden, die zu großen Unterschieden zwischen Mutter und Kind, Vater und Kind führen und ein Erleben von Fremdheit erzeugen, das nicht leicht aufzuheben ist.

## Differentialdiagnostische Dichotomie

Wenn das bislang Überlegte zutreffend ist, dann ergibt sich für die klinische Praxis, für die Diagnostik wie für die Therapie, eine Art Gabelung, eine Teilung in zwei verschiedene Störungs- und Leidenszustände; diese sind entweder überwiegend konfliktpathologisch zu verstehen, oder es bedarf zu ihrem Verständnis eines anderen Modells, nämlich des der Persönlichkeitsstörung mit ihren Mangel- und Entbehrungszuständen im Bereich des Erlebens eines dritten Objekts (Fonagy und Higitt 1990; Fonagy und Target 1997; Heigl-Evers 1993; Heigl-Evers et al. 1997, S. 115 f; Heigl-Evers und Seidler 1993). Wenn ein drittes Objekt nicht seine entwicklungsfördernde, weltöffnende Wirkung entfalten konnte, entstehen Störungen besonderer Art, die diagnostisch und therapeutisch spezielle Aufgaben stellen.

<sup>2</sup>“all-einiger vs. allein-iger” aus dem Gedicht eines Lehranalysanden

Es geht um Menschen, in deren Entwicklung die Weiträumigkeit und Mehrdimensionalität, die Erlebens-, Bewegungs- und Spielräume öffnen, nicht verfügbar waren und sind. Stattdessen mussten die Betroffenen im Dienste innerer und äußerer Anpassung Strukturen des Erlebens und Verhaltens entwickeln, die biologisch wie sozial ihrem Überleben dienen.

Die Objektbeziehungen sind pseudo-dyadisch oder sind monadisch eingeengt; Seidler spricht von der unreflektierten bzw. außenreflektierten Position (Seidler 2000b). Dreidimensionale Objekte treten nicht in Erscheinung. Bei einer monadischen Orientierung ist das Objekt im Selbst verschwunden, bei einer pseudo-dyadischen droht ständig Verlust des Objekts, das im Sinne von Verschmelzung gewünscht und eingesetzt wird und das, falls die Phantasie des Verschmolzenseins spürbar in Frage gestellt wird, zum Erleben von Objektverlust führen kann.

Das Ich ist in seiner Gesamtstruktur schwach und in seinen Funktionen oft ungleichmäßig ausgebildet. Es gibt eher stark ausgebildete Funktionen, die häufig auf Begabungen beruhen, auf angebundenen Konstanten, die sich als Kompensation für Ich-Funktionseinschränkungen und -schwächen im Vollzug der zu erbringenden Anpassung im Sinne von Anpassung, ausgerichtet auf Überleben, anbieten.

Von zentraler Bedeutung ist das Fehlen der „inneren Fähigkeit zur Selbstreflexion“.

Beeinträchtigt ist in der Regel auch die Ich-Funktion der Realitätswahrnehmung und -prüfung. Die Objekte sind Teilobjekte, denen im Zusammenhang mit den Bedrängnissen des Überlebens bestimmte Regulierungen und Aufgaben quasi zugewiesen sind. Subjektiv muss gewährleistet sein, dass diese Teilobjekte sich nicht verändern. Eine schärfere, kritisch-realistische Betrachtung würde die Erhaltung dieser Vorstellungen mit den daran geknüpften Verarbeitungen stören, beeinträchtigen, aufheben. Aus diesem Grunde wird die Realitätsprüfungsfunktion eingeschränkt, speziell unter Verwendung des Mechanismus der Leugnung. Eine gut funktionierende Realitätsprüfung könnte sonst zu einem ängstigen Störfaktor werden. Sie könnte vertraut gewordene innere und äußere Orientierungen, die wegen der subjektiven Vertrautheit nicht entbehrt werden können, wenngleich sie der objektivierbaren Realität nicht entsprechen, beeinträchtigen oder aufheben. Das bedeutet, dass die von diesen Patienten entwickelten Teilobjekt-Beziehungen, bestimmend sind für die Entfaltung der Strukturen des Ichs und auch des Überichs. Diese Teilobjektbeziehungen haben somit eine große Bedeutung auch für die Verfügbarkeit von Ich- und von Überich-Funktionen. Für uns folgte daraus der Versuch, heilende Veränderung vor allem über eine Klärung und Neugestaltung der Objektbeziehungen zu bewirken. An die Stelle von klischeeartigen, blassen, festgelegten Teilobjekten sollte allmählich etwas Neues, ein dreidimensionales leibhaftiges Objekt mit differenzierten Selbst-Objekt-Beziehungen treten, verbunden mit einem breiten Spektrum von Gefühlen: Angst, Freude, Trauer, Wut und Ekel. Als Folge der beschriebenen eingeschränkten bzw. pathogenen Beziehungserfahrungen ist auch das Affektsystem dieser Patienten gestört (s. Abschnitt „Umgang mit den Affekten“; s.d. Heigl-Evers et al. 1997; Heigl-Evers und Henneberg-Mönch 1990; Krause 1988, 1998).

Da das Überich seine Ausformung und Differenzierung vor allem in den triangulären Konflikten der ödipalen Phase mit ihren inzestuösen und parentizidalen Impulsen erfährt, ist bei den im prätriadischen Erlebensbereich verbleibenden Kranken auch die Ausbildung dieser Struktur in der Regel unzureichend, mangelhaft. Es dominieren präödipale frühe und entsprechend archaische Vorformen des Regulators von Normen-, Ideal- und Wertebildungen, eben des Überichs. Häufig ist die Identifizierung mit dem Angreifer in ihrer aktiv-sadistischen wie auch in ihrer passiv-masochistischen Form zu beobachten oder auch das von frühen, als böse und destruktiv erlebten Introjekten genährte Prinzip einer unnachsichtig grausamen Strafverfolgung, die sowohl einem Partial-Selbst wie einem Partial-Objekt gelten kann. Ebenso wird der Mechanismus der Normen-Imitation, also einer bloßen Übernahme von Normen bestimmter idealisierter Teilobjekte, eingesetzt. Es bleibt dann bei einer reinen Nachahmung der Normen und Werte anderer, in der Regel idealisierter Objekte.

An **zwei Fallvignetten** wollen wir die bei diesen Patienten dominierenden Beziehungsformen mit ihren Auswirkungen in einer diagnostischen und einer therapeutischen Situation illustrieren:

*Der 31-jährige Patient, der wegen Arbeitsstörungen die Beratungsstelle für Studenten aufgesucht hatte, wurde von dort an die psychosomatische Klinik überwiesen, um die Möglichkeiten einer stationären Behandlung zu prüfen.*

*Seit zwei Semestern, so berichtet er, sitze er an einer Arbeit über die philosophischen und psychologischen Theorien zum Selbstmord.*

*Zunächst sei es ganz gut gegangen: Er habe die einschlägige Literatur gesammelt und gelesen. In der Wohnung hätten sich zunehmend Berge von Literatur angehäuft; er habe gelesen und gelesen.*

*Zunächst sei alles ganz interessant gewesen. Er habe Skizzen zu einigen Hauptpunkten seiner Gliederung angefertigt. Die seien ihm sehr gut gelungen. Auch seine Freundin sei zunächst begeistert gewesen.*

*Aber zunehmend stellte sich Langeweile ein. Die Versuche, die Ansätze der verschiedenen Philosophen zu einem eigenen Entwurf zusammenzufügen, seien gescheitert. Er habe nacheinander über den vielen Blättern gegrübelt. Jeden Entwurf wieder verworfen. Es sei nicht so gelungen, wie er es sich vorgestellt hatte. Nichts Neues, Eigenes, nur die Gedanken der anderen zusammengefügt. So etwas könne er nicht abgeben.*

*Er habe nicht mehr gegessen. Nur noch Tee getrunken.*

*Zunehmend fühlte er sich erschöpft, leer. Dann kamen Gefühle von Verzweiflung und Resignation; auch suizidale Phantasien: ziemlich abwegige Ausführungen; die Freundin war entsetzt. Er wunderte sich über ihre Reaktionen.*

*Sie versuchte, ihn zu trösten und abzulenken; aber er zog sich zunehmend zurück. Registrierte auch immer mehr körperliche Beschwerden: Verdauungsstörungen, niedrigen Blutdruck, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Schlafstörungen.*

*Er berichtet das alles langsam, mit leiser, zögerlicher Stimme, als wolle er jedes Wort vorher genau abwägen, möglichst genau ausdrücken; dadurch wirkt der Bericht umständlich. Um den Mund herum ein Ausdruck leichter Verachtung (Was verstehen Sie schon von meinen Problemen?).*

*Der Diagnostiker war zunächst sehr aufmerksam und interessiert; zunehmend erlebte er sich ausgeschlossen. Der Patient spricht mehr zu sich als zu ihm. Er ärgert sich, dass er dem anderen jeden Satz aus der „Nase ziehen muss“. Auch diese leise aber deutliche Überheblichkeit ist ihm unbehaglich. Es besteht eine ziemlich große Distanz, kühle Unnahbarkeit, fast Unerreichbarkeit. Bei dem Bericht über die Semesterarbeit verliert sich der Patient in philosophischen Phrasen.*

*Zur aktuellen Lebenssituation berichtet er, dass das schon sein zweites Studium sei. Zunächst habe er Mathematik studiert; nach einigen Semestern aufgehört und zur Philosophie gewechselt.*

*Seit drei Jahren lebe er mit einer Studentin zusammen; nicht zusammen, aber es sei seine Freundin. Sie studiere auch, sei sehr strebsam, gute Erfolge im Studium. Sie treffen sich ein- bis zweimal pro Woche. Sprechen über das Studium.*

*In letzter Zeit sei die Distanz größer geworden; sie wolle ein Semester in Italien studieren. Sie habe einen größeren Freundeskreis. Manchmal gehe er mit zu einer kleinen Einladung. Habe auch schon philosophische Texte vorgelesen, anschließend wurde darüber diskutiert. Aber bald werde es langweilig; die Themen der anderen interessieren ihn nicht.*

*Zur Lebenssituation berichtet er, dass er als Nachzügler geboren wurde. Er habe noch zwei ältere Schwestern, kein Kontakt. Sie seien wohl verheiratet.*

*Bei der Frühgeburt sei die Mutter fast gestorben; sie war wohl schon etwas zu alt gewesen.*

*Bei der Frühgeburt sei er sehr zart und kränklich gewesen. Er sei wegen seines schlechten körperlichen Zustandes längere Zeit in stationärer Behandlung gewesen. Einige Zeit wohl auch in einer Art Brutkasten (dies sagt er mit ziemlicher Verachtung, fast zynisch).*

*Die Mutter habe sehr früh seine ausgeprägte Empfindsamkeit und hohe Intelligenz erkannt. Sowohl die Mutter als auch die älteren Schwestern hätten sich sehr um ihn gesorgt. Man habe versucht, alles Belastende von ihm fernzuhalten.*

*An den Vater könne er sich kaum erinnern. Er sei schon ziemlich alt gewesen; ein etwas verschrobener Studienrat. Durfte von den Kindern nicht gestört werden. Galt als Hypochonder.*

*Er galt immer als Einzelgänger; in der Schule hatte er wenig Kontakt zu den Mitschülern. Hatte sehr gute Leistungen; durfte gelegentlich den Lehrer vertreten, z.B. in Mathematik. Er war etwas Besonderes. Sonderte sich ab, las viel, dachte sich phantastische Geschichten aus von fernen Welten. Manchmal kam es ihm so vor, als ob dort seine Existenz sei.*

*In der Welt der Philosophen fühle er sich wohl; die Realität sei ihm ziemlich gleichgültig. Er kümmere sich kaum darum, die praktischen Dinge besorge seine Freundin, früher die Mutter. Sie hätte ihm das alles abgenommen, Gott sei Dank!*

*Die Beziehung zur Freundin sei eher platonisch (Näheres wollte er dazu nicht sagen; auch keine Angaben zur sexuellen Entwicklung). Er fühle sich in ihrer Nähe gelegentlich sehr wohl. Er würde sich dann ganz eng an sie schmiegen (dies sagt er ziemlich verlegen, als sei es etwas Verbotenes oder Peinliches). Die Beziehung sei dann ganz harmonisch, ohne Streit. Beide lehnten das Aggressive ab; ernährten sich auch sehr gesund, kein Fleisch, kein Alkohol. Sie liebe die Musik; dazu habe er wenig Zugang.*

*Zur Zeit sei sie in Italien, zur Erkundung der Wohn- und Studiersituation. Am Telefon sei sie begeistert; sie schwärme von Florenz, von den Museen und dem Leben und Treiben.*

*Er habe Angst, sie zu verlieren. Sie höre sich so verändert an am Telefon.*

*Zu den Erwartungen an eine mögliche Therapie befragt, äußert er, dass die Arbeitsstörungen behoben werden sollten. Aber wahrscheinlich sei das aussichtslos. Er habe auch schon einen Versuch mit Verhaltenstherapie gemacht; nach wenigen Stunden abgebrochen. Wenn er die Arbeit nicht abliefern müsse er das Studium abbrechen. Und dann?*

*Er möchte eine Psychoanalyse, vielleicht nach der Methode von Lacan. Aber das dauere zu lange und würde sein aktuelles Problem nicht lösen.*

*Eine stationäre Therapie könne er sich nicht vorstellen, auf so engem Raum mit so vielen Menschen.*

Die diagnostische Situation stellt sich so dar:

Im Raum sitzen zwei Menschen, die den Versuch machen, miteinander zu reden. Sie sind sehr weit voneinander entfernt. Das Philosophische bildet etwas Gemeinsames. Dort findet eine Verbindung statt oder so eine Art Seelenverwandtschaft. Wenn sich das Gespräch der Realität, den Beziehungen, den Wünschen und Gefühlen zuwendet, dann reißt es ab. Der Patient zieht sich zurück hinter seine Brille und die hochmütig-abweisende Fassade. Um die Mundwinkel herum scheint sich Verachtung zu zeigen. Die Pausen werden immer länger. Er blickt dann vorwurfsvoll, als wolle er sagen: Siehst du, da kannst du auch nichts machen.

Es entsteht die Phantasie: Gleich schlägt er das Buch auf, das er immer bei sich trägt und in dem er bis in den Warteraum hinein gelesen hat, liest weiter und hat vergessen, dass noch ein anderer im Raum ist.

Das erzeugt im anderen, im Diagnostiker, ein Empfinden von Kühle und Unnahbarkeit, von Isoliertsein; dazu das Erleben, dass der Patient ihn abwertet: Auch du kannst mir nicht helfen, wird mimisch ausgedrückt. Nach einiger Zeit spürt er Ärger und den Impuls, die Initiative zu übernehmen und den anderen, der die Möglichkeit einer Beziehung ausgeschaltet hat, zu schütteln, ihn irgendwie in Bewegung zu versetzen. Gleichzeitig entwickelt sich bei ihm die Vorstellung, dass der andere darauf mit Hochmut reagieren würde. Eine unangenehme Vorstellung.

Es sieht so aus, als scheitere hier eine Beziehung, noch ehe sie entstehen konnte. Zwischen den beiden Partnern, dem Patienten und dem Psychotherapeuten, ist es zu einer starken wechselseitigen Abstoßung gekommen. Der Patient vollzieht sie dadurch, dass er sich vom Therapeuten mit Zeichen deutlicher Verachtung zurückzieht, hinein in seine eigene Gedankenwelt. Der Therapeut reagiert mit leicht aggressiv getönten Phantasien. Was kann geschehen? Muss dieses diagnostische Gespräch in einer Kontraindikation für eine Psychotherapie, speziell eine psychoanalytisch orientierte, enden? Nach mehreren Gesprächen wird vereinbart, einen therapeutischen Versuch in der Tagesklinik zu machen, wo der Patient vor allem von der interaktionellen Musik-, Gestaltungs- und Gruppentherapie profitiert.

An dem folgenden Beispiel wollen wir eine andere Form einer Objektbeziehung mit ihren Auswirkungen auf das manifeste Beziehungsverhalten veranschaulichen und dabei zugleich die Möglichkeit der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie aufzeigen, die anschließend ausführlicher dargestellt werden soll.

*Der 20-jährige Student klagt über seit längerer Zeit bestehende Störungen wie häufigen Wechsel zwischen Phasen intensiven zwanghaften Arbeitens, gesteigert bis hin zur Arbeitswut, und solchen, in denen er überhaupt nicht arbeitet, alles laufen lässt, herumgammelt und alle Arten von Drogen einnimmt.*

*Ferner leidet er unter psychischen Symptomen wie Zwangsgrübeln und Zwangshandlungen (Ordnungs- und Abwaschzwänge), ebenso wie an hypochondrischen Befürchtungen, sich im Kontakt mit Mädchen eine chronische Harnröhrenentzündung zuzuziehen.*

*Außerdem berichtet er von Ängsten, von seinem jeweiligen Freund verraten, ja umgebracht zu werden.*

*Zudem wird er von diffusen Einsamkeitsängsten ohne genaueren Inhalt und schwersten Heimwehreaktionen überfallen, und schließlich bestehen bei ihm auch psychosomatische Symptome wie Missempfindungen in verschiedenen Körperabschnitten, die er nur schwer beschreiben kann, und eine Psoriasis.*

*Während einer stationären Therapie entstand folgende Situation: Eines Abends, etwa gegen 20.30 Uhr, rief die Mutter des Patienten aus dem 300 km entfernten Wohnort der Familie in aufgeregter, panischer Befindlichkeit an, um Folgendes mitzuteilen: Der Sohn habe gerade mit ihr telefoniert und gesagt, er sei so allein, er wisse sich nicht mehr zu helfen und werde jetzt sofort nach Hause reisen.*

*Nach diesem Telefonat setzte sich der Therapeut mit dem Patienten, der sich noch in der Klinik aufhielt, telefonisch in Verbindung und fragte ihn, was denn los sei?*

*Der Patient bestätigte den mütterlichen Bericht und schilderte, wie es ihm ergangen sei:*

*Ein Freund von ihm, der als Pädagoge in einer ca. 350 km entfernten Stadt tätig sei, habe versprochen, ihn am Vormittag dieses Tages zu besuchen. Er habe auf diesen Besuch gewartet, der Freund sei jedoch nicht gekommen. Allmählich sei es ihm auch gleichgültig geworden, ob er nun komme oder*

*nicht. Gegen Mittag habe er bei der Sekretärin des Freundes angerufen. Diese habe ihm mitgeteilt, der Freund sei erkrankt; er werde jedoch gegen Abend versuchen, ihn telefonisch zu erreichen; das sei bis jetzt aber nicht geschehen.*

*An dieser Stelle seien einige biografische Fakten eingefügt: Der Patient ist das einzige Kind relativ alter Eltern; er ist in seine Herkunftsfamilie immer noch extrem eingebunden. Die Pathogenität dieses familiären Feldes wird vor allem durch den Vater bestimmt, der dem Sohn durch sein Gesamtverhalten vermittelt hat: Die Mutter wird für dich von mir bereitgestellt. Das zeigt sich einmal in der Weise, dass der Vater bis heute die Mutter drängt, sich übermäßig um den Sohn zu kümmern; dass er bis in dessen Pubertät hinein bei abendlichem Fortgehen der Eltern ein junges Mädchen als Babysitter engagierte, das dann breitbeinig auf dem Fußboden vor dem Fernseher zu liegen pflegte, während der Patient selbst hinter ihm saß und ihm das Haar streichelte.*

*Das zeigte sich ferner darin, dass der Freund, auf dessen Kommen der Patient wartet, im Grunde eine Art Hilfstherapeut ist, den der Vater bezahlt. Dieser Mann, Pädagoge und Beratungslehrer, wurde vom Vater immer wieder herbeigerufen, wenn es dem Patienten, auch in der laufenden Therapie, nicht gut ging. Der Vater hatte immer wieder den Eindruck, dass therapeutisch nicht genug für den Sohn geschehe, und versuchte, ihm auf diese Weise zusätzlich Stützung zu vermitteln.*

*Theoretisch formuliert, war der Vater von früh an darum bemüht, die Mutter und später Muttersubstitute für den Sohn bereitzuhalten.*

*Am Folgetag ließen sich der äußere Hergang und das innere Erleben noch genauer rekonstruieren:*

*Während des anhaltenden vergeblichen Wartens auf den Freund war im Patienten zunächst Wut aufgestiegen. Der Therapeut diagnostizierte diesen Affekt für sich als narzisstische Wut, er wusste aus der bisherigen Therapieerfahrung, dass dieser Patient auf Trennungen vom idealisierten Objekt, besser Teilobjekt, mit initialer Wut und nachfolgender ängstlicher Gedrücktheit reagierte. Die Trennung und die dadurch aktualisierten und gleichzeitig frustrierten Abhängigkeitsbedürfnisse rufen Wut und Angst hervor: Wut auf den Im-Stich-Lassenden und gleichzeitig die Angst, durch diese Wut dieses „gute Teilobjekt“ zu zerstören und dann ganz allein, hilflos allein zu sein.*

*Während der Patient auf den Freund wartete, verebbte seine Wut allmählich; er las irgendetwas, und mit der Zeit wurde ihm das Kommen oder Nichtkommen des Freundes nahezu gleichgültig. Er wurde zunehmend mutlos und apathisch. Wut tauchte erst dann wieder auf, als die Sekretärin es anscheinend für völlig in Ordnung hielt, dass sein Freund den angekündigten Besuch unterlassen und ihn nicht einmal angerufen hatte.*

*Am Nachmittag sei er dann ins Café gegangen.*

*Dort inmitten all der anderen Menschen und wohl angesichts der Paare, wurden das Verlassensein und das Verlassen-worden-Sein offenkundig zum alles beherrschenden Erleben.*

*Gegen Abend steigerte sich die Schwererträglichkeit des Alleinseins so sehr, dass er es nicht mehr aushielt. In einer Art letzten Versuchs habe er eine Mitpatientin in der Klinik erreichen wollen, diese sei jedoch gerade nicht im Hause gewesen. Dann habe er seine Mutter angerufen: Ich komme sofort nach Hause.*

Dieses Erleben von Verlassenheit und Verlassen-worden-Sein wird damit zusammenhängen, dass dem Patienten ein integriertes Selbst ebenso wie integrierte Objektrepräsentanzen, also die Einbettung seiner Person in ein Geflecht zwischenmenschlicher Beziehungen, fehlen. Das Erleben der Verlassenheit ist wohl darauf zurückzuführen, dass das Selbst die für ihn wichtigen Teilobjekte verloren hat, dass diese ihre Funktion nicht mehr erfüllen.

In Abwesenheit des äußeren Objektes, des Freundes, spürt der Patient offenbar deutlicher die Unterentwicklung seiner inneren Objektbeziehungen.

Ferner sprechen das Erleben des Verlassen-worden-Seins und die Vorstellung eines aktiven Rückzugs der anderen für Schuldgefühle des Patienten, die möglicherweise mit destruktiven Tendenzen gegen das äußere (den Freund) und das innere Objekt, das ihn verlassen hat, zusammenhängen.

Strukturpathologisch betrachtet hat dieser Patient die Funktion der Objekt Konstanz in nur sehr geringem Maß entwickelt, d.h., er ist auf die Präsenz des Objekts, der realen Bezugsperson, angewiesen, um sich der Existenz dieser Person und seiner selbst sicher zu sein. So war der Patient am Abend des Vortages, vor dem Telefonat mit dem Therapeuten, plan- und ziellos im Gefühl äußerster Verlorenheit durch die Felder im Umkreis der Klinik geirrt. Auf die Frage des Therapeuten, was ihn in einer solchen Situation nach Hause treiben würde, antwortete er: Er brauche unbedingt Kontakt, er könne dann ohne Kontakt nicht auskommen; er müsse sonst aus dem Fenster stürzen, er müsse sonst Drogen nehmen, er müsse einfach bei den Eltern sein.

Dem Therapeuten fällt während dieses Gespräches auf, dass der Patient immer dann lächelt, wenn er vom Sich-ausgeschlossen-Fühlen, vom Sich-allein-gelassen-Fühlen, von der damit verbundenen Gekränktheit und der daraus resultierenden Wut berichtet.

Der Therapeut empfindet dieses Lächeln als Scham, er interpretiert es für sich einmal als Versuch der Abwehr von Gekränktheitswut mit Hilfe primitiver Bagatellisierung, aber auch als ein prognostisch vielleicht positiv zu wertendes Zeichen einer Über-Ich-Reaktion in Form von - sozialer - Scham wegen der Inadäquatheit des Sich-allein-gelassen-Fühlens und der Wut. Es kommt noch hinzu, worauf die folgende Interaktionsfrequenz hindeutet, dass der Patient es als peinlich und sich als hilflos erleben würde, wenn er dem Freund gewisse Vorhaltungen machte. Auch dies scheint dem Therapeuten ein Hinweis auf die keimhaft sich zeigende Neigung des Patienten zu sein, Bedürfnisse nach zwischenmenschlicher Nähe zuzulassen.

Der Therapeut versuchte dem Patienten seine Schamreaktion in folgender Weise nahe zu rücken:

„Ich weiß nicht, ob Sie selbst merken, dass Sie immer dann ein wenig lächeln, wenn Sie von Gefühlen wie Ausgeschlossensein, Allein-gelassen-Sein, Gekränktheit und Wut berichten. Ob Ihnen das vielleicht ein bisschen peinlich ist?“ Der Patient bestätigt Gefühle der Peinlichkeit und der Scham, wenn er jetzt sagt: „Ich würde meine Hilflosigkeit zugeben, wenn ich z.B. meinem Freund sagen würde 'du nimmst mich nicht für voll'.“

Als der Therapeut ihm daraufhin anbietet: „Vielleicht hätten Sie zu ihm sagen können ‚ich fühle mich von dir nicht so recht ernst genommen‘.“ Da sagt der Patient: „Das wäre mir nie so eingefallen; ich kann's nur mit Vorwurf sagen.“

Im Schutz der therapeutischen Situation wird es dem Patienten möglich, sowohl die Scham als auch im Ansatz jene Wut zu verbalisieren, die auftritt, wenn das in einem bestimmten anderen aktualisierte Partialobjekt (in diesem Fall betraut mit der Funktion der Selbstwert-Stabilisierung, der Tröstung, der Beruhigung) nicht bedingungslos zur Verfügung steht, wenn er über den anderen nicht uneingeschränkt verfügen kann. Zwar muss der Patient diese Wut noch etwas abschwächen und ver-harmlosen, aber es gelingt ihm doch, sie über körperliche Signale und die Sprache in die Beziehung einzubringen.

In den zurückliegenden Zeiten hatte er solche Affekte den Eltern gegenüber, ihm selbst unbewusst, nur über aggressive und destruktive Impulshandlungen, durch Zerstörung von Mobiliar und Kleidung in der elterlichen Wohnung, oder über psychosomatische Symptombildung ausdrücken können.

Dem Therapeuten ist in dieser Szene und dem nachfolgenden Gespräch deutlich geworden - und er hat es dem Patienten in einem ersten Schritt nahe bringen können -, wie es in der aktuellen Beziehung zu jenem Freund, der im Grunde ein vom Vater zur Verfügung gestelltes Muttersubstitut ist, zu einer akuten Symptomverstärkung kommen konnte. Die nicht eingehaltene Zusage des Freundes, ihn zu besuchen, und das Ausbleiben jeder Erklärung von dessen Seite bedeutet für diesen Patienten ein totales Verlassenwerden.

Das Verhaftetsein dieses Patienten an ein Teilobjekt, das als „totale Mutter“ Bedürfnisstillung, Freisein von Unlustaffekten jeglicher Art hoch positive Selbsteinschätzung gewährleisten soll, ist bei diesem Patienten sehr stark und zeigt deutlich symptomatische Züge.

## **Die Grundeinstellungen und die Interventionsprinzipien der psychoanalytisch-interaktionellen Methode**

Nachdem wir im voranstehenden Abschnitt die Besonderheiten der Patienten beschrieben haben, für die diese psychoanalytisch-interaktionelle Therapie entwickelt worden ist, sollen im Folgenden die therapeutischen Grundeinstellungen und die Interventionsprinzipien dargestellt werden.

Aus den bisherigen Ausführungen dürfte deutlich geworden sein, dass für die Behandlung dieser Patientengruppe das in der psychoanalytischen Therapie konfliktbedingter Störungen



bewährte Instrument der Deutung aufgrund des fehlenden Deutungsraumes (Seidler 1994) nicht wirksam werden kann und auch die Grundhaltungen der Anonymität, Abstinenz und Neutralität modifiziert werden müssen. Die Nicht-Verfügbarkeit der „inneren Reflexivität“ (Fonagy 1998; Seidler 1995) macht plausibel, dass das Instrument Deutung nicht wirksam werden kann, weil das die strukturgebundene Verfügbarkeit der dritten Position voraussetzte.

Das vorrangige Ziel der Behandlung besteht bei diesen Patienten in einer Veränderung der inneren Repräsentanzen des Selbst und der Objekte sowie der Selbst-Objekt-Beziehungen von dominierenden monadischen bzw. pseudodyadischen Beziehungsformen hin zu triangulären Beziehungsmustern. Es geht um eine Therapie, die durch Konfrontation mit der Alterität des Therapeuten den Erwerb der „inneren Fähigkeit der Selbstreflexion“ anregt, fördert und schließlich so integrieren hilft, dass auch beziehungs- und selbstreflexive Affekte mit Signalfunktion sowie andere wichtige Ich- und Überich-Funktionen für die differenzierte und flexible Gestaltung des Umgangs mit sich selbst und wichtigen anderen verfügbar werden.

Inzwischen liegen zur Erfassung dieser „inneren Fähigkeit der Selbstreflexion“ Veröffentlichungen vor (Fonagy et al. 1998; Seidler 1997, 1999; siehe auch die Beiträge von Seidler und Strauß in diesem Band), womit auch die Möglichkeit verbunden ist, die therapeutisch erreichten Veränderungen zu messen (Seidler 1997, 1999, 2000a). Seidler konnte auf diese Weise nachweisen, dass sich im Rahmen stationärer Psychotherapie bei den Patienten die Fähigkeit herausbildet, sich selbst reflexiv zum Gegenstand von Wahrnehmung, Beobachtung und Beurteilung zu machen und sich als Urheber eigener Wünsche, Affekte, Intentionen und Handlungen wahrzunehmen und diese zu verantworten (Seidler 1999, 2000a, 2000b).

### **Präsenz, Respekt, emotionale Akzeptanz, Authentizität - Die Grundeinstellungen des Therapeuten**

In dem Konzept der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie wird die durch die Grundeinstellungen der Präsenz, des Schicksalsrespekts, der emotionalen Akzeptanz und Authentizität charakterisierte Therapeut-Patient-Beziehung als spezifischer Wirkfaktor aufgefasst (Heigl-Evers et al. 1997; Heigl-Evers und Heigl 1983 a, 1987, 1988; Heigl-Evers et al. 1993, S. 207 f; Heigl-Evers und Ott 1997).

Unsere Auffassung stimmt mit den von Bowlby (1995) formulierten fünf Hauptaufgaben des Therapeuten überein, dass „der Therapeut als sichere Basis fungiert, von der aus der Patient (frühere wie aktuelle) bedrückende und schmerzliche, ihm kognitiv bislang weitgehend unzugängliche Szenen zu hinterfragen vermag, darauf vertrauend, im Therapeuten einen geistig wie seelisch adäquaten Partner gefunden zu haben, der ihn versteht, ermutigt und gelegentlich auch führt ... Um ihm die Einsicht zu erleichtern, dass seine den eigenen

bitteren Erfahrungen oder den fortgesetzten elterlichen Verzerrungen entstammenden Selbst- und Objektrepräsentanzen vielleicht überholt sind oder von vornherein unzutreffend waren“ (Strauß, 2000b).

Die erstgenannte basale Einstellung, die der präsenten Aufmerksamkeit und möglichst umfassenden Wahrnehmung des Patienten, wird gefördert durch ein entsprechendes neugieriges Interesse an ihm. Die Wahrnehmung sollte auf die Gesamtheit der Verhaltensweisen des Patienten, des Therapeuten und die manifesten Interaktionen zwischen ihnen gerichtet sein und immer auch die dadurch im Therapeuten ausgelösten Empfindungen, Gefühle, Phantasien, Erinnerungen, Vorstellungen und Gedanken einbeziehen. Auf diese Weise entstehen im Therapeuten (und allmählich auch im Patienten) emotional unterschiedlich besetzte Vorstellungskomplexe, Bilder von der Persönlichkeit des anderen, von dessen lebensgeschichtlichem Gewordensein, von seiner aktuellen Situation und schließlich auch von der sich entwickelnden Therapeut-Patient-Beziehung. Die Qualität der therapeutischen Beziehung konstituiert sich aus dem aktuellen Geschehen im interaktiven Feld und der gemeinsam geteilten mentalen Welt (Benecke, 2000). Diese Wahrnehmung sollte prozessorientiert sein; es sollte darum gehen, die entstandenen Bilder vom Patienten, die eigenen Reaktionen auf ihn und die so entstehenden Beziehungsweisen immer wieder zu überprüfen und besser zu verstehen. Dieses aufmerksam Wahrgenommenwerden ist ein wichtiger therapeutischer Wirkfaktor, für viele Patienten eine ganz neue Erfahrung des Umgangs mit ihrer Person (Benecke 2000).

Eine weitere für die Therapie entscheidend wichtige Einstellung ist die des uneingeschränkten Respekts vor dem Schicksal des Patienten und seinem Gewordensein. Es geht darum, Achtung in sich zu erzeugen gegenüber der Persönlichkeit des anderen, gegenüber seinen Bemühungen der Lebensmeisterung, zu denen auch das gehört, was unter klinischem Aspekt als Symptom, als Psychopathologie bezeichnet wird. Ein solcher Respekt ist also auch zu entwickeln gegenüber den Patienten, die in der sozialen Beurteilung eher diffamiert, abgewertet werden wie Patienten mit dissozialen Verhaltensweisen oder Suchtproblemen. Es ist dabei immer auch an den eigenen Lebensweg zu denken und zu überlegen, wieweit man als Therapeut solche Verhaltenselemente auch bei sich kennt, wenngleich in mehr oder weniger abgewehrter und kulturell angepasster Form. Eine solche Einstellung soll den gegenüber schwer gestörten Patienten immer wieder auftauchenden Abwertungs- und Entwertungstendenzen Terrain abgewinnen (Strauß, 2000).

Wichtig für die Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung ist ferner die Bemühung um Verständnis und emotionale Akzeptanz gegenüber dem Patienten, eine Einstellung von affektiver Bejahung (Bestätigung), von Mitgefühl, von der Bereitschaft zum Mitleiden, von Erbarmen, vor allem dann, wenn die Entwicklung von Sympathie und Zuneigung nicht möglich oder erschwert sein sollte. Die Entwicklung von Erbarmen scheint uns eine Minimalforderung für solche Bezie-

hungen zu sein. Erbarmen ist auch gerade gegenüber Patienten möglich, die wir als elend, als Menschen erleben, die an sich leiden oder die anderen leiden lassen. Aus dem Erleben von Schicksalsanteiligkeit ist es möglich, solche oder ähnliche Leidenserfahrungen in sich aufzuspüren, wahrscheinlich mit dem Ergebnis, es vergleichsweise besser gehabt zu haben, woraus ein Gefühl der Schicksalsdankbarkeit entstehen kann.

Und schließlich geht es um die Einstellung von Authentizität, um Wahrhaftigkeit in der therapeutischen Beziehung. Das bedeutet vor allem auch das Sicheinlassen in die durch den Patienten initiierten Beziehungsmuster und Rollenzuweisungen und das Zulassen und Wahrnehmen der damit verbundenen interaktiven negativen Affekte mit den möglichen Schlussfolgerungen auf die Natur der Objektbeziehungen und die unbewusste Repräsentanzwelt des Patienten (Benecke, 2000). Durch die Klarifizierung dieser Affekte und das authentische Antworten gelingt es allmählich, „die affektiven Signale wieder an diejenigen inneren Repräsentanzen des Patienten anzuheften, denen sie wohl ursprünglich einmal gegolten haben“ (Benecke 2000). Freilich ist für das authentische Erleben hinsichtlich seiner verbalen und nonverbalen Expression eine gewisse Steuerung notwendig. Diese Steuerung orientiert sich an den Toleranzgrenzen des Patienten, Grenzen der Toleranz für Kränkung, Verletzung, Nähe und Distanz; vor allem aber auch an der therapeutischen Zielsetzung.

Um diese Grundeinstellungen in wirksamer Weise immer wieder bei sich zur Entfaltung kommen zu lassen, bedarf es einer sorgfältigen Beachtung der manifesten Interaktionen und der Verarbeitung der Gegenübertragung des Therapeuten gegenüber dem Patienten. Eine sorgfältige Gegenübertragungsanalyse führt häufig zu einer stärkeren Annäherung zwischen Patient und Therapeut, zur Erfahrung von Schicksalsanteiligkeit und damit auch zu einer stärkeren Symmetrie der Beziehung. Wird dem Therapeuten während der Sitzung deutlich, dass er von diesen Grundeinstellungen abweicht, so könnte ihm das ein Anlass sein, sich auf seine Gegenübertragungsgefühle in der Beziehung zum Patienten zu besinnen und deren Entstehung in der aktuellen Situation sowie ihrer Vorgeschichte in der eigenen Selbst- und Objekterfahrung nachzuspüren. In der Regel braucht man bei der Bearbeitung eigener Gegenübertragung ein „drittes Objekt“ in Form von Supervision (Hartkamp und Heigl-Evers 1995). Die aus der Bindungsforschung vorliegenden Untersuchungen über den Zusammenhang von Bindungsstilen und -qualitäten der Therapeuten und unreflektierten Gegenübertragungsreaktionen eröffnen weitere Möglichkeiten einer differenzierten Analyse der therapeutischen Beziehung (Strauß 2000).

### **Zur Intervention des authentischen Antwortens**

Im vorangehenden Abschnitt haben wir ausführlich dargestellt und begründet, dass es bei Patienten mit strukturellen Störungen im Gegensatz zu Patienten mit konfliktbedingten Störungen im Verlauf der frühen Persönlichkeitsentwicklung nicht bzw. nicht ausreichend zur Internalisierung des dritten Objekts gekommen ist, dass bei ihnen Beziehungsformen

dominieren, die durch das Fehlen der „inneren Fähigkeit der selbstreflexiven Funktion“ charakterisiert sind (Fonagy et al. 1998; Heigl-Evers und Seidler 1993; Krause 1997; Benecke, Merten und Krause; Seidler 2000; Strauß 2000).

Heigl-Evers und Heigl haben diese Beziehungsformen als monadische bzw. pseudodyadische beschrieben; Seidler spricht von der unreflektierten („Narziss“) und außenreflektierten („Teiresias“) Position (Seidler 2000a).

Das Ziel der hier diskutierten psychoanalytisch-interaktionellen Therapie besteht folgerichtig darin, auf der Grundlage der durch die o.g. Einstellungen bestimmten therapeutischen Beziehung vor allem durch die Behandlungstechniken des „authentischen Antwortens“ und der „Klarifizierung und Identifizierung von Affekten“ Überraschung, Staunen und Neugier auf das Andere, Fremdpsychische zu wecken. Die Verinnerlichung der Funktionen dieses benevolenten andersartigen Dritten ist die Grundlage für die Entwicklung selbstreflexiver Vorgänge (Benecke 2000).

In der authentischen Antwort tritt der Therapeut in seinem So-Sein in Erscheinung, konfrontiert den Patienten, fußend in der ihm eigenen Identität. Für den Patienten bedeutet das, mit dem Unerwarteten, mit dem Unvermuteten, mit dem schlechthin Anderen konfrontiert zu werden. Wünschenswert und für den Prozess förderlich wären Reaktionen wie Stutzen, Staunen, fragende Neugier. Schwierig könnte es sein, wenn der Patient mit starker aktualisierter Angst reagierte, die dann zunächst vordringlich zu bearbeiten wäre (s.d. Heigl-Evers und Heigl 1980,1988; Heigl-Evers et al. 1997, S.176; Heigl-Evers und Nitzschke 1991, 1997; Heigl-Evers und Ott 1994 a und b, 1996).

In gruppentherapeutischen Prozessen kann es geschehen, dass einer der Teilnehmer im Zusammenhang mit einer aktualisierten und zugespitzten Kränkung, die auch der Aufmerksamkeit des Therapeuten entgehen kann, in rächende und d.h. destruktive Handlungen hineingerät. Das geschah z.B. in einer ambulanten Therapiegruppe, in der einer der Teilnehmer nach einem längeren Aufenthalt in Südostasien auf der Suche nach den dort verheißenen Heilsmitteln etwas zerzaust und eben auch enttäuscht zurückgekommen war, nachdem er zuvor an diese Reise große Hoffnungen geknüpft hatte. Er hatte in der Gruppe darüber ein wenig berichtet. Ein anderer Teilnehmer, ein gleichfalls seiner Mutter stark verhafteter und an seiner Ehefrau enttäuschter Hochschullehrer, reagierte auf den Bericht des Arztes, des Heimkehrers, mit kleinen ironischen Anmerkungen. Der andere ließ das zunächst geschehen, dann sprang er plötzlich auf, griff nach einer auf dem Tisch im Gruppenzimmer stehenden schweren Bronzeplastik, einem Nachguss aus einer der Werkstätten des heiligen Bernward, schwang sie empor und wollte sie seinem Kontrahenten auf den Kopf schlagen. Die Therapeutin war aufs Höchste alarmiert, stand sofort auf und rief mit größter Lautstärke: „Lassen Sie den Unsinn!“ Er war erschreckt, guckte die Therapeutin verwundert und auch irgendwie verblüfft an. Diese hatte inzwischen den von ihr unbedachterweise auf dem Tisch belassenen Bernwardslöwen genommen und ihn sichergestellt. Die Sitzung nahm dann weiter ihren Lauf. Die gesamte Grup-

pe sah die Therapeutin zum Teil verwundert, zum Teil erschreckt, aber insgesamt mit Hochachtung an.

In der Vorbereitungsphase einer fraktioniert geplanten Selbsterfahrungsgruppe wurden mit den Bewerbern Einzelgespräche geführt, die der wechselseitigen Information und auch der gemeinsamen Entscheidung in Bezug auf die Teilnahme dienen sollten. Der Weg zu der Einrichtung, in der künftig die Gruppensitzungen stattfinden würden, ist etwas kompliziert. Doch konnten bei dem zuständigen Büro jederzeit Informationen über den Zufahrtsweg eingeholt werden. Es geschah dann, dass einer der Teilnehmer, ein breitschultriger, hochgewachsener Mann mit Assyrierbart und einem Ohrring im linken Ohr, in der Kleidung gleichfalls etwas auffällig, in einer „Ente“ angefahren kam, mit zurückgeschlagenem Dach, so dass er, was wegen seiner Körpergröße notwendig war, Kopf und Oberkörper aus dem Kleinstgefährt herausrecken konnte. Er kam circa zwei Stunden zu spät, erwartete wie selbstverständlich, dass die Therapeutin dennoch sofort ein Gespräch mit ihm führen würde, was sie jedoch aus Gründen ihrer Zeitplanung freundlich-bestimmt ablehnte. Sie schlug ihm dann einen anderen Tag für dieses Treffen vor. Er beklagte sich ziemlich heftig über die unklaren Informationen; auch über die Abgelegenheit des Hauses. Sie hörte ihn an und sagte: „Die anderen haben hergefunden!“ Daraufhin guckte er etwas erstaunt, verabschiedete sich dann relativ höflich und zog sich zurück. Das Gespräch fand dann zum neu verabredeten Zeitpunkt statt. Die beiden kamen überein, dass es für ihn förderlich sein könnte, es mit dieser Gruppe zu versuchen. Er hatte im Vorgespräch noch erzählt, er sei längere Zeit Boss einer Gang gewesen, die als außerordentlich gefährlich gegolten habe (Schlamm Schlachten mit Messern zum Beispiel in entsprechenden Becken).

Nach erfolgreichem Abschluss der Gruppe, die ein Teil einer professionellen Weiterbildung gewesen war, sagte er beim Abschied, dass jene Äußerung „Die anderen haben hergefunden!“ für ihn eine Erschütterung, dabei aber sehr hilfreich gewesen sei. Er habe sich ja immer aufgrund seiner Waffen (stehendes Messer, Schlagringe usw.) als der Stärkste gefühlt. Jetzt sei ihm gesagt worden, dass die anderen durchweg, wie er wusste, Menschen ohne seine Art von Militanz, handlungsfähiger waren als er. Das habe ihn betroffen gemacht und lange beschäftigt.

Die Erfahrung lehrt, dass authentische Antworten, dass authentische Konfrontationen dann als förderlich erlebt und verarbeitet werden können, wenn sie im Kontext der anderen zuvor genannten Grundeinstellungen vollzogen werden, wenn der angesprochene Patient sich in seinem So-Sein wahrgenommen fühlen kann, wenn er sich der Achtung und des Respekts vor seinem Geworden-Sein, seinem Schicksal, von Seiten des Therapeuten sicher sein kann und wenn er eine gewisse freundliche Zuwendung, wenigstens im Sinne von Erbarmen erleben kann.

### **Zum therapeutischen Umgang mit Affekten**

Bei Patienten mit strukturellen Störungen ist hinsichtlich ihres interaktionellen Umgangs mit Affekten Folgendes zu be-

obachten: Beziehungsregulierende Affekte aggressiver Qualität sind häufig nur in unkenntlich gemachter Form vorhanden, maskiert oder in anderer Weise unterdrückt, oder sie treten plötzlich auf, durchbruchartig und entsteuert, zur Handlung drängend, wenn nicht zwingend und sind somit auch keine Hilfe in den interpersonalen Beziehungen.

„Ich sah dann nur noch rot, und da habe ich ihn von den Füßen geholt“, berichtete ein Patient, der auf einer belebten Straße auf der anderen Straßenseite seine Ehefrau mit ihrem Liebhaber gesichtet hatte, zu den beiden hinübergegangen war, die Frau am Arm gegriffen hatte, um sie zu zwingen, mit ihm nach Hause zu gehen. Als sie sich weigerte, geschah der zuvor genannte Durchbruch. Er berichtete dazu weiter: „Als es passiert war, war ich zunächst entspannt, nach einiger Zeit fühlte ich mich leer.“

Enttäuschung, Gekränktheit, Unzufriedenheit, die gleichfalls für die interpersonelle Orientierung wichtige Hilfen bieten können, werden von manchen Patienten nur als dysphorische Ausdünstung vermittelt, als diffuses Mürrischsein, das die Verständigung mit den anderen nicht fördert. In diesen Zusammenhang gehört auch die Anhedonie, die Freudlosigkeit (Heigl-Evers 1990). Freude auch in Verbindung mit Dankbarkeit kann dann nicht erlebt werden, sondern geht ein in eine diffuse, nicht genau benennbare Befindlichkeit von Weltabweisung, oft auch verbunden mit Selbstabweisung.

In der Therapie geht es darum, den Patienten auf offensichtliche Hemmungen oder Unterdrückungen im Erleben oder in der Expression von Affekten oder von Anteilen derselben, die sich entweder generell oder aber in einer bestimmten Situation abzeichnen, anzusprechen (Aufspüren, Identifizieren, Differenzieren und Benennen von Affekten einschließlich der Kontextklarifizierung). Durch authentische Antworten wird der Patient mit den Auswirkungen seiner Affekte konfrontiert, so dass allmählich die Fähigkeit zur Antizipation entwickelt werden kann (s.d. Heigl-Evers und Heigl 1983 a und b; Heigl-Evers et al. 1997, S.180 f; Heigl-Evers und Henneberg-Mönch 1990).

Bei Patienten, für die eine psychoanalytisch-interaktionelle Therapie indiziert erscheint, finden sich häufig die so genannten nachtragenden Affekte, wie sie nach einem Vorschlag von Franz Heigl genannt werden (Heigl-Evers und Heigl 1991): Bitterkeit, Grimm, Groll und Hader, die in ihrem Verlauf anhaltend, quasi chronisch sind und nicht, nachdem sie ihre Signalfunktion erfüllt haben, wieder abklingen. Es handelt sich dabei um Erscheinungen, die im Zusammenhang mit Kränkungsproblemen und als deren Folge auftauchen und oft über lange Zeit fortbestehen, gelegentlich über Generationen, über große Zeiträume hinweg. So wurde darauf hingewiesen, dass in den heutigen Balkankriegen in den Auseinandersetzungen der Balkanvölker, dass in dem destruktiven Geschehen um das heutige Kosovo etwa die Schlacht auf dem Amsel-feld<sup>3</sup> immer noch nachwirkt. Dieses Phänomen gehört zu den nachtragenden Affekten, den Kränkungsaffekten, die unter Umständen unauslöschlich sind und die als Erblast trans-

generativ (Volkan 1997) das Schicksal von Menschen bestimmen, die mit den Ursprungsereignissen nichts zu tun hatten<sup>4</sup>. Der Handlungsanteil nachtragender Affekte ist die Rache, ihr Vollzug kann zur Entspannung führen, die jedoch nicht immer anhaltend ist. Wirkliche Entspannung könnte es nur geben, wenn wirkliche Versöhnung stattfände. Versöhnung gehört jedoch zu den Abläufen, zu den Kompromissen, die an trianguläre Beziehungen gebunden sind. In der Therapie geht es darum, den Patienten über antwortende Interventionen zu ermöglichen, diese Affekte zunächst nach Umfang und Intensität und auch in ihren Entstehungszusammenhängen zu erleben, sie zu verstehen und über ein allmähliches Zulassen von Trauer über die bei sich und in den eigenen Beziehungen bestehenden Unzulänglichkeiten und Unverträglichkeiten zu mildern, erträglich werden zu lassen und auf Rache zu Gunsten von Versöhnung zu verzichten - so schwer dies zunächst auch fallen mag.

Zu achten ist im therapeutischen Prozess auch auf Andeutungen von selbstreflexiven Affekten im Sinne von Schuld - vor allem aber von Scham, wie es bei Selbstwertregulierungsstörungen, also bei Patienten mit monadischer Beziehungsstruktur und Neigung zu Selbstüberschätzung wie auch zur Selbstverachtung (beides häufig im Wechsel) auftritt (s. zweite Fallvignette). Die Scham ist ein Affekt, der subjektiv von größter Eindringlichkeit ist; die dazugehörigen individuellen Toleranzen sind oft sehr stark herabgesetzt. Sprachliche Wendungen wie „vor Scham im Boden versinken“, „tödliche Scham“, „von Scham übergossen sein“ weisen auf die Intensität dieses Affekts hin. Es hat für Patienten oft etwas geradezu Erlösendes, wenn sie ihre Scham und deren Entstehungszusammenhänge in der Beziehung zu einem anderen, so zu einem Therapeuten, erleben können und erfahren, dass dabei der Himmel nicht auf sie herabstürzt; denn die intensive Scham ist oft mit starken Ängsten verbunden davor, dass ein Blitzschlag herabfähren und den Frevler, den Herausforderer der Götter und ihrer Unfehlbarkeit und überlegenen Großartigkeit vernichten könnte (in solchen Erlebenszusammenhängen kann es auch zu suizidalen Impulsen kommen, die therapeutisch natürlich zu beachten sind).

Ein Sturz aus den Höhen der Grandiosität kann dann verwunden werden, wenn der Betreffende sich geliebt weiß. Das wurde von Thomas Mann in der Geschichte „Joseph und seine Brüder“ eindrucksvoll dargestellt. Der überaus eitle, hochmütige, seine Brüder deutlich verachtende Lieblingssohn des Jakob, eben Joseph, wurde von den Brüdern, in denen sich Kränkungswut aufgestaut hatte, eines Tages wüst zugerichtet und dann in einen leeren Brunnen geworfen. Er versuchte diesen Sturz, diese tiefe Demütigung zu ertragen, wobei ihm vielleicht die Sicherheit des Geliebtheits von beiden Eltern, der verstorbenen Mutter Rachel und dem noch lebenden Vater Jakob, hilfreich gewesen sein mag. Joseph überlebte den Sturz in den Brunnen, in die tiefste De-

mütigung einmal, weil er selbst das ihm Mögliche tat, um den Sturz zu verlangsamen, so versuchte er ihn dadurch zu bremsen, dass er sich beim Streifen an den Brunnenwänden irgendwie festhielt. Er lag dann längere Zeit auf dem Brunnengrund in großem Elend, konnte sich aber immer wieder bewusst machen, dass er eine ihn liebende Mutter gehabt hatte, denn er wimmerte: „Mutter, hilf deinem Kind.“ Er wurde dann aus dem Brunnen wieder hochgezogen. Hilfreich war auch das Verhalten seines ältesten Bruders Ruben gewesen, dem der Vater einiges zu verzeihen hatte und der während die anderen Brüder Joseph niederschlugen, ihre aggressive Wucht zu dämpfen versuchte, indem er in dem entstandenen Getümmel auf sie einschlug. Die ganze Geschichte endete dann nach langen Jahren in einer vollen Versöhnung, die der von beiden Eltern so geliebte Joseph nach letztlich erfreulichen Erfahrungen und Wandlungen in Ägypten zu leisten vermochte.

Beim Umgang mit Affekten muss bei Anwendung dieser Methode Folgendes besonders bedacht werden: Es ist für die Förderung des therapeutischen Prozesses wichtig, dass der Patient erleben kann: Er kann den Therapeuten affizieren, wie er selbst umgekehrt auch durch den Therapeuten affizierbar ist. Dazu ein kleines Beispiel:

Ein Therapeut berichtet in einer Intervision über eine schwer angstkranke Patientin. Er benutzt dabei eine Videokassette. Der therapeutische Verlauf war nach dieser Darlegung bis dahin positiv. Die Patientin hatte sich Ansätze von Neuentwicklung erschließen können. In dieser Sitzung ging es darum, dass die Patientin in einem fast rasenden Ausbruch heftigster Aggressionen dem Therapeuten den Vorwurf um die Ohren schlug, er hätte eine andere Patientin, die kurz zuvor im selben Raum in Therapie gewesen war, mit übermäßiger Aufmerksamkeit bedacht. Die Patientin steigerte sich in heftigste Wut hinein, machte dem Therapeuten entsprechende Vorwürfe, sie schrie dabei anhaltend. Der Therapeut hörte sich das an, blieb ruhig, äußerte aber, für die anwesenden Kollegen deutlich hörbar, kleine, leise Schmerzlaute, ein leises Stöhnen im Bereich des Kehlkopfes, kaum nach außen dringend, aber dennoch für die Zuhörenden vernehmbar und damit wohl auch im therapeutischen Ablauf für die Patientin nicht zu überhören. Der weitere vom Therapeuten geschilderte Verlauf dieser Therapie war in überzeugender Weise positiv. Man darf überlegen, ob zu dieser positiven Wirkung nicht auch die Serie von kleinen Schmerzlauten beigetragen hat, die, dem Therapeuten im Übrigen nicht bewusst, seine Antwort auf die Wutattacken der Patientin gewesen waren.

### **Zur Intervention der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktion**

Neben dem authentischen Antworten und dem Umgang mit Affekten als wichtigen Techniken der psychoanalytisch-

<sup>3</sup> 1389 Vernichtungsschlacht der Türken (Osmanen) gegen die südslawischen Völker und den serbischen Adel.

<sup>4</sup> siehe dazu auch die literarischen Gestalten, die im Zusammenhang mit der Charakterlehre von Karen Horney unter dem Titel „Rache als Gekränktheitsaggression“ von A. Heigl-Evers zusammengestellt wurden (1968). Horney sprach vom „arrogant vindictive type“. Als solche sind aus der Weltliteratur zu nennen Julian Sorel aus „Rot und Schwarz“ von Stendhal, Heathcliff aus „Wuthering Heights“ von Emily Bronte, ferner Captain Ahab aus Melvilles „Moby Dick“, ferner auch Richard der Dritte in der gleichnamigen Shakespeare-Tragödie.

interaktionellen Methode spielt auch die passagere Übernahme einer Hilfs-Ich-Funktion (Fürstenau 1977) von Seiten des Therapeuten eine wichtige Rolle. (s.d. Heigl-Evers et al. 1997, S.178 f; Heigl-Evers und Ott 1998, S.253 f).

Der Kranke mit strukturellen Störungen leidet immer auch an einer eingeschränkten Verfügbarkeit über die Funktionen des Ichs und auch des Überichs. Es gehört zu den Verarbeitungen dieser Struktur, dass der Patient solche ihm fehlende Funktionen Teilobjekten zuweist, die er seinerzeit verinnerlicht hatte. Die Teilobjekte mitsamt den ihnen zugewiesenen Funktionen werden im Sinne einer primitiven Übertragung in bestimmten Objekten des sozialen Umfeldes erlebt; die Ausübung dieser Funktionen wird als eine Selbstverständlichkeit von diesen Teilobjekt-Substituten erwartet. Der Patient erlebt die Teilobjekte als Teile seines Selbst oder als Wesenheiten, die ihm so eng, so untrennbar verbunden sind, dass sie ganz einfach zu ihm gehören.

So berichtete ein schwer alkoholabhängiger Mann, dass seine Frau nicht nur sehr schön sei, sondern auch in ganz hervorragender Weise den Haushalt versorge, sich um seine Angelegenheiten kümmere, es ihm also an nichts fehle. Als der Therapeut die Ehefrau des Patienten und dessen Haushalt einmal zufällig in Augenschein nehmen konnte, stellte sich heraus, dass die Frau eher unansehnlich und wenig gepflegt war, dass die Haushalts- und Leibwäsche, die zur Reinigung anstand, sich auf dem Balkon bis zu dessen Decke angehäuft hatte, dass die Küche sich in verwahrlostem Zustand befand. Diese Realitäten ließ der Patient gleichsam an sich vorübergehen und entglitt in eine Wunschphantasie. Wurde diese durch die Realität gewissermaßen zerrissen, so z.B. durch die Konfrontation mit einer sexuellen Affäre seiner Frau in flagranti in seinem häuslichen Schlafzimmer, weigerte er sich, dies zur Kenntnis zu nehmen, drehte sich stattdessen wortlos auf dem Absatz um, ging in die nächste Kneipe und ließ sich voll laufen. Um einen für ihn unerträglichen Objektverlust zu vermeiden, griff er zur Flasche. Die Möglichkeit, nach einem unverlierbaren Teilobjekt zu greifen, eben der Flasche, mit den zusätzlichen berausenden Wirkungen des Suchtstoffes ersparte ihm quasi, in ein depressives Loch zu fallen.

Der Therapeut, der mit diesem Patienten psychoanalytisch-interaktionell arbeitete oder zu arbeiten versuchte, sagte ihm eines Tages, er verstünde schon, warum er aus seiner häuslichen und ehelichen Situation immer wieder flüchte, in die Kneipe, zur Flasche, zum Alkohol. Ihm selbst würden solche Situationen, wie der Patient sie zu Hause immer wieder antreffe, auch schwer zu schaffen machen. Er habe sich überlegt, wie er darauf reagieren würde. Ich würde sagen: „Also hör mal, wir müssen jetzt unbedingt einmal über den Haushalt sprechen. Ich habe längere Zeit still gehalten; aber so geht das für mich nicht weiter. Ich wünsche mir zum Beispiel, dass die Wäsche, die dort schmutzig auf dem Balkon liegt, stattdessen gewaschen und gebügelt im Schrank zu finden ist. Ich möchte, dass auch du dich um deine Kleider kümmerst. Du hast hübsche Kleider und siehst auch gut darin aus; aber du pflegst sie nicht, und du trägst sie nicht. Das gefällt mir nicht.“

Der Therapeut hat sich damit als Hilfs-Ich in das Erleben des Patienten eingeschaltet. Er hat einmal die dem Patienten in der gegebenen Situation nicht verfügbare Ich-Funktion der Realitätsprüfung übernommen, ferner die gleichfalls nicht verfügbare Ich-Funktion der kritischen Objektbeurteilung (hier der Ehefrau), und er hat schließlich die ebenfalls dem Patienten nicht verfügbare Funktion der Vertretung eigener Wünsche und Bedürfnisse aktualisiert. Dabei wurde deutlich, dass er, der Therapeut, in der Ehefrau des alkoholkranken Patienten nicht ein Teilobjekt erlebt, sondern eine personale Ganzheit, die gegen seine eigene Person klar abgegrenzt ist und der er Austausch und Verständigung anbietet. Der Therapeut versetzt sich dabei in den Patienten, er identifiziert sich mit ihm und lädt den Patienten gleichzeitig zu einer Gegenidentifikation ein: „Versetzt dich in mich als in einen, der sich in dich hineinversetzt und dabei etwas Eigenes, was du noch nicht kennst, einbringt. Vielleicht prüfst du es einmal, und wenn es dir so oder nach deinen Vorstellungen verändert gefällt, kannst du es ja übernehmen. Wenn es dir nicht gefällt, würde mich deine Kritik daran sehr interessieren.“ - Der Therapeut bietet damit einen Austausch an, der das Teilobjekt „Schnapsflasche“ ablösen und die Abhängigkeit des Patienten vom Suchtstoff zunächst lockern und vielleicht im Ablauf eines längeren therapeutischen Prozesses aufheben könnte.

Ein solches Eingehen auf die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen durch den Therapeuten würde freilich vom Patienten Geduld und Frustrationstoleranz fordern, über die er gleichfalls nicht verfügt. Er ist an die Vorstellung einer Sofortbefriedigung gewöhnt und erlebt einen Anspruch darauf, da nur dadurch das große Missbehagen, das in der beschriebenen Situation mit der Ehefrau in ihm ausgelöst wurde, verschwinden könnte. Das Teilobjekt Alkohol, die Flasche, die schnell erreichbar und schnell zu leeren ist, gewährt die genannte Sofortbefriedigung und erübrigt die Entwicklung von Geduld und von Frustrationstoleranz. Ein entsprechender Umstellungs- und Lernprozess ist vom Patienten nur zu erbringen, der Verzicht auf Sofortbefriedigung nur zu leisten, wenn ihm von Seiten des Therapeuten ein verlässliches Maß an Erreichbarkeit an Stelle von Sofortverfügung angeboten wird, wenn er im Therapeuten einen ausreichend freundlich zugewandten Menschen erlebt, erleben kann, auch wenn dieser nicht präsent oder nicht sofort verfügbar ist. Das setzt freilich schon voraus, was mit der Therapie erst erreicht werden soll, nämlich Objekt Konstanz (Hartmann 1952); das ist nicht leicht. Ein Patient sagte einmal: „Die Therapie verlangt von mir, dass ich ein Schiff, das zwar immer wieder leck ist, mich aber dennoch trägt, verlasse, ehe ein neues, tragfähigeres Schiff da ist. Das neue Schiff muss ich bauen, während ich noch auf dem alten Schiff dahintreibe. Das ist doch fatal!“ - Diese Fatalität ist nicht zu bezweifeln, sie muss anerkannt werden. Dabei ist zu hoffen, dass die Anerkennung der misslichen Situation des Patienten und die Anerkennung auch von winzigen Erfolgen beim „Schiffsbau“ sich bindungsstärkend auf die Beziehung Patient - Therapeut auswirkt. Der Therapeut kann sich dabei auf die genannten Grundeinstellungen stützen, was freilich nur gelingt, wenn er sich diese immer wieder verfügbar machen kann (s. auch die Bestätigung kleiner und kleinster Lernschritte in der Therapie bei Heigl und Triebel 1977).

## Literatur

- Alexander F: Analyse der therapeutischen Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung. *Psyche* 1950; 4: 401-416.
- Balint M: Charakteranalyse und Neubeginn (ursprünglich englisch 1932) In: Balint M.: Die Urformen der Liebe, 165-177. München, Deutscher Taschenbuch Verlag, 1988.
- Benecke C, Krause R, Merten J: Über die Bedeutung des intersubjektiven Feldes in der Psychotherapie. In: *Psychotherapie, CIP-Medien, München, 2000.*
- Dornes M: Der kompetente Säugling. Frankfurt, Fischer, 1993.
- Ferenczi S, Rank O: Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924.
- Fonagy P: Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. *Psyche* 1998; 52: 331-368.
- Fonagy P, Higitt A: A developmental perspective on borderline personality disorder. *Revue internationale de psychopathologie* 1990; 1: 125-159.
- Fonagy P, Target M: Voraussagen über die Ergebnisse von Kinderanalysen: Eine retrospektive Studie von 763 Behandlungen am Anna Freud Centre. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hg.): *Psychoanalysen im Rückblick*. Gießen, Psychosozial Verlag, 1997, 366-406.
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M: *Reflective functioning manual, Version 5. For application to adult attachment interviews*. London, Psychoanalysis Unit, University College, 1998.
- Freud S: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW* 1905; 5, 27-145.
- Freud S: Brief an Else Voigtländer. In: Freud S: *Briefe 1873 - 1939*, 283. Frankfurt, Fischer, 1960.
- Fürstenau P: Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche* 1997; 31: 197-207.
- Hartkamp N, Heigl-Evers A: Feinstrukturen einer analytischen Supervision. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1995; 41: 253-267.
- Hartmann H: Die gegenseitige Beeinflussung von Ich und Es in ihrer Entwicklung. In: Hartmann H (Hg.): *Ich-Psychologie*. 1952. Stuttgart, Klett, 1972.
- Heigl F: Die Handhabung der Gegenübertragung in der analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1959; 5: 189-191.
- Heigl F: Über die Bedeutung und Handhabung der Gegenübertragung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1960; 6: 110-123.
- Heigl F: Zur Handhabung der Gegenübertragung. *Fortschritte der Psychoanalyse* 1966; 2: 124-140.
- Heigl F, Triebel A: *Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie*. Bern, Stuttgart, Huber, 1977.
- Heigl-Evers A: Rache als Gekränktheitsaggression. In: Salzmann L (Hg.): *Fortschritte der Psychoanalyse. Internationales Jahrbuch zur Weiterentwicklung der Psychoanalyse*. Bd.3. Göttingen, Hogrefe, 1968.
- Heigl-Evers A: *Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1972.
- Heigl-Evers A: *Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken*. Kassel, Nicol, 1977.
- Heigl-Evers A: Das Anhedoniekonzept für das Verständnis süchtigen Verhaltens. In: Heimann H (Hg.): *Anhedonie – Verlust der Lebensfreude*. Stuttgart, New York, Fischer, 1990 (83-94).
- Heigl-Evers A: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode zur Behandlung strukturell gestörter Patienten, expliziert am Vergleich der psychoanalytisch-deutenden und der psychoanalytisch-antwortenden Vorgehensweise. In: Heigl-Evers A, Günther P (Hg.): *Blick und Widerblick*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1993.
- Heigl-Evers A, Böhle A, Ott J: Der Begriff „Menschenbild“ und die psychoanalytisch-interaktionelle Theorie. In: Furger F, Heigl-Evers A, Willutzki U (Hg.): *Theologie und Psychologie im Dialog über ihre Menschenbilder*. Paderborn, Bonifatius, 1997 (46-66).
- Heigl-Evers A, Heigl F: *Analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie: Differentia specifica*. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1968; 2: 21-52.
- Heigl-Evers A, Heigl F: *Gruppentherapie: interaktionell-tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) - psychoanalytisch*. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1973; 7: 132-157.
- Heigl-Evers A, Heigl F: *Interaktionelle Gruppentherapie*. In: Heigl-Evers A, Streeck U (Hg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Lewin und die Folgen*. Bd.8. Zürich, Kindler, 1979 (850-858).
- Heigl-Evers A, Heigl F: Zur Bedeutung des therapeutischen Prinzips der Interaktion. In: Haase HJ (Hg.) *Psychotherapie im Wirkungsbereich des psychiatrischen Krankenhauses*. Erlangen, Perimed, 1980 (87-103).
- Heigl-Evers A, Heigl F: Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1983 a; 28: 1-14.
- Heigl-Evers A, Heigl F: Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 1983 b; 33: 63-112.
- Heigl-Evers A, Heigl F: Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkranken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 1984 a; 20: 152-167.
- Heigl-Evers A, Heigl F: Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? *Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie - tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie*. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 1984 b; 29: 234-244.
- Heigl-Evers A, Heigl F: Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. - Eine Methode zur Behandlung präödipler Störungen. In: Rudolf G, Rüger U, Studt H (Hg.): *Psychoanalyse der Gegenwart*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1987.
- Heigl-Evers A, Heigl F: Zum Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie. In: Klußmann R, Mertens W, Schwarz F (Hg.): *Aktuelle Themen der Psychoanalyse*. Berlin, Heidelberg, Springer, 1988 (85-97).
- Heigl-Evers A, Heigl F: Basale Störungen bei Anhängigkeit und Sucht. In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer HC (Hg.): *Suchttherapie*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1991.
- Heigl-Evers A, Heigl F: Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 1994; 30: 1-29.
- Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J: Abriß der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie. In: Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, Rüger U (Hg.) *Lehrbuch der Psychotherapie*. 3. Aufl. Lübeck, Fischer, 1997 (3-270).
- Heigl-Evers A, Henneberg-Mönch U: Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie bei präödipl gestörten Patienten mit Borderline-Strukturen. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 1985; 30: 227-235.
- Heigl-Evers A, Henneberg-Mönch U: Die Bedeutung der Affekte für Diagnose, Prognose und Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 1990; 40: 39-47.
- Heigl-Evers A, Nitzschke B: Das Prinzip „Deutung“ und das Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1991; 37, 115-127.
- Heigl-Evers A, Nitzschke B: Das analytische Prinzip „Deutung“ und das interaktionelle Prinzip „Antwort“. In: Heigl-Evers A, Ott J (Hg.): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1998 (55-112).

- Heigl-Evers A, Ott J: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1994 a.
- Heigl-Evers A, Ott J: Prinzipien psychoanalytisch-interaktionellen Antwortens - Therapie strukturell schwer gestörter Patienten. In: Streeck U, Bell K (Hg.): Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen. München, Pfeiffer, 1994 b (325-335).
- Heigl-Evers A, Ott J: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Psychotherapeut 1996; 41: 77-89.
- Heigl-Evers A, Ott J: Zum Menschenbild der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer HC (Hg.) Die Person des Therapeuten. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1997.
- Heigl-Evers A, Seidler GH: Die Alterität des Suchtkranken. In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer HC (Hg.): Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1993 (11-22).
- Heigl-Evers A, Streeck U: Theorie der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. In: Knischewski E (Hg.): Sozialtherapie in der Praxis. Kassel, Nicol, 1983 (5-20).
- Heigl-Evers A, Streeck U: Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 1985; 35: 176-182.
- Heimann P: On countertransference. International Journal of Psychoanalysis 1950; 31: 81-84.
- Heimann P: Bemerkungen zur Gegenübertragung. Psyche 1959/60; 18: 483-493.
- Krause R: Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehung zu psychischen Störungen. Psyche 1983; 37: 1016-1043.
- Krause R: Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der „frühen“ Störungen. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 1988; 38: 77-86.
- Krause R: Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: Scherer KR (Hg.): Psychologie der Emotionen. Enzyklopädie der Psychologie, Bd.3, Göttingen, Hogrefe, 1990 (630-705).
- Krause R: Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1: Grundlagen. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer, 1997.
- Krause R: Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 2: Modelle. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer, 1998.
- OPD (Hg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. Göttingen, Huber, 1996.
- Rapaport D: Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart, Klett, 3.Aufl., 1973 (54-56).
- Seidler GH: Der Sog in die Monade: Die Elimination der Dritten Position. In: Seidler GH (Hg.): Das Ich und das Fremde. Klinische und sozialpsychologische Analysen des destruktiven Narzißmus. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1994, 9-23.
- Seidler GH: Narziß, Teiresias und Ödipus: Internalisierungsschritte von der „Interaktionellen Unbewusstheit des Gegenübers“ zur „Verinnerlichung der Urszene“. In: Schneider G, Seidler GH (Hg.): Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und Klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1995 (95-115).
- Seidler GH: Das Klinische Reflexivitäts-Rating. Ein Instrument zur Einschätzung struktureller Veränderungen schwer gestörter Patienten während stationärer Psychotherapie. In: Mundt Ch, Linden M, Barnett W (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Wien, Springer, 1997.
- Seidler GH: Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand. Inter-subjektivität und gesundheitliche Besserung. Bern, Huber, 1999.
- Seidler GH: Die empirische Prüfung des Konstruktes vom Selbstbezug im Beobachtungsfeld stationärer Gruppenpsychotherapie. In: Tress W, Wöller W, Horn E (Hg.): Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus State of the Art. Frankfurt, Verlag für Akademische Schriften, 2000a (156-170).
- Seidler GH: Von der interaktionellen „Antwort“ zur intrapsychischen „Verantwortung“ - Die empirische Überprüfung des Konstruktes vom Selbstbezug. In: Psychotherapie, CIP-Medien, München, 2000b.
- Strauß B: Bindung, Bindungsrepräsentanz und Psychotherapie. In: Psychotherapie. CIP-Medien, München, 2000.
- Volkan V: Bloodlines: from ethnic pride to ethnic terrorism. New York, Farrar, Straus & Giroux, 1997.

**Prof. Dr. med. Annelise Heigl-Evers**

em. Univ. Prof. der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Psychotherapie - Psychoanalyse  
Johann-Heinrich-Voss-Weg 6  
37085 Göttingen

**Prof. Dr. med. Jürgen Ott**

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Rheinische Kliniken, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität  
Bergische Landstr. 2  
40629 Düsseldorf