

INFO 2017 / 18

Institutszeitschrift der Kölner IPR Institute



Dieses Heft enthält Beiträge von:

Sarah Drost
Gundel Graetschel
Tilo Grüttner †
Ulrike Hadrich
Franz Herberth
Barbara Jancik
Lene Löwer
Ute Moini-Afchari
Ruth Nathan
Michael Naumann-Lenzen
Anny Seifert-Börner
Harm Stehr
Juliane van Wyk †
Barbara Westfalen

Redaktion

Sarah Drost
Gundel Graetschel
Michael Naumann-Lenzen
Ute Moini-Afchari
Anny Seifert-Börner
Harm Stehr
Regine Szymkowiak

Herausgeber:

IPR-AKJP - Institut für analytische Kinder und Jugendlichen-Psychotherapie e. V.
Auf dem Römerberg 4, 50968 Köln
und
IPR - Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland e. V.
Georgstraße 18, 50676 Köln

Impressum

Anschrift der Redaktion:
Inforedaktion c/o IPR-AKJP, Auf dem Römerberg 4, D 50968 Köln
Presserechtlich verantwortlich: Harm Stehr, gleiche Anschrift.

Deckblatt: Jussi Isaksen und Tom Grund

Layout: Jürgen Kälble

Beiträge, Leserbrief und Zuschriften bitte an:

Gundel Graetschel, Email: praxis-graetschel@dlcom.de
oder Harm Stehr, Email: stehr.harm@gmx.de

Inhaltsverzeichnis

Editorial 2018.....	2
Gundel Graetschel	
Zum Gedächtnis an Tilo Grüttner	
Ruth Nathan.....	6
Der beziehungsanalytische Umgang mit Depression.....	8
Tilo Grüttner	
Lene Löwer.....	22
Barbara Westphalen	24
Zum Gedächtnis an Juliane van Wyk	
Vorwort zum Artikel über „das Fremde“ von 1991 von Juliane van Wyk.....	26
Michael Naumann-Lenzen	
Die Sicht des Fremden.....	28
Juliane van Wyk (1991)	
Harm Stehr	36
Franz Herberth	39
Ute Moini-Afchari	39
Berichte und Vortragstexte aus Institutsveranstaltungen	
Psychoneuroimmunologie - Ein Paradigmenwechsel?	40
Sarah Drost	
Intersubjektivität in Gruppen.....	44
Moini-Afchari	
Die Sprache des Diabetes	67
Barbara Jancik	
Buchbesprechung	
„Im Herzen der Gewalt“ von Edouard Louis, 2017	
Ulrike Hadrich.....	84
Anny Seifert-Börner	88
Veröffentlichungen von Mitgliedern	94

Editorial 2018

Gundel Graetschel

Dieses Heft ist nun das zehnte INFO-Heft der „neuen“ Serie, ein Jubiläum, eigentlich ein Grund zum Feiern. Aber diese Ausgabe ist nicht unserer Feierlaune entsprungen, sondern sie ist überwiegend dem Gedenken und dem Nachruf zweier geschätzter Kollegen gewidmet, die uns 2017 für immer verlassen haben.

Tilo Grüttner starb am 9. Mai 2017
und
Juliane van Wyk am 28. August 2017

Beide Kollegen (bitte die nicht gesondert weibliche Anrede zu entschuldigen!) haben sich mit Leib und Seele der Psychoanalyse verschrieben und sich bis zuletzt arbeitsreich dafür eingesetzt, sowohl in ihrer Arbeit mit Patienten in Einzel- und Gruppenanalyse, in Paartherapien (T. Grüttner), in Supervisionen und Lehranalysen als auch bei ihrem Einsatz für das Institutsleben (u.a. in jahrelanger Vorstandsarbeit) der beiden Institute oder der drei, solange es das IPR-Mitgliederinstitut noch gab.

Beiden verehrten Kollegen gemeinsam ist die Offenheit für Veränderungen innerhalb der psychoanalytischen Geschichte und der Weg zu einem intersubjektiven Ansatz, der ihre Arbeit prägte, und der Mut, ihren eigenen Ansatz auch streitbar zu vertreten. Dabei ging aber der Respekt für eine andere Sichtweise beim Gegenüber durch eine unaufgeregte Ernsthaftigkeit nie verloren.

Wir möchten die verehrten Kollegen mit verschiedenen uns zugetragenen Stimmen zu ihrem Tod würdigen. Auch wenn die Autoren hier nicht einzeln aufgeführt werden, sind ihre Texte doch sehr lesenswert und berührend. Ich möchte sie Ihnen ans Herz legen.

Zudem ist Tilo Grüttner mit seinem Originaltext aus dem Buch „Die Veränderung beginnt im Therapeuten“ (von Herberth und Maurer) nochmal lebendig in Erinnerung gerufen. Seine Art zu schreiben ist der Art seiner mündlichen Mitteilung so ähnlich, dass man ihn beim Lesen unwillkürlich vor Augen hat.

Er beschäftigt sich mit dem Umgang mit Depression in Einzel-, Paar- und in Gruppentherapie und führt seine Gedanken auch in den gesellschaftlichen Kontext und spricht damit bestimmt vielen von uns bei unserer analytischen Arbeit aus der Seele: „Der Wunsch, aus der Depression herauszukommen und wieder gesund zu werden, wird heute oft gleichgesetzt mit dem gesellschaftlichen Diktat, „gut drauf sein“ zu müssen. „Spaß sofort“ und um fast jeden Preis ist für viele Menschen eine Norm geworden. Gefühle wie Trauer, Mitleid, Verzweiflung, Entsetzen, aber auch Empörung, Zorn oder Schmerz stören dieses Glücksdiktat und bergen die Gefahr, aus der Gemeinschaft ausgeschlossen zu werden, weil man „nicht positiv denkt und fühlt“ - was man denken und fühlen soll -, sondern den Wunsch hat, selbst herauszufinden, welche Gefühle und Gedanken sich jeweils einstellen.“

Juliane van Wyk ist bei allen Ausgaben der INFO-Hefte der ersten und der zweiten Serie in großem Maße mit ihren eigenen Artikeln, die sich mit vielen unterschiedlichen Gebieten der Psychoanalyse eingehend beschäftigt haben, nicht nur beteiligt gewesen, sondern hat die Redaktion wesentlich getragen. Bei vielen Heften war sie federführend, hat sie die aufwendige Arbeit des Textsammlens und des Layoutens übernommen, bis in den letzten Jahren diese Arbeit von Harm Stehr fortgeführt wurde. Seit den beiden letzten Heften war auch Ute Moini-Afchari daran beteiligt und hat in diesem Jahr diese Arbeit zusammen mit Sarah Drost übernommen.

Wir gedenken Juliane van Wyk mit einer ihrer älteren Arbeiten aus dem Jahr 1991 „Die Sicht des Fremden“, die mit dem Thema immer noch aktuell ist, auch wenn sie den von ihr beschriebenen theoretischen Ansatz vermutlich heute nicht mehr so vertreten würde. Ein Zitat aus ihrer Arbeit:

„Begegnung mit sich selbst wie Begegnung mit anderen ist immer auch Begegnung mit Fremdheit, Unheimlichkeit und verschiedener gesellschaftlicher Unbewußtheit. Als solche kann sie zu einer Integration von Schatten, Spiegelbild oder Doppelgänger führen und Gelegenheit geben, manche geistigen Zwänge zu sprengen, denn Denkverfassungen sind auch Gefängnisse in langen Zeitabläufen. Diesen Ansatz der psychoanalytischen Haltung auf gröbere soziale und politische Strukturen zu übertragen, könnte auch ein Schritt zu vermehrter innerer und äußerer Friedfertigkeit sein.“

Dieses Zitat aus ihrer Arbeit könnte eine theoretische Einleitung sein zu einer Buchbesprechung des Buches „Im Herzen der Gewalt“, von Édouard Louis, einem 25-jährigem französischem Schriftsteller, der sich mit Homosexualität und Gewalt auseinandersetzt. Dabei findet er eine Form, die den Leser sehr beeindruckend in die Wirkung von Traumen in ihrer dissoziierenden Wirkung hineinkatapultiert. Wir finden hier gleich zwei Besprechungen, die von Anny Seifert-Börner, die sich unter psychoanalytischem Blickwinkel und die von Ulrike Hadrich, die sich literaturwissenschaftlich mit dem gleichen Buch befasst.

Als einen weiteren Schwerpunkt unseres Heftes möchte ich das Thema „Intersubjektivität“ benennen, welches sich wie ein roter Faden durch unsere letzten INFO- Hefte zieht. Dieses Mal liegt uns der praxisbezogene Vortrag von Ute Moini-Afchari vor, die sich mit diesem Thema im Zusammenhang mit Gruppenpsychotherapie befasst und zu dem Schluss kommt, dass hier Intersubjektivität pur zu finden ist.

Auch in der wissenschaftlichen Sitzung von Barbara Jancik über „Die Sprache des Diabetes“ wird eindrucksvoll beschrieben, welche wichtige Funktion die Erkrankung in den Beziehungen von Betroffenen im Sinne einer sogenannten linearen Triangulierung einnehmen kann.

Wenn wir uns beim Thema Intersubjektivität mit der Wechselwirkung von Austausch auf der Objektebene befassen, liegt im Vortrag von Prof. Dr. Dr. Christian Schubert über „Psychoneuroimmunologie – Ein Paradigmenwechsel?“ der Schwerpunkt auf dem Subjekt. Sarah Drost berichtet über seinen im IPR gehaltenen Vortrag, in dem er die zwar nicht mehr so überraschende Wechselwirkung zwischen Psyche, Gehirn und Körper beschreibt, diese aber doch mit konkreten Forschungsergebnissen untermauert und fesselnd darstellt. Aber auch hier geht es nicht ohne die Beschreibung des Subjekts und der Einflüsse seiner Umgebung, von anderen Subjekten, also auch hier letztlich nicht ohne den Aspekt von Intersubjektivität.

Last not least berichten wir über die lange Liste von Veröffentlichungen einiger Institutsmitglieder im vergangenen und in diesem Jahr.

Aus der Redaktionsarbeit gilt es noch zu berichten, dass wir in Juliane van Wyk eine unersetzliche Inspiration für unsere INFO-Arbeit verloren haben. Aber wir haben auch zwei neue Mitarbeiterinnen begrüßen dürfen, zuerst Sarah Drost vom IPR und dann Regine Szymkowiak vom IPR-AKJP. Wir freuen uns sehr über ihre Mitarbeit. Haben Sie auch Lust mitzuarbeiten oder einfach nur einen Beitrag zu schreiben? Sie sind herzlich eingeladen.

Viel Anregung, Berührtsein von Trauer und Freude beim Lesen

wünscht Ihnen im Namen der Redaktion

Gundel Graetschel

Ruth Nathan

Wenn ich an meinen Vater Tilo Grüttner zurück denke, insbesondere hinsichtlich seiner Art zu arbeiten, so fällt mir vor allem ein: Unaufgeregtheit und kreativ-handfest.

Die letzten 10 Jahre seines Lebens hat er als Untermieter eines meiner Praxisräume weiter das getan, was er am liebsten tat; mit Patienten zu arbeiten, die ihn auch nach Aufgabe seiner Kassenpraxis und Übergabe an mich, zahlreich weiter konsultierten. Die Begeisterung für die psychoanalytische Arbeit hat ihn, seit er sie kennengelernt hatte, nie verlassen. Insbesondere die von Thea Bauriedl entwickelte Beziehungsanalyse war eine wichtige Grundlage seines Arbeitens. Neben Arbeit mit einzelnen Patienten hat er auch immer und gern mit Paaren, Familien und Gruppen gearbeitet. Seine Lebensgeschichte, die, wie die von vielen seiner Generation, stark vom Leid am zweiten Weltkrieg beeinflusst war, hat ihn früh geprägt, aber auch fähig gemacht, das Leid seiner Patienten zu verstehen und Hilfe und Linderung zu bieten. Mich hat sehr berührt, wie bezogen und liebevoll die zahlreichen Rückmeldungen von Menschen waren, die mit ihm gearbeitet haben. Auch ich konnte über viele Jahre von seinen oft zwischen Tür und Angel gewechselten Worten profitieren, wo vor allem seine entspannt bleibende Art auch bei schwierigen und aufgeregten Situationen und die oft unerwarteten und kreativen Ideen des Umgangs hiermit mir oft sehr weiter halfen.

Als ich als Psychologie-Studentin ein Praktikum in einer psychosomatischen Abteilung machte und dort auch erste kurze Gespräche mit Patienten führen sollte, weiß ich noch, wie unsicher ich mich fühlte und meinen Vater um Rat fragte. Er sagt dann, was mir bis heute im Gedächtnis geblieben ist: „Du musst nur ein kleines bißchen weniger Angst als der Patient haben.“ An diesen Satz habe ich mich noch oft erinnert, wenn ich in schwierige Situationen geriet. Und es hat jedes Mal geholfen, sich selbst zu regulieren und damit wieder in der jeweiligen therapeutischen Situation gut handlungsfähig zu werden.

Ein weiterer wichtiger Satz von ihm war: „Den ersten Schlag musst du einstecken.“ Dies war ein Satz aus seiner Kung Fu-Erfahrung, ein Hobby, das er über Jahrzehnte intensiv betrieben hat. Und auch diesen Satz fand ich immer sehr hilfreich, weil er entlastete hinsichtlich der Tatsache, dass uns in der analytischen

Arbeit oft Situationen mit unseren Patienten „kalt erwischen“ und wir möglicherweise erst mal rudernd und tastend nach einem wieder gangbaren Weg suchen müssen. Andererseits sind ja diese Situationen, in denen Unerwartetes passiert, oft entscheidende Stellen der Veränderung in einer Behandlung. Mein Vater war aufgrund seiner Geschichte wohl hart im Nehmen geworden, hat aber im Umgang mit Patienten immer eine sensible und mitfühlende Art gehabt, in der sein von Grund auf liebevolles Wesen sich heilsam geäußert hat. Das radikale Anerkennen des eigenen Fühlens und der darin liegenden Wahrheit scheint mir ein wesentliches Merkmal seines Arbeitens gewesen zu sein.

In den folgenden zwei Zitaten, die er über Jahre aufbewahrt hat, kommt diese Haltung zur analytischen Arbeit, aber wohl auch gegenüber sich selbst, gut zum Ausdruck:

„Die Erfahrung lehrt uns, dass wir im Kampf mit den seelischen Erkrankungen auf die Dauer nur ein einziges Mittel zur Verfügung haben: die Wahrheit unserer einmaligen und einzigartigen Kindheitsgeschichte emotional zu finden und sie anzunehmen. Ob wir uns mit Hilfe der Psychoanalyse von Illusionen ganz freimachen können? Die Geschichte zeigt, dass Illusionen sich überall einschleichen, jedes Leben ist voll davon, wohl weil die Wahrheit oft unerträglich wäre. Und doch ist die Wahrheit für viele Menschen so unentbehrlich, dass sie ihren Verlust mit schweren Erkrankungen bezahlen. Auf dem Weg der Analyse versuchen wir, in einem langen Prozess unsere persönliche Wahrheit zu entdecken, die, bevor sie uns den neuen Freiraum schenkt, immer schmerzt, es sei denn, wir begnügen uns mit dem bereits konzeptionalisierten, intellektuellen Wissen, das auf schmerzhaften Erlebnissen anderer, z.B. Sigmund Freuds, beruht. Aber dann bleiben wir doch wieder im Bereich der Illusion“ (Miller).

„Die Wahrheit ist das, was jeder Mensch zum Leben braucht und doch von niemand bekommen oder erstehen kann. Jeder Mensch muss sie aus dem eigenen Innern immer wieder produzieren, sonst vergeht er. Leben ohne Wahrheit ist unmöglich. Die Wahrheit ist vielleicht das Leben selbst.“ (Kafka).

Die oft fast unerträgliche Wahrheit der eigenen Geschichte hat er wohl immer wieder durchlebt, was aber nie dazu geführt hat, dass er sein Leben nicht auch hätte in vollen Zügen genießen können. Sein herzhaftes Lachen wird mir immer im Gedächtnis bleiben, wie so vieles andere auch.

Der beziehungsanalytische Umgang mit Depression

Tilo Grüttner

Aus: Herberth, F. und Maurer, J. (Hrsg) (1997): Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Frankfurt am M. (Brandes und Apsel).



Eine Patientin berichtet:

„Ich stecke in einem tiefen Loch und habe das Gefühl, ich kann da selber nicht mehr raus. Wenn mich was ärgert oder verletzt, dann rutsche ich ganz tief runter, dann weine ich nur, verhalte mich ganz ruhig und möchte am liebsten gar keinen sehen. Dann kommen mir alle möglichen dummen Gedanken, daß ich denke: du möchtest eigentlich gar nicht mehr leben.“

Das ist zu Beginn des Erstgesprächs Frau M's Klage, der sie sogleich eine - in solchen Situationen oft geäußerte - Frage folgen läßt:

„Was soll ich da ändern? Mein Hausarzt sagt, damit wäre ich bei Ihnen an der richtigen Adresse; deswegen bin ich hier, daß Sie mir da raten und sagen: was soll ich tun? was ist richtig? was mache ich falsch?“

Frau M. wirkt sehr bedrückt. Ich befürchte, daß eine anstrengende Sitzung auf mich zukommt - mit der zusätzlichen Erschwernis, daß ich in den Augen des Hausarztes der Patientin der „richtige“ Helfer bin. Ich spüre die Versuchung, mich dieses Druckes zu entledigen, indem ich auf die angebotene Handlungsebene eingehe: Ich könnte ja z. B. die Situation für die Patientin und mich „erleichtern“,

wenn ich die begonnene Schilderung der Not der Patientin mit der Frage: „Was haben Sie denn schon alles versucht, um mit Ihrer Depression fertig zu werden?“ einengen würde und dann einen Rat folgen ließe, was sie denn jetzt erst einmal tun könnte. Da mir bewußt wird, wie bedrängt und geängstigt ich mich anfangs gefühlt hatte, gebe ich mir Raum, auch die Not der Patientin wahrzunehmen. Statt sie mit meiner Frage einzuengen und mich damit unberührbar zu machen, ermutige ich sie, sich weiter mit dem begonnenen Thema zu beschäftigen.

Es ist nicht einfach, sich auf eine so schwere Thematik wirklich einzulassen. Mir hilft dabei, daß ich mir immer wieder vergegenwärtige, wie ich selbst Zugang zum Thema Depression bekommen habe.

Als ich die Ausbildung zum Psychoanalytiker begann, haben mich in diesem Zusammenhang drei Phänomene beeindruckt:

1. Eine unserer Ausbilderinnen schilderte den Umgang mit einer Patientin, die unter starker Depression litt. Sie sagte uns z. B., daß sie dieser Patientin sogar ihre Urlaubsadresse geben würde, was sie sonst im allgemeinen nicht tun würde. Eine solche Zuwendung fand ich großartig - allerdings kamen auch leise Bedenken, ob man bei einer derartigen Ausgestaltung der Therapeut-Patienten-Beziehung nicht von der Arbeit aufgefressen werden könnte; dies allerdings traute ich mich nicht zu äußern.

2. Einen ganz anderen Umgang berichtete einer unserer Ausbilder. Er erzählte, daß ein Kollege, der mit schwer depressiven Patienten arbeitete, diese zuweilen sogar anschrie. Das fand nicht nur ich ganz ungeheuerlich. Der Ausbilder zerstreute aber unsere Bedenken mit der Bemerkung, daß dieser Kollege „durch und durch integer“ sei. Ich blieb skeptisch, merkte aber doch, wie mich die Frage faszinierte, ob es möglich sei, die Beziehung des Therapeuten zum Patienten sehr intensiv zu gestalten, ohne daß das Abstinenzgebot verletzt würde.

3. Schon zu Beginn der Ausbildung beschäftigten mich die Begriffe „Widerstand“ und „Abwehr“ sehr stark. Sie verbanden sich mit der Bedeutung: Erschwerung der therapeutischen Arbeit; denn ich konnte sie zunächst nur als gegen mich gerichtet erleben. Ich wollte ja helfen, und da waren Abwehr und Widerstand

ausschließlich negativ zu bewerten. Deshalb machte ich mir viele Gedanken darüber, wie denn der Widerstand verringert werden könnte - daß ich ihn am liebsten beseitigen wollte, wagte ich gar nicht zu denken; denn das hätte ja nach Kampf oder Unterdrückung ausgesehen und Schuldgefühle gemacht.

Diese Art des Umgangs mit dem Widerstand führte dazu, daß meine eigenen Regungen im Kontakt mit depressiven Patienten wenig Wert bekamen und ich eher so reagierte, wie ich es bei der Ausbilderin gesehen hatte - mit dem Ergebnis, daß die Patienten zwar eine gewisse Erleichterung spürten, ich aber nach den Sitzungen recht erschöpft und manchmal vielleicht sogar etwas depressiv war. Aktiv zu fühlen, wie es mir ging und vor allem daß es mir nicht gut ging, und dieses Gefühl auch noch zuzulassen, war mir damals nicht möglich; denn es hätte sofort Schuldgefühle gemacht, ich mußte doch „weiter“ sein als die Patienten.

Eine gewisse „Entlastung“ brachte die Beschäftigung mit dem Thema „Selbstmordverhütung“ bzw. „Depression und Selbstmord“. Pohlmeier (1980) schreibt zum Tode seines Freundes Jean Améry u. a.:

„Die >...Gnade des Todes...< ihm geschenkt lassen zu können und seinen Selbstmord nicht verhindert haben zu wollen, hilft er mir jetzt noch lernen. Die Trauer, daß ich das ohne ihn tun muß, ohne ihn meine Arbeit neu beginnen muß, ohne ihn Depression und Selbstmord als Möglichkeiten des Menschen begreifen lernen muß und danach handeln, wird bleiben, aber der Trost, daß mit diesem >nachdenklichen Menschen< Selbstmordverhütung erst möglich wird, wird keiner sein“ (S.183).

Daß der Therapeut nicht primär die Verantwortung für den Patienten - sondern erst einmal für sich - trägt und daß der Patient eine Freiheit hat im Sinne von Verantwortung für sich selbst, ist mir erst in der Auseinandersetzung mit Pohlmeiers Gedanken klargeworden und hat zu einer - aus heutiger Sicht die eigentliche Not verdrängenden - Entlastung bei meiner Therapiearbeit geführt.

Diese - die Schwere der jeweiligen Situation eher verleugnende - Entwicklung wurde weiter gefördert durch den Umstand, daß ich auf die Schriften von

P. Fürstenau aufmerksam wurde und auch bei ihm an einer Supervisionsgruppe teilnahm. Im Sinne der Gedanken, die er 1992 in seinem Buch: „Entwicklungsförderung durch Therapie“ formuliert hat, sah ich mich nun sehr stark in einer Elternrolle mit der Aufgabe, den Patienten Orientierung zu geben und ihre Ressourcen zu entwickeln. War ich vorher eher in der Rolle überforderter Eltern, die es den Kindern immer recht machen wollen und deren Abwehr und Widerstand vornehmlich als „feindlich“ erleben, so erlebte ich mich jetzt vor allem als (all-)wissender Elternteil, der Widerstand und Abwehr der Kinder positiv bewertete und als Fortschritt in der Entwicklung ansah.

In der Folgezeit war ich erst einmal froh, daß mich die therapeutische Arbeit nicht mehr so sehr anstrenge. Eine echte Zufriedenheit konnte aber nicht aufkommen; denn ich merkte, daß sich Züge von Routine einstellten, die mich als (ge-)fühllos erscheinen ließen. In der Reflexion meiner jeweiligen Haltungen wurde mir deutlich, daß ich mich weder früher noch jetzt wirklich in einer lebendigen Beziehung zum Patienten befand; denn meine Aufmerksamkeit war primär auf den Patienten gerichtet, unabhängig davon, ob ich mich für ihn „aufopferte“ oder ihn „führte“ - wie es mir jeweils dabei ging, war „nicht wichtig“ gewesen; denn ein Hinfühlen stand gar nicht zur Debatte. Als Extremhaltungen ergaben sich so - oft allerdings weitgehend unbewußte - Umgangsweisen mit Depression, wie: man kann sich total vereinnahmen lassen, man kann sich aber auch raushalten und hat sogar die Freiheit, sich umzubringen.

All das wurde mir erst deutlich, als ich mit der beziehungsanalytischen Arbeit von Thea Bauriedl vertraut wurde. Vorher habe ich das Nicht-wichtignehmen der eigenen Gefühle eher als Abstinenz rationalisiert und hochgehalten - was ich aus heutiger Sicht als eine falsch verstandene Umsetzung des Konzepts der Abstinenz verstehe. Das Festhalten an einer solchen Rationalisierung wird mir allerdings verständlich aus der Angst vor den Folgen eines Hinfühlens und Sich-Einlassens auf die eigenen Gefühle und die des Gegenübers. Ich meine damit die Angst, so sehr in die Gefühlswelt des Patienten einzutauchen, daß ich (in meiner Gegenübertragung) völlig gefangengenommen werde und nicht mehr arbeiten kann. Patienten fragen in solchen Situationen schon einmal: „Wie halten Sie das nur aus, jeden Tag so schlimme Geschichten zu hören?“ Manchmal sage ich, daß das ja meine Arbeit ist und ich schon Sorge, daß mich das nicht belastet; aber dann habe ich mich und die Patienten beruhigt, ohne

mich wirklich gefühlsmäßig eingelassen zu haben. Wenn ich mich einlasse, ist das anders: Dann fühle ich in mir z. B. einen Zwiespalt zwischen Beruhigenwollen und der Angst, in ein Gefühlschaos von Übertragung und Gegenübertragung total hineingezogen zu werden und dann möglicherweise in der Therapiesitzung „unterzugehen“. Das ist schon beunruhigend - und in solchen Momenten kann ich gut verstehen, wenn Patienten sagen, daß ihre Depression zwar oft unerträglich ist, aber das Erfahren von Gefühlen, die bisher abgewehrt worden sind, anfangs noch unerträglicher ist; denn die Angst, Gefühle nicht aushalten zu können, ist dann riesengroß. In solchem Zusammenhang auftretende depressive Verstimmungen oder Suizidgedanken werden somit verständlich als Abwehr gefürchteter Gefühle.

Das finde ich bei meinen depressiven Patienten, aber auch in der Entwicklung meines Umgangs mit ihnen: Es ging wie bei den Patienten anfangs vor allem darum, wie ich es „richtig“ mache. Dabei entstanden Fragen, wie: Muß ich alles Leid der Patienten in mir aufnehmen und aushalten? Oder: Befreie ich mich vom Druck der Situation, indem ich eine Technik anwende? Verleugne ich die eigene Ohnmacht in solchen Situationen, indem ich mit Pohlmeier über Freitod nachdenke und mich dem bedrückenden Gefühl nicht stelle?

Die Wende im Umgang mit Depression kam durch das Kennenlernen der beziehungsanalytischen Haltung und der Erkenntnis, daß freischwebende Aufmerksamkeit allein nicht genügt, mit depressiven Patienten angemessen umzugehen, sondern daß ich mich fragen darf: was passiert in mir in solchen Situationen, wie paßt das zur aktuellen Therapeut-Patienten-Situation und wie kann ich das in therapeutisches Handeln umsetzen?

Damit bleiben zwar aufkommende Ängste oder andere „negative“ Gefühle immer noch bedrohlich, aber sie müssen nicht mehr als „falsches Therapeutenverhalten“ verurteilt oder gar verleugnet werden; denn im beziehungsanalytischen Ansatz bemüht man sich, diese Gefühle in ihrer

„Bedeutung für die jeweils aktuelle Beziehung zu verstehen. In Konfliktsituationen versucht man dann, den Zugang zu den eigenen Gefühlen, Wünschen und Phantasien aufrechtzuerhalten oder wiederzufinden, da man diese Gefühle, Wünsche und Phantasien braucht, um sich in der aktuellen Beziehungssituation

zu orientieren und sich von seinen Konfliktpartnern abgegrenzt zu erleben“ (Bauriedl 1994, S.68).

So entsteht „mehr Sicherheit und vor allem Eindeutigkeit im Analytiker und deshalb dem Patienten gegenüber“ (ebd., S.69). Dieser bekommt damit eine Orientierung an einer Person und nicht mehr nur an einer Norm. Das heißt: Die Frage: was soll ich tun und wie verhalte ich mich richtig? wird abgelöst durch Fragen, wie: wie geht es mir jetzt? wonach ist mir? was macht mir Angst? was ist mir möglich?

Im Folgenden möchte ich Beispiele aus meiner Therapiepraxis vorstellen. Das erste Beispiel ist ein Ausschnitt aus einer Gruppen-, das zweite aus einer Einzel- und das dritte aus einer Paartherapie. Die Wahl der Settings war dabei von der Erfahrung dessen geprägt, was sich bewährt hat: In eine Gruppe nehme ich z. B. depressive Patienten auf, die sich ihrer Erkrankung schämen; denn in dieser Gemeinschaft können sie erleben, daß sie mit ihrer Symptomatik nicht allein sind, daß sie nicht „dagegen angehen müssen“, sondern daß es möglich ist, im Schutze der Gruppe die Symptomatik kennenzulernen, ihre Beziehung zur eigenen Lebenswelt zu verstehen und neue Bewältigungsmöglichkeiten der zugrundeliegenden Konflikte herauszufinden. In der Einzeltherapie sehe ich Patienten, die viel Raum und Halt für die Beschäftigung mit der eigenen Leidensgeschichte brauchen. Bei der Wahl des Settings der Paartherapie ist mir wichtig, daß im Notfall der Partner als Erster betroffen ist und genau so Hilfe braucht wie der Indexpatient, wobei sich am besten im Paargespräch klären läßt, was dann effektive Hilfe sein kann. Für dieses Setting spricht auch die Erfahrung, daß die Erkrankung des Indexpatienten oft durch neurotische Interaktionen mit seinem Partner bedingt und aufrechterhalten wird, so daß sich der scheinbar Gesunde auf Kosten des Kranken stabilisiert. Psychoanalytisch aufdeckende Arbeit im Paarsetting kann dann den im Symptom gebundenen Beziehungskonflikt in eine offene Auseinandersetzung zwischen den Beziehungspartnern überführen.

In den folgenden Beispielen geht es mir also nicht um eine Diskussion der verschiedenen Settings unter beziehungsanalytischen Gesichtspunkten, sondern darum, wie ich in diesen Settings mit einer beziehungsanalytischen Haltung arbeite:

Beispiel 1 (Gruppentherapie):

Max beginnt die Gruppensitzung mit der Mitteilung, daß er starke innere Unruhe gehabt hätte. Wieso, wisse er nicht. Auf Nachfragen seitens der Gruppe fällt ihm ein, daß er Sorge um seine Frau hatte, die schon längere Zeit an Bauchweh litt und nicht zum Arzt wollte. Er hatte sich nicht getraut zu sagen, daß er Angst hatte, sie könnte Darmkrebs haben; denn er wollte sie nicht „unnötig beunruhigen“. Dazu meint Anna, ihre Tochter habe vor kurzem in einem unangenehmen Streit mit ihr gesagt, sie wolle „lieber sterben“ als weiter darüber reden; das hätte sie doch erschreckt. Da schaltet sich Helga ein und erzählt, sie habe Angst gehabt, daß ihre Mutter wieder depressiv werde und sie damit anstecke. Als die Gruppe fragt, wie es ihr damit gegangen sei, meint sie, sie habe eine starke Migräne bekommen. Hier teilt Maria mit, daß sie wieder getrunken habe. Ein Streit mit dem Ehemann habe sie so sehr in die Angst versetzt, er könnte gehen und sie den Trennungsschmerz nicht ertragen, daß sie wieder trinken mußte. Das veranlaßt Dieter hinzuzufügen, daß er das ganze Wochenende „gefressen“ habe, denn er habe seine „Ex“ getroffen und Angst gehabt, er würde danach „wieder ganz trübsinnig werden“.

Allmählich entsteht in der Gruppe eine depressive Stimmung, die aber niemand direkt anspricht. Nora meldet sich jetzt und klagt, daß sich bei ihr „nichts tut“. Sie habe „einen Kloß im Hals und einen Stein im Magen“, und dazu sei sie „ewig depressiv“. Sie könne nicht einmal mehr richtig schlafen, denn sie „denke pausenlos darüber nach: woran liegt das? woher kommt das? warum ist das so?“ Ich werfe ein: „Sie sagen, was Sie denken, aber was fühlen Sie denn?“ Statt Nora antwortet Irmgard: „Ich habe geträumt, mein Kopf sah meinen übrigen Körper Staub saugen. Dann wurde Essen in den Hals gesteckt. Das fand ich ganz in Ordnung. Aber da sagte eine Männerstimme: Wenn der Kopf nicht bald an den Körper kommt, ist das gefährlich oder tödlich.“ Ihr sei dazu eingefallen, daß ihr Kopf, also das Denken, für sie ganz wichtig sei. Sie fahre nicht einmal mehr Fahrrad, was sie früher häufig getan hätte. Da hätte sie auch ihren Körper gespürt. Sie fügt hinzu: „Vielleicht sollen Kopf und Körper zusammenkommen, damit ich mich spüren kann. Vielleicht geht es ja um Fühlen?“ Ich halte fest, daß es wohl bei allen Beispielen um die Angst gegangen sei, zu fühlen was da ist. Das veranlaßt Katharina zur Mitteilung, daß sie am Wochenende einen Vierstundenfußmarsch gemacht habe: „Danach war ich zer-

schlagen, aber es war trotzdem gut, denn ich habe meinen ganzen Körper richtig gespürt“. Dazu bemerkt Hans, der die ganze Zeit sehr in sich versunken dagesessen hatte, gegen Ende der Sitzung, daß er auch „immer nur denken und grübeln, immer etwas leisten“ müsse, wozu ich sage, daß er doch einmal probieren könne, „nur einfach“ zu fühlen, wonach ihm wäre.

Nach der Sitzung fällt mir auf, daß wir alle gleichsam einen 100-Minuten-Fußmarsch gemacht, aber uns nicht auf die depressive Stimmung eingelassen haben. Wir haben viel gedacht, viel gearbeitet, aber Angst gehabt zu fühlen, was in den Beiträgen an Gefühl anklang und was an Gefühl in uns hätte lebendig werden können.

Die nächste Sitzung eröffnet Hans mit der Mitteilung, daß er die Gruppe verlassen will, weil er mit mir nicht zurechtkommt. Besonders in der letzten Sitzung habe er sich „gemäßregelt und zurechtgewiesen“ gefühlt: was er aus sich heraus bringe, sei wohl nichts wert, stattdessen „soll ich fühlen“.

Daß mir das nahegeht, merke ich erst einmal gar nicht. Ich erkläre sofort, daß ich das ganz anders gemeint habe, nämlich daß er nichts „leisten“ müsse, sondern daß es reiche, wenn er nur fühlt, wie es ihm ist. Das kommt gar nicht an, sondern Hans klagt, daß er alles, was ich sage, in seinem Kopf „übersetzen“ müsse, worauf ich entgegne: „Nicht im Kopf, sondern im Bauch“. Das ist jedoch wie gegen eine Wand geredet. Aber in mir ist auch eine solche Wand - wie ich allmählich merke -, die Abwehr nämlich meiner Angst vor seiner aggressiven Äußerung, daß er gehen wolle, durch eine Normsetzung: Sie müssen nicht denken, sondern fühlen.

Erst als ich spüre, daß wir in eine Verwicklung geraten sind, kann ich etwas Abstand nehmen. Meine Abwehr durch die Festlegung dessen, was falsch und richtig ist, kann ich auflösen in ein Interesse für das, was mir hier in der Beziehung zum Patienten passiert ist. So frage ich nun, woran er denn merken könne, daß ich ihn annehme. Hans: „Wenn ich sein kann, wie ich bin und erzählen darf.“ Dies könne er doch hier, das sei doch die Hilfe, die ich ihm anbiete. Spontan sagt er: „Das haben meine Eltern auch immer gesagt, aber das konnte ich nicht annehmen.“ Dann fügt er weinend hinzu: „Vielleicht habe ich

mich aufgeben. Ich glaube gar nicht, daß ich eine Chance habe, ich glaube, ich habe mich aufgegeben.“

In diesem Moment kann ich Schmerz fühlen und mir - ausgehend von meiner Erfahrung mit Hans - die Szene vorstellen, die er immer wieder mit den Eltern erlebt haben könnte: Er kommt traurig an, die Eltern können nicht hinfühlen, sondern wollen sofort etwas tun, „helfen“, aber das geht nicht. Schuldgefühle und Vorwürfe entstehen, und schließlich fühlen sich alle unverstanden, verlassen und schlecht behandelt.

Als ich mit diesem Bild vor Augen sage: „Ich habe Sie nicht aufgegeben, aber es ist schwer, daß wir in Kontakt kommen“, spüre ich, wie die Wand zwischen uns verschwindet. Hans kann dann auch sagen, daß er sich wünscht, ich würde sagen, er dürfe hier reden, wie es käme. Aber er sei auch mißtrauisch. Da ich mit ihm nicht mehr verwickelt bin, kann ich sagen: „Das können wir uns ja alle einmal ansehen.“ Das ist ihm zu wenig. Er möchte noch mal ganz genau hören, daß er hier - wie es ja auch die Grundregel impliziert - sein kann, wie er jeweils ist.

Als auf diese Weise die Beziehung wieder aufgenommen und geklärt ist, kann er sich auch darüber beklagen, daß er zu Beginn der Therapie sehr hart fand, daß Vorgespräche stattfanden, daß er einen Lebenslauf schreiben mußte usw. Er hätte so gern gehabt, ich hätte ihn nach dem Erstgespräch sofort in die Gruppe aufgenommen - diese Not von Hans kann ich jetzt gut fühlen. Nun können auch andere Gruppenmitglieder erzählen, daß es für sie ähnlich hart war am Anfang - und ich merke, daß ich nicht „erklären“ muß, wieso ich das so handhabe, sondern ich kann den Gruppenmitgliedern nachfühlen, daß sie es schwer hatten und das bestätigen.

Am Schluß dieser Sitzung sagt Hans: „Heute hat es gestimmt. Vielleicht braucht es eine Zeit, bis Vertrauen entsteht, und es gibt kein blindes Vertrauen. Ich denke, ich bleibe in der Gruppe.“ Er hat offenbar spüren können, daß ich ihn in dieser Sitzung verstehen und ohne Angst halten konnte und daß er auch in der Gruppe angenommen war.

Beispiel 2 (Einzeltherapie):

Frau B. wurde von einer Bekannten angemeldet und auch zum Erstgespräch gebracht. Diese meinte, Frau B. sei so depressiv, daß sie allein die Initiative für ein Gespräch nicht ergreife, denn sie sei „im Moment wieder stark selbstmordgefährdet“. Als dann Frau B. vor mir sitzt, sagt sie:

„Ich habe keine Lust mehr. Wenn ich tot bin, bin ich erlöst von dieser Quälerei. Diesen Zustand, diese Schwäche hab' ich schon 10 Jahre. Daß das 'ne Krankheit ist, das will ja keiner verstehen. Mein Mann konnte das nicht begreifen, meine Schwestern nicht, mein Sohn und meine Töchter auch nicht. Die sagen immer: Du hast drei Kinder, du hast zwei Hände und kannst was tun. Ich hab' schon viel versucht, aber was soll ich denn tun?“

Die Patientin wirkt sehr in sich gekehrt. Ich bin schon versucht, auf ihr Angebot „viel versucht“ und „was soll ich tun?“ einzugehen, um die Atmosphäre zu lockern. Dann aber kann ich die Stimmung mehr auf mich wirken lassen und nur sagen: „Das ist aber schlimm.“ Die Patientin bekommt Tränen in die Augen, sagt aber sogleich: „Ich kann nicht weinen“ - was für mich klingt, wie: ich darf nicht weinen. Als ich hier nachfrage, erzählt sie, daß sie schon seit 10 Jahren nicht mehr weinen kann. Damals sei die Mutter an Krebs gestorben, der erst 5 Monate vor ihrem Tod entdeckt worden sei. Die Patientin habe die Mutter gepflegt und sei dabei oft traurig gewesen, woraufhin die Mutter „böse geworden“ sei und gesagt habe: „Hör' auf zu weinen, jeder muß sterben.“ Etwas resigniert fügt die Patientin hinzu: „Die hat nicht verstanden, daß ich so traurig war - und das hat auch sonst keiner, auch mein Mann nicht. Alle haben gesagt, das Leben geht weiter. Aber das ist nur Quälerei. Jetzt bin ich richtig böse auf die Mutter, weil ich die Depression hab' wegen ihr. Ich habe alles weggegeben, was von ihr ist und ihre Fotos verbrannt.“

Die Reaktion der Mutter sei so schlimm gewesen, weil die Patientin vorher immer „alles mit der Mutter durchgemacht“ hat: „daß der Vater die verlassen hat, daß die geschieden worden sind, daß es vorher oft Krach gab“. Die Schwestern hätten sich „rausgehalten“, sie habe „immer geholfen“, sei „immer lieb, aber oft krank“ gewesen, habe „alles geschluckt und eingefressen“ und

„nie“ an sich gedacht: „Ich habe immer nur gearbeitet und habe das gern gemacht. Wenn ich das nur wieder könnte!“

Der Ehemann habe das alles auch nicht verstanden und gesagt, sie müsse doch endlich mal davon loskommen. Vor 1 ½ Jahren sei er plötzlich gestorben. Da habe sie auch nicht weinen können: „Ich bin wie versteinert: ich kann nicht lachen, nicht weinen, ich kann gar nichts mehr, ich bin wie ein Stein.“

Wie ein roter Faden zieht sich durch die Ausführungen der Patientin, daß alle ihr raten, sie solle sich ablenken und wieder am Leben teilnehmen. Das helfe aber nicht, denn sie könne „gar nichts empfinden“. Dabei bleibt ihre Klage: „Depression ist die schlimmste Krankheit, die es gibt, gegen Magengeschwüre könnte ich was tun!“ Doch sie kann auch zwei Wünsche formulieren: „Ich möchte mal wieder richtig weinen können, und ich möchte gerne eine Klinik oder sonst jemand haben, wo man über alles reden kann, denn mit den Kindern oder Nachbarn geht das nicht, die will ich nicht belasten.“

Die Not der Patientin war deutlich spürbar, der Zugang zu ihr zunächst schwierig, weil sich immer wieder die Versuchung einstellte, etwas zu raten. Im Laufe der Erzählungen der Patientin stellte sich in mir nach und nach die folgende Szene ein: Die Patientin ist ein kleines Mädchen. Sie hat gerade etwas Trauriges erlebt und will es der Mutter erzählen. Als sie zu ihr kommt, bemerkt sie, daß Mutter bedrückt ist. Vielleicht gab es wieder Ärger mit Papa. Das Mädchen schluckt die Traurigkeit herunter und, statt zu erzählen, fragt sie: Mama, kann ich dir was helfen? Erfreut sieht das Mädchen, daß sich Mutter ihr zuwendet, der Kummer scheint von ihr abzufallen, und beide gehen in die Küche, wo es für beide Arbeit gibt - daß das Mädchen der Mutter eigentlich etwas Trauriges erzählen wollte, hat sie inzwischen „vergessen“.

Als ich diese Szene entfalte, hört die Patientin interessiert zu und beginnt dann ihrerseits, mit eigenen Erinnerungen eine eigene Szene aufzubauen. Wenn sie auch „alle Fotoalben verbrannt“ hat, hier beginnt sie Worte zu finden und zu fühlen, z. B.:

„Ich wollte immer, daß es Mutter gut hat...ich habe geholfen, wo ich nur konnte...ich habe ein Leben lang geschluckt, immer nur schlucken, das ist

furchtbar...manchmal war ich nur ein Häuflein Elend, aber das hat keiner gemerkt; manchmal habe ich mich im Klo eingeschlossen und heimlich geweint.“

Über diese Szene gewann ich Zugang zum Leid der Patientin und diese einen Zugang zu ihren Gefühlen; denn an solchen Stellen konnte sie nach und nach wirklich weinen. Das war der Anfang einer Einzeltherapie, die 14tägig stattfand und ungefähr zwei Jahre dauerte.

Beispiel 3 (Paartherapie):

Für Frau K. hatte ich das Setting der Paartherapie vorgeschlagen, weil ihr Mann sehr unter ihrer Depression litt, ihr auch helfen wollte, aber immer wieder erlebte, daß seine Hilfsangebote nicht ankamen.

Als Beispiel nun ein Ausschnitt aus dieser Paartherapie:

In der Therapie war lange Zeit Thema gewesen, daß Frau K. keine eigenen Wünsche entdecken konnte und hoffte, daß ihr Mann „Ideen“ hätte. Dieser wiederum wollte „nicht immer nur Motor sein, sondern auch mal angeregt werden“. Beide fühlten sich vom anderen nicht verstanden, schilderten aber dann nicht ihre Verlassenheitsgefühle oder auch ihre „innere Leere“, sondern vermittelten, daß sie „irgendwie alleine zurechtkommen“. Das „ein-zige Problem“ war oft „die Langeweile“, aber da könne man sich ja mit Sport (Herr K.) oder Lesen bzw. Haushalt (Frau K.) „ab-lenken“.

Ich versuchte immer wieder das Paar anzuregen, ihre Gefühle wahrzunehmen, merkte aber allmählich, daß dies zu einer Routineintervention wurde. Auch ich funktionierte als Therapeut, fühlte aber nichts. Als mir das aufging, fiel mir der Lebenslauf von Herrn K. ein. Er hatte geschildert, daß die Eltern in zweiter Ehe verheiratet waren, daß „nie Kontakt“ zu den Halbgeschwistern bestanden hatte, daß er aber zu seiner Mutter „ein herzliches Verhältnis“ hatte und sie „immer dafür gesorgt“ hatte, „daß mir nichts fehlte“. Zum Vater schreibt er:

„Mein Vater ist gestorben, er war Alkoholiker, und ein Verhältnis bestand nie. Trotz allem hatte ich eine schöne Kindheit.“

Wie kann man eine schöne Kindheit haben, wenn kein Kontakt zum Vater und zu Halbgeschwistern besteht und zudem eine Alkoholproblematik in der Familie vorliegt? fragte ich mich auf einmal; und ich stellte mir vor, daß die Mutter alle Gefühle des Sohnes - vor allem die schmerzlichen - mit Aktivität zugedeckt hat. So hatte sich auch Herr K. gegenüber seiner Frau verhalten, und das hatte sich in meiner Beziehung zu diesem Paar wiederholt. Ähnlich wie Herr K. zu seiner Frau sagte: „Ich weiß gar nicht, wieso du depressiv bist, uns geht es doch gut“, hatte ich dem Paar signalisiert: Fühlen ist doch ganz einfach, wieso tun Sie das nicht?

So kann man nur sprechen und denken, wenn man selbst nicht fühlt. Dann kann man auch bei aller Anstrengung sein Gegenüber nicht verstehen, und dieses bleibt in der Gegenwart des anderen unverstanden und allein. Das ging mir auf einmal auf, eigene Erinnerungen und Erfahrungen kamen hoch, belebten mich, und ich begann in der Therapie darüber zu sprechen, wie wohl Herr K. als Kind gefühlt haben könnte, wenn er Vater betrunken erlebte und gern mit ihm gespielt hätte usw.

Es dauerte eine Weile, ehe Herr K. zulassen konnte, daß Mutters gut gemeinte Hilfe (z. B. „Wenn Papa keine Zeit hat, dann machen wir beide was Schönes zusammen.“) dennoch eine schmerzliche Seite hatte: er hatte eben Vater doch vermißt, wie schön auch immer die Situationen mit der Mutter waren. Hier konnte sich auch Frau K. einbringen, die Ähnliches in ihrer Kindheit erlebt und die gleiche Abwehr wie ihr Mann kultiviert hatte. Beide merkten auf einmal, daß der Optimismus von Herrn K. und die depressive Haltung von Frau K. die gleiche Wurzel hatten: Schutz vor Schmerzen und Ängsten, die entstehen, wenn Lebenswünsche enttäuscht werden und sich nicht entfalten können.

An dieser Stelle haben beide verstanden, daß sie von Kind an immer viel „eingesehen“ und „sachlich diskutiert“ haben, aber dennoch „nie richtig zufrieden“ waren. Dies brachte eine Wende in die Therapie. Das Paar konnte sich nun z. B. gemeinsam getroffene „vernünftige Lösungen“ nochmals ansehen und prüfen, ob die Lösungen auch vom Gefühl her stimmten. Dabei wurde für Herrn K. schwierig, daß er auf einmal „Ängste“ fühlte - was er bis dahin „nie für möglich“ gehalten hatte. Es dauerte eine Zeit, ehe er richtig merken konnte, daß er damit auch seiner Frau näher kam und daß sie sich allmählich von ihm

mehr verstanden fühlte, was wiederum Frau K. ermöglichte, sich auf ihre Gefühle einzulassen und sie nicht mehr in Depression untergehen zu lassen.

Ausblick:

Wenn ich mich mit dem Umgang mit Depression beschäftige, fällt mir oft der Film „Hiroshima mon amour“ ein, den ich vor über 30 Jahren erstmals gesehen habe. Damals habe ich zum ersten Mal bewußt den Konflikt zwischen der Notwendigkeit, die Gefahren wahrzunehmen, und der Angst, dieses Wahrnehmen sei nicht auszuhalten, erfahren. Diesen Konflikt zwischen Lebens- und Sicherheitsinteressen sehe ich auch beim Umgang mit Depression im Kleinen, also in der Therapiesituation, wie im Großen, d. h. in der Gesellschaft.

Im kleinen wie im großen stellt sich die Frage: stelle ich mich dem Leid, nehme ich wahr, wer ich bin und wie die anderen sind, welche Ängste und Wünsche fühlbar sind, so daß persönlich verantwortetes Handeln entstehen kann oder lasse ich mich nicht berühren, so daß ich funktioniere, durch Depression gelähmt bin und mich ja notfalls auch umbringen kann?

Der Wunsch, aus der Depression herauszukommen und wieder gesund zu werden, wird heute oft gleichgesetzt mit dem gesellschaftlichen Diktat, „gut drauf sein“ zu müssen. „Spaß sofort“ und um fast jeden Preis ist für viele Menschen eine Norm geworden. Gefühle wie Trauer, Mitleid, Verzweiflung, Entsetzen, aber auch Empörung, Zorn oder Schmerz stören dieses Glücksdiktat und bergen die Gefahr, aus der Gemeinschaft ausgeschlossen zu werden, weil man „nicht positiv denkt und fühlt“ - was man denken und fühlen soll -, sondern den Wunsch hat, selbst herauszufinden, welche Gefühle und Gedanken sich jeweils einstellen.

Wenn man die Depression als Kompromiß zwischen den Lebenswünschen und den Sicherheitsinteressen des Patienten versteht, dann bedeutet beziehungsanalytische Beschäftigung mit Depression nicht Beihilfe zum Verharmlosen und Ablenken, sondern heißt, mit dem Patienten in einen Prozeß eintreten, der ihn wieder „ganz“ macht, so daß er wieder „voll“ und eigenverantwortlich am Leben teilnehmen kann. Dann sind nicht mehr so einengende Fragen wie: was hilft denn jetzt noch? oder was wirkt am besten und am schnellsten? leitend,

sondern umfassende Fragen wie: wo kommen wir her? wo gehen wir hin? wer sind wir denn wirklich?

Literatur

Pohlmeier, H. et al. (1978): Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung. Bonn (Keil)

(1980): Depression und Selbstmord. Neue Erkenntnisse, Untersuchungen und Informationen. Bonn (Keil)

Fürstenau, P. (1992): Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München (Pfeiffer)

Bauriedl, Th. (1994): Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Stuttgart (Internationale Psychoanalyse)

Lene Löwer

Erinnerung an Dr.Thilo Grüttner – „Na haben Sie es sich wenigstens schön bequem gemacht...? Mit einer Tasse Kaffee und einem Kissen und so...“

Ich kam zum Glück schon in einer recht frühen Phase meiner Ausbildung am IPR/AKJP in den Genuss einer Fallsupervision von Dr. Grüttner. Irgendwie hatte mich mein Weg schnell zu dem Mann geführt, dessen Praxisschild in „meinem“ Heimatdorf prangte.

Ich kam mit einem Fall einer Sechsjährigen zu ihm, die ihre insgesamt vierköpfige Familie vehement und lautstark terrorisierte. Sie bockte, verweigerte, trotzte und erschien so motzig, dass ich ehrlich beeindruckt war. Ich hatte den Fall von einer Kollegin überwiesen bekommen, die sie mit den Worten: „Das ist das motzigste Kind der Welt – eine Mozzarella“ bei mir vorstellte. Auch ich bekam den Zorn der Patientin schnell zu spüren und klagte in der SV mein Leid, wenn ich das Mädchen zu bewegen suchte, mir in den Behandlungsraum zu folgen oder Spiele am Stundenende wieder einzuräumen – man könnte sagen: ich war sehr bemüht es der Patientin irgendwie „nett“ zu machen, damit

sie mich gnädig mit ihrer Anwesenheit beehrte. Diese Klagen veranlassten Dr. Grüttner in der Regel nur zu einem Schmunzeln und einer mäßig beeindruckten Reaktion. Als das Mädchen sich weigerte die Treppe zum Behandlungsraum zu erklimmen und ich gleichzeitig wusste, dass die Mutter abwesend war und nicht einschätzen konnte, ob „Mozzarella“ das Institut nicht einfach eigenmächtig verlassen würde, sah ich mich gezwungen, 50 Minuten der Stunde mit ihr im Warteraum des Instituts zu verbringen. Mein Supervisor erkundigte sich nach meiner Schilderung trocken: „Na haben Sie es sich wenigstens schön bequem gemacht...? Mit einer Tasse Kaffee und einem Kissen und so... “ – ich war nicht sicher, ob er mir richtig hatte folgen können, denn ich hatte - aus meiner Sicht - recht eindrucksvoll geschildert, unter welchem Stress ich gestanden und wie lange sich die Zeit gezogen hatte und wie schlimm das für mich war.

Was ich deutlich vernahm, war ein Kichern, „Na – das wichtigste ist doch, dass es Ihnen gut geht. Sonst geht gar nichts.“ – ich wurde stutzig. Das leuchtete mir nun ein – hatte ich mich diese Botschaft doch schon diverse Male an verschiedenste Elternpaare entsenden hören. Hm (denk). „Was glauben Sie wie das zu Hause bei denen läuft?“, fragte er mich. „Die Eltern schildern Terror“, sage ich „die macht zu Hause was sie will“. „Genau, und bei Ihnen auch“. Diese Antwort löste zunächst stummen Protest bei mir aus, leuchtete allerdings ebenfalls ein. Ich dachte nach – Dr. Grüttner blieb auf seinem Weg: „Ist Ihnen klar, dass Sie mit ihrem Wunsch, dem Mädchen alles Recht zu machen, bestätigen, dass die Patientin ein Recht dazu hat, motzig zu sein und alles zu bestimmen?“. Das machte nun für mich vollends Sinn und ich malte mir aus, wie ich mit einer Tasse Kaffee dem nächsten Schauspiel der Sechsjährigen zusehen würde und amüsierte mich schon heimlich dabei. Dazu kam es leider nie, da eine solche Situation nie wieder entstand, aber es amüsiert mich noch heute und der schlaue Appell meines damaligen Supervisors, fällt mir in heutigen Fällen in meiner Praxis oft ein, wenn ich mich gedrängt fühle, Patienten alles recht zu machen, damit Sie sich auch mindestens „wohl genug“ fühlen.

Zunächst gilt (auch ein Bild von Dr. G.): bei Druckverlust im Flugzeug: Erst die Atemmaske für sich selbst anlegen und dann schauen, wem man wie helfen kann. In diesem Sinne, denke ich oft an Dr. Grüttner und bedauere sein plötzliches Verscheiden als einen argen Verlust.

Barbara Westphalen

Als junge Mutter lernte ich Tilo Grüttner in den 1970-iger Jahren in einer neu gegründete Elterninitiative (damals Schülerladen) in Köln-Deckstein kennen. Nach den damaligen demokratischen Erziehungsvorstellungen sollten seine Tochter Ruth und sein Sohn Pascal nach dem Summerhil-Modell betreut werden. Die Mitarbeit der Eltern war in dem Konzept bindend. Schon damals war er offen für neue Ideen in der Kindererziehung.

Jahre später, absolvierte ich ein Anerkennungsjahr als Sozialpädagogin in der Erziehungsberatungsstelle Euskirchen, die er leitete. Dort lernte ich ihn als einen wohlwollenden aber strengen Lehrer kennen, der von seinen Mitarbeitern großes Engagement erwartete. Aber Tilo geizte auch nicht mit theoretischen und praktischen Wissen. Zu seinen Mitarbeitern gehörte unter anderen Herr Dipl.-Psych. Werner Pohlmann, der derzeit Lehranalytiker am IPR-AKJP ist. Es war ein interessantes Team, das arbeiten und feiern konnte. Beeindruckend blieb mir in Erinnerung, dass Tilo von seiner Kindheitserfahrung bei seinen Verwandten (Vater und Mutter hatte er früh verloren) sprach, die sehr sparsam lebten. Ein Satz von damals: „ Ein Hering in der Mitte des Tisches ist zum Inspirieren für alle da.“. Wir mussten darüber schmunzeln, aber lernten dadurch seine Bescheidenheit kennen. Surfen und besonders seine gern betriebene Sportart Kung Fu, das ihn ein Leben lang begleitete. Im Kung Fu kamen seine außerordentlichen Fähigkeiten, wie Einfühlen, Ausweichen, Kräfte ableiten zum Einsatz. Dieser Kampfmodus schien durch seine Kindheitserfahrungen im Osten Deutschland geprägt zu sein und wurde schließlich zu seiner Charakterstärke seines Berufslebens. Seine Arbeit in den 'psychoanalytischen Müttergruppen' in der EB Euskirchen fand ich sehr beeindruckend. Dort lernte ich nicht nur viel über Gruppendynamik sondern auch über die allgemeinen Sorgen der Mütter.

Als ausgebildete Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin saß ich als einzige AKJP-lerin gemeinsam mit Tilo in dem Arbeitskreis Psychosomatik Köln-Erftkreis. Dieser Kreis wurde von Herrn Dr. Helmut Kretz (Heinrich-Meng-Institut, Brühl), 1982 gegründet. Ferner gehörten zu diesem Kreis: Dr. med. Hartmut Thieme (Kinderpsychiatrie Köln, Pionierstr.), Herr Dr. med. Walter Schurig (Via Mentis-Klinik für Psychosomatische Medizin in Düsseldorf), Frau Dr. med. Elisabeth Seiniger, Psychiaterin in Brühl, Herr Dipl.-Psych. Hans Schmitz, Psychoanalytiker, Brühl, Dipl.-Psych. Werner Pohlmann, Psychoana-

lytiker, Köln, Frau Heike Stuhmann, Psychoanalytikerin in Brühl und einige mehr sind noch heute Mitglieder dieses Arbeitskreises. Im Jahr 2002 übernahm Tilo Grüttner den Arbeitskreis als Leiter des Qualitätszirkels. Ab 2005 führt Herr Dipl.-Psych. Hans Schmitz den Qualitätszirkel weiter. Auch in diesem QZ brachte sich Tilo mit seinem Wissen und den pragmatischen Überlegungen vielfältig und kreativ ein.

Tilo Grüttner war von 2006 bis 2010 Vorsitzender des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Im Rheinland. Als ein guter Organisator leitete er gemeinsam mit Sibille Boldt (Ausbildungsleiterin), Frau Barbara Tack-Wagner (Ambulanz), Frau Christine Schüller (Vorsitzende der Lehrtherapeutenkonferenz) und Frau Monika Zimmermann (Geschäftsführerin) das Institut. Hier lernte ich wiederum Tilo als sehr strukturierenden, pragmatischen und klugen Dozenten kennen, der seine Seminare sehr lebendig gestaltete. Das 5-köpfige Team brachte das IPR-AKJP erfolgreich weiter.

Nachdem Tilo die Leitung an Herrn Reiner Brüggemann abgegeben hatte und Herr Reiner Brüggemann gemeinsam mit Frau Ulrike Hadrich und Frau Monika Zimmermann das IPR-AKJP leitete, war er weiterhin im Unterrichtsausschuss konstruktiv tätig. Er praktizierte weiterhin als Lehranalytiker und Supervisor. Die Kandidaten schätzten ihn sehr. Am 09. Mai 2017 verstarb Tilo für uns plötzlich und überraschend. Ich denke, dass ich im Namen der gesamten Kollegen des IPR-AKJP, der Kandidaten und der von ihm ausgebildeten Kinder- und Jugendlichen-Analytiker sowie Kollegen des Arbeitskreises Psychosomatik ihm danken kann, dass wir uns glücklich schätzen können, ihn so viele Jahre als einen außerordentlich fachlich hoch kompetenten Menschen in unserer Mitte gehabt haben.

Vorwort zum Artikel über „das Fremde“ von 1991 von Juliane van Wyk

Michael Naumann-Lenzen

Juliane van Wyk gehörte einer Generation von PsychoanalytikerInnen an, die in noch ganz anderer Weise, als dies bei mir der Fall war, durch die Schule der ich-psychologischen Orthodoxie gegangen ist. Ich war bereits während meiner Ausbildung seit den späten 70er Jahren in Berlin selbstpsychologisch 'infiziert' und der Weg zur Rezeption der empirischen Säuglings- und Bindungsforschung war dadurch gleichsam folgerichtig vorgezeichnet. Es folgten Jahre, in denen ich mich intensiv mit den Befunden der Affekt-, Trauma- und Neuroentwicklungsforschung sowie mit der Evolutionspsychologie auseinandersetzte.

An ebendieser Schnittstelle kam es im Spätsommer 2016 mit Juliane zu einer für mich denkwürdigen Begegnung. Ich kannte Juliane aus Vorträgen und aus Diskussionen, die wir über Jahre in der IPR-Metagruppe geführt hatten. Ihre Präzision und Bedachtsamkeit der Gedankenführung hatte ich schon immer geschätzt, aber noch viel mehr ihre bis zu ihrem Tode präsente, neugierige Entdeckerfreude, die auch vor den noch immer spürbaren Denkverboten der Psychoanalyse nicht halt machte.

Juliane hatte mich kurz vor unserem Treffen um das Manuskript meiner Beiträge zu einem Buch gebeten, bei dem ich zusammen mit Eckhart Neumann als Herausgeber firmierte. Kurz darauf erhielt ich von ihr eine Mail, in der sie mich zu einem Gespräch bei ihr zuhause einlud. Mehrere Stunden saßen wir an diesem lauen Spätsommerabend auf ihrem Gartenbalkon zusammen und diskutierten meine Texte. Dass und in welchem Umfang diese bei ihr auf Zustimmung trafen, erstaunte mich zwar, aber noch mehr berührte mich, wie sie mir dabei ihren eigenen Weg als Psychoanalytikerin schilderte und dabei insbesondere auf ihre seit den späten 90er Jahren zunehmend vollzogenen Revisionen ihrer bisherigen Positionen und Überzeugungen zu sprechen kam. Die Anstöße, durch die sie sich allmählich aus dem – wie sie es nannte – „Zwangskorsett der Orthodoxie“ löste, waren dieselben wie in meinem Fall. Juliane sprach mit Bedauern davon, diese Anstöße nicht schon früher zur Kenntnis genommen zu haben und fügte hinzu: „die Zeit, die uns dann noch

bleibt, ist ja immer zu kurz“. Da ich zum damaligen Zeitpunkt über ihre Erkrankung nicht Bescheid wusste, kann ich jetzt erst ermessen, was sie mir damit sagen – und doch nicht sagen wollte.

Juliane hatte begonnen, sich intensiv mit den neuesten traumatheoretischen Entwicklungen zu beschäftigen, stieß dabei aber auch auf die Anfänge dieser Geschichte bei Pierre Janet. Dies ist dokumentiert im letzten INFO-Heft 2016/17, S 41ff in ihrem sehr lesenswerten Beitrag ‚Blick zurück im Zorn oder Blick zurück nach vorn?‘ Dass sie damit auch ein sehr praktisches Interesse an einer konzeptuell-behandlungstechnischen Weiterentwicklung der Psychoanalyse verfolgte, zeigt der Umstand, dass sie in die EMDR-Ausbildung einstieg.

Als ich jetzt ihren nachfolgenden Artikel von 1991 las und bei dem Passus über „primäre Feindseligkeit“ stockte, kam mir nochmals die Diskussion in unserer letzten Metagruppe in den Sinn (wir erörterten Joachim Bauers Buch ‚Schmerzgrenze‘) und ich fragte mich: welche Position hätte Juliane heute, 26 Jahre später, wohl eingenommen? Ich vermute, eine sehr andere.

Wir geben ihren Beitrag „Die Sicht des Fremden“ dennoch als ein zeitgeschichtliches Dokument wieder, das Juliane van Wyks Auseinandersetzung vor einem Vierteljahrhundert mit dem heute hochaktuellen Thema der Faszination und Angst durch „das Fremde“ zeigt.

Ich werde, wir werden Julianes ernste Klugheit, ihr breites Wissen und ihre Entdeckerfreude, ihre unaufgeregte, verbindliche Haltung und ihre Wärme schmerzlich vermissen. Ich hätte mir noch viele Gespräche mit ihr gewünscht.

Die Sicht des Fremden

Juliane van Wyk (1991)

Psychoanalytische Betrachtungen eines vertrauten Phänomens

Aus *Enfant t.*, 1991 (4) 66-74



Die psychoanalytische Haltung lenkt ihre Aufmerksamkeit gerade auf jene Bereiche, in denen Fremdheit oder anders ausgedrückt „Unbewußtheit“ eine zentrale Rolle spielt. Und dies ganz wörtlich genommen, in der Annahme, daß solch Fremdes - Unbewußtes uns veranlassen kann, Rollen zu spielen, über die wir dann auch in späterem, inneren und äußeren zeitlichen Abstand entsprechend befremdet oder erschreckt sein können und uns oder vielleicht auch einen bis dahin vertrauten Anderen „nicht mehr verstehen“.

In den psychoanalytischen Behandlungen suchen wir das „Verdrängte“, das „Abgespaltene“, das „Verleugnete“, das sich in Symptomen verdichtet, in Fehlleistungen durchsetzt oder in Traumata auftaucht, wieder bewußt zu machen. Wir mochten die ungewollte „Wiederkehr des Verdrängten“ vermeiden und es dem Betroffenen wieder zur Verfügung stellen, auch unter der Annahme, daß das Leben ohne dieses Fremde ärmer und eingegrenzter ausfallen muß, oder aber auch unberechenbarer und gefährlicher wird, sowohl im Bereich eines einzelnen Schicksals als auch einer Gemeinschaft.

Das Ausmaß der Fremdheit bestimmen die kultur- und gesellschaftsspezifischen Sozialisationsprozesse, in denen wir aufgewachsen und in die wir eingebunden sind, die wir als „ichsynton“ erleben und die unser bewußtes Erleben und Handeln bestimmen. Die Normen und Forderungen des „Über-Ichs“ nannte dies S. Freud - Strukturen, die im Laufe des Heranwachsens gebildet und verinnerlicht werden, fundierende Prozesse zur Übernahme der Kultur.

Kulturentwicklung läßt sich sowohl als individueller als auch als kollektiver Vorgang verstehen und es stellt sich die Frage, in wie weit sich Gesetzmäßigkeiten und Analogien finden lassen, die eine gemeinsame Betrachtung erlauben. In kollektiver Sicht erleben wir Gefühle abgestufter Fremdheit im Zusammenhang

mit Phänomenen wie Hexenwahn und Menschenopfer, Rassenhaß und Krieg oder auch im Verhältnis und Kampf der Geschlechter zueinander. Hier drücken sich gemeinsam geteilte Phantasien und Vorstellungen aus, die Sicherheit und Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppierung garantieren.

In individueller Sicht ist es der Bereich der Ideale und Lebensziele, der Toleranz und sozialen Identität, aber auch der Umgang mit Macht und Irrationalität, Gewalt und Aggressivität, der uns persönlich ein Gefühl von innerer Sicherheit, Stabilität und Kontinuität vermittelt und darüber entscheidet, ob wir uns im Einklang mit uns selbst oder im Zustand innerer Zerrissenheit befinden.

Als S. Freud einem ungarischen Freund, der ihm ein Buch über Geisteskrankheiten und Irrenanstalten geschickt hatte, erst verspätet dankte, was er in der ihm eigenen Weise natürlich analysiert hatte, entschuldigte er sich mit der Begründung: „Ich gestand mir endlich, daß ich diese Kranken nicht liebe, daß ich mich über sie ärgere, sie so fern von mir und allem Menschlichen empfinde. Eine merkwürdige Art Intoleranz als Folge vielleicht einer immer deutlicher gewordenen Parteinahme für das Primat des Intellekts, der Ausdruck einer Feindseligkeit gegen das Es.“

Es wäre wichtig, sich dabei vorzustellen, daß die genannten „Irrenanstalten“ zu jener Zeit ganz anders aussahen, als es unsere heutigen Anstalten tun. Bedauernswerte Geschöpfe symbolisierten in bizarrer Manier ihre innere zerbrochene Welt und boten dem Beobachter Einblick in einen Bereich unheimlichen Schreckens, einer archaischen Möglichkeit des Menschlichen.

Es sind die psychischen Erkrankungen, die uns im individuellen Bereich darüber Auskunft geben, daß es in den unbewußten Tiefen unseres Selbst Unheimliches, Wildes und Fürchterliches gibt, von dem wir im Sozialisationsprozeß Abstand nehmen müssen, was wir verdrängen und abwehren, was uns dann erschreckt und befremdet. Aber in kultureller und sublimierter Aussage, in Mythen, Erzählungen und Geschichten können wir es auch wieder fasziniert annehmen, weil wir es unbewußt kennen.

Als S. Freud 1919 seine Arbeit *Das Unheimliche* schrieb, beschäftigte ihn besonders diese Janusköpfigkeit, diese Doppelung von Faszinierendem und Verbotenem, der er im Seelischen eine gewisse Entlastungs- oder Ventilfunktion zuschrieb.

Die Bildung einer Persönlichkeit vollzieht sich an der Leitlinie des kulturellen Erbes und der individuellen Natur, ist Synthese und Kompromiß, Übereinkunft auf der Grundlage gegenseitiger Zugeständnisse. Ähnlich gestattet auch jede Kultur gewissen Phantasien, Trieben und anderen Manifestationen des Psychischen, ebenso wie Wahrnehmungen der Realität, den Zutritt ins Bewußsein und verlangt, daß andere verdrängt werden. Unbewußt muß all das werden, was die Stabilität einer Kultur bedroht. Das gesellschaftlich Unbewußte ist jener Teil des Individuums, den es gemeinsam mit der Mehrzahl der Mitglieder seiner sozialen Klasse teilt. Wer auf Neues, von der Kultur nicht Akzeptiertes stößt, muß auch all die Ängste, Schuldgefühle und Verunsicherungen ertragen, die aufgrund jener Verbindungen im Unbewußten zustande gekommen sind.

Was die Stabilität einer Gesellschaft in Gefahr bringen konnte, kann aber nun nicht im eigentlichen Sinn zerstört, sondern nur unbewußt gemacht werden, im kollektiven Prozeß ebenso wie in der individuellen Entwicklung. Es sind die sozialen und persönlichen Ängste, die diese Inhalte davon abhalten, als solche wieder ins Bewußtsein zu treten, mögen wir auch unbewußt intensiv mit diesen Inhalten und den sie begleitenden Schuldgefühlen beschäftigt sein.

Mario Erdheim spricht in diesem Zusammenhang von der Gesellschaftlichen Produktion von Unbewußtheit, und er befaßt sich als ethnopsychoanalytischer Forscher mit der Entstehung und Ausgestaltung kultureller Strukturen. Er formuliert für den gesellschaftspolitischen Prozeß die Anwendung der analytischen Entwicklungspsychologie des Individuums auf kollektive Phänomene, und sein Verdienst besteht dann, in der Makrostruktur Analogien zur Mikrostruktur erforscht und beschrieben zu haben. Jenen Ängsten, die auftreten, wenn man an die Grenzen des Tabus stößt, begegnet er in seinen Untersuchungen ebenso wie wir in unseren Behandlungen, wenn wir versuchen, die frühen Identifizierungen zu bearbeiten. Und jeder lernt sie kennen, wenn er versucht, quer zu denen, sich als einzelner gegen eine allgemein akzeptierte Ideologie zu stellen.

So läßt sich die Funktion des Unbewußten auch im Dienst der Herrschenden betrachten. Unbewußtheit wird Voraussetzung zur Herrschaft, wobei sich im psychischen Raum etwas Ähnliches ereignet wie in staatlichen Systemen, wo die störenden Individuen in bestimmten Einrichtungen eingesperrt und ausgegrenzt werden, wie das Beispiel der Irrenanstalten zeigte oder wie es sich am Beispiel der Zensur und der Gefängnisse im staatlichen Bereich demonstrieren läßt. Am Beispiel der aztekischen Kultur erläutert Erdheim Sinn und Struktur kultureller Forderungen: „Die aztekischen Krieger legitimierten ihr Herrschaftssystem durch den Mythos, die Sonne brauche Menschenblut und -herzen, um sich am Himmel zu bewegen. Würden ihre Opfer nicht stattfinden, ginge die Welt unter. Mit Freud ließe sich sagen: Wir wissen ja, daß die Sonne kein Blut braucht, um ihre Kreise zu ziehen - was mag die Azteken zu diesem sonderlichen Glauben geführt haben?“

In den großen rituellen Festlichkeiten, die den Leib vieler junger Männer zur Opferung und zur kannibalistischen Kommunion freigaben, lassen sich Versuche erkennen, die Macht der Herrschenden zu festigen, gemeinsame Identifikationen zu schaffen und den Sittenkodex zu demonstrieren.

Indem die Gewalt außermenschlich, außerirdisch war, war ein solches System auch kaum in Zweifel zu ziehen. Wer würde schon die Gefahr einer abstürzenden Sonne, eines Weltuntergangs riskieren? Die stammesinterne Bedrohung durch den Neid und die Gier der heranwachsenden jungen Männer wurde ins Kosmische projiziert und durch Opfer gesühnt. Die Opfer wurden vergöttlicht und verinnerlicht, das heißt auf einer primitiven oralen Stufe gegessen. Indem sie den Mythos teilten, waren sie etwas Gutes geworden, das man sich nun einverleiben und zu einem Teil seines Selbst machen konnte. Der aztekische Mythos ermöglichte es den Herrschenden, sich von ihren Kindern zu nähren, und sie idealisierten sie dafür.

So fremd und archaisch uns dieser Mythos auch anmuten mag, auch wir haben unsere Opfer der Gewalt und entsprechende Mythen, sie zu idealisieren. Der Mythos vom tapferen Soldaten, der für das Vaterland auf dem Feld der Ehre stirbt, knüpft hier ebenso an wie die Idealisierung einer bestimmten Frauenrolle, die ihr Leben auf Verzicht und Opfer gründet und dafür auf spätere Belohnung hofft. Auch wir opfern auf dem Altar der Sonne, wenn wir diese als

Symbol für narzißtische Herrschafts-, Größen- und Allmachtsphantasien verstehen können.

Die Mythen unserer Zeit müßten genauso analysierbar sein wie die Mythen vergangener Zeiten. Man sollte akzeptieren, daß jede Idee und jede Ideologie untersuchbar ist. Das verhindert in keiner Weise ihren Wert oder ihre Bedeutung, es geht dabei um eine andere Dimension. Aber unsere narzißtische Kränkbarkeit lehnt sich häufig gegen die Untersuchung dieser Dimension auf. Es stellt sich die Frage nach unseren Phantasien über Ideen des Weltuntergangs, auch wenn es sich dabei nur um schlichte politische Ideologien handelt. Es stellt sich auch die Frage nach unserer Verführbarkeit, wenn es darum geht, diese Ideologien zu rechtfertigen, entsprechende Opfer zu suchen und unsere Aggression und das Böse auf Außenstehende zu projizieren. Nicht nur der Golfkrieg, sondern schon die nukleare Hochrüstung sind Ausdruck solcher Prozesse, in denen man sich vor dem „Bösen“ zu schützen versucht, was unbewußt geworden ist und dem Fremden, dem Feind zugeschrieben bleibt. In den Kriegen finden dann die großen ritualisierenden Opferungen statt, bricht das Unheimliche, das Fremde auf beiden Seiten durch. Hier wird deutlich, daß es um gemeinsame Teile des Unbewußten geht, die Gemeinsamkeit besteht paradoxerweise aber gerade in der Fremdheit und mündet in die gemeinsame Erfahrung der Zerstörung, aus der dann der Mythos vom Sieger und Besiegten sich erhebt wie der Phönix aus der Asche.

Freuds Theorie zeigt den Menschen mit einer sehr komplexen inneren Struktur ausgestattet. Diese innere Struktur verändert sich, wird durch Erfahrungen modifiziert, die von innerer oder auch von äußerer Realität sein können. Aber wenn Erfahrung die Struktur modifiziert, so vermittelt Struktur auch Erfahrung, es ist die Art, wie wir die Dinge sehen und einordnen. Dies bestimmt, wie der Mensch auf eine Erfahrung reagiert, und diese Reaktion kann ebenfalls wieder entweder innerlich oder äußerlich sein. Struktur, Erfahrung und Reaktion sind auch voneinander unabhängig und können so untersucht werden. Die Geschichte lehrt uns, daß Menschen nicht nur liebenswürdige Geschöpfe sind, die nichts anderes erstreben als geliebt zu werden, und die sich nur verteidigen, wenn sie angegriffen werden. Sie sind im Gegenteil mit mächtigen aggressiven Trieben ausgestattet, und wegen dieser primären Feindseligkeit sind auch die menschlichen Gemeinschaften immer wieder vom Zerfall

bedroht. Es braucht Opfer, um die Aggressionsneigung einzudämmen, und der kultivierte Mensch leistet diesen Verzicht um den Preis einer größeren Sicherheit in einer Gemeinschaft. Aber das Akzeptieren des Verlustes der phantasierten und gewünschten Allmacht im Rahmen der Grenzen des Selbst und der Realität ist offensichtlich nicht leicht. Oft bleibt eine Haltung der Auflehnung, hinter der sich eine Problematik von Verlassenheit, narzisstischer Kränkung und Depression oder Wut verbirgt. Damit das soziale Leben erträglich ist, braucht es Bedingungen, die eine kontinuierliche und dosierte Entladung der unterschwelligten Spannungen erlauben. Der „Vorteil“ eines geschlossenen Kulturkreises ist, daß er einen Ausweg in der Befehdung des Außenstehenden gestattet. Die diesem Phänomen zugehörige Projektion rechtfertigt durch den Mechanismus des Sündenbocks, unter dem Vorwand, „das Böse auszurotten“, die kriminellen Handlungen gegen diejenigen, die als Feind bezeichnet werden. Schon F. Nietzsche stellte fest: „Wer mit sich unzufrieden ist, ist fortwährend bereit, sich dafür zu rächen. Wir anderen werden seine Opfer sein.“

Während sich der Modus der Projektion durch den Lauf der Geschichte als gleichbleibend verfolgen läßt, haben sich die Ziele und Inhalte der Projektionen aber verändert, was auch mit der Entwicklung von Wissenschaft, Kultur und Bewußtsein zusammenhängt. Von der kosmischen Projektion sind wir in unserem Kulturkreis weitgehend abgerückt, finden sie allerdings noch in den Phantasien unserer Kranken, sozusagen als Ausdruck einer archaischen Erbschaft. Wenn wir die Ideengeschichte seit der Aufklärung untersuchen, so sind es zum Beispiel für Rousseau mit dem „Guten Wilden“ oder für Marx mit den schlechten Produktionsverhältnissen ausschließlich die sozialen Institutionen, die den Menschen degradieren, während es nach der Idee Freuds die Triebe sind. Man konnte, ihm folgend, sagen, es seien der Neid und die Eifersucht, die Schwächen und ihre Kompensationen, die die menschliche Gesellschaft immer wieder bedrohen.

Auch W. Reich hat in Massenpsychologie des Faschismus die Dynamik der menschlichen Not beschrieben, anders sein zu wollen als er ist. Das Böse wird mittels tiefliegender Projektionsmechanismen dem Juden, dem Zigeuner oder in anderen Bezugssystemen dem habgierigen und habgierigen Bourgeois zugeschrieben. Gegen sie schreibt Feindseligkeit die Endlösung vor, den Krieg, die Vernichtungslager, die Gulags. Dies findet dann Ausdruck und Ausführung

durch den homo fanaticus, Zerstörung im Namen der Suche nach einer idealen Welt.

Abseits von diesen umfassenden sozialen und politischen Prozessen, die uns als Gruppe, Staat oder Staatengemeinschaft beschäftigen, richtet sich die psychoanalytische Haltung auf die individuellen Formen der Fremdheit und Zerstörung. Zerstörung durch Entfremdung von sich selbst bzw. von Teilen des Selbst.

Masud Khan sieht in diesem Prozeß die Grundlage für die Entstehung der perversen Strukturen, indem dem Individuum verwehrt wird, seine eigene Fühl- und Denkwelt zu entwickeln, indem es unter dem Bann eines einsozialisierten falschen Selbst bleibt. Dies bedeutet aber gerade eine Einschränkung seiner Fähigkeit zu lieben und befriedigende menschliche Beziehungen herzustellen, was dann wieder der Ausgangspunkt für Gefühle von Neid, Destruktivität und Haß ist.

Schon in der Literatur begegnen wir vorwegnehmend diesem Problem, zum Beispiel in dem schattenlosen Peter Schlemihl, einer Seelenverschreibung im Teufelspakt, die mit Spott und Verachtung der Welt verbunden ist. Auch das Doppelgängermotiv beschrieb jenen Teil, der dem „Ich“ immer und überall, mit besonders katastrophaler Wirkung in der Liebe, hindernd in den Weg tritt. Hier wird nicht das Problem der Projektion, sondern das der Spaltung und Vervielfachung des Ich behandelt, das als Schatten oder Spiegelbild auftaucht und uns in den literarischen Vorlagen in vielen Personen, von Dorian Gray bis Alpenkönig und Menschenfeind, entgegentritt. Der Impuls, sich von dem Fremden und Unheimlichen in uns zu befreien, gehört zu den tiefsten menschlichen Problemen. Dabei wird die Relevanz des Unbewußten durch eine doppelte Funktion bestimmt. Es erscheint einmal als eine Art Orkus, in welchem all das verschwindet, was nicht bewußtseinsfähig ist, und zum anderen als ein Reservoir von Kräften, das die Kreativität von Menschen speist. Im ersteren Fall ist das Unbewußte, das Fremde, der Ort, der, wie ein kosmisches schwarzes Loch, alle Phantasien, Wünsche und Wahrnehmungen aufschluckt, die das von der Gesellschaft mitgeprägte Bewußtsein nicht zulassen darf, und im zweiten Fall ist es der Ort, von dem die schöpferischen Impulse ausgehen, die zur Schaffung neuer Möglichkeiten führen.

Wenn die psychoanalytische Haltung ihre Aufmerksamkeit gerade auf jene Bereiche lenkt, versucht sie beide Möglichkeiten zu erfassen in dem Bestreben, sie zu verbinden und zu befreien ebenso wie ein plötzliches Ausbrechen oder ein Leben in innerer Einschränkung und Verarmung zu verhindern.

Dies hat eine bewußt dialektisch-emanzipatorische Funktion gegen Anpassung und Unterdrückung. Der sich ständig erweiternde Dialog mit sich selbst und den inneren Objekten, der zu mehr innerer Freiheit durch Selbstbewusstsein gelangt, könnte eine Mikrostruktur sein, die als Vorlage dient für den grenzüberschreitenden Dialog auch mit äußeren Fremden und Objekten.

Alfred Lorenzer beschreibt den psychoanalytischen Prozeß als ein Abarbeiten der Differenzen, eine Art dialogischer Annäherung unterschiedlicher Innenwelten, im Verständnis von Analysand und Analytiker, die mit unterschiedlichen Vorannahmen in die Begegnung kommen. Die Frage nach den Entstehungsbedingungen dieser Vorannahmen in der persönlichen Lebensgeschichte ist ein zentrales Thema, und da zeigt sich dann auch, wie unter sozialer Einengung wieder viel verschüttete Kreativität zum Vorschein kommt - wenn der Dialog gelingt und wieder verflüssigt werden kann, was auf unterschiedlich rigide Weise in früher Sozialisation gebunden werden mußte.

Begegnung mit sich selbst wie Begegnung mit anderen ist immer auch Begegnung mit Fremdheit, Unheimlichkeit und verschiedener gesellschaftlicher Unbewußtheit. Als solche kann sie zu einer Integration von Schatten, Spiegelbild oder: Doppelgänger führen und Gelegenheit geben, manche geistigen Zwänge zu sprengen, denn Denkverfassungen sind auch Gefängnisse in langen Zeitabläufen. Diesen Ansatz der psychoanalytischen Haltung auf gröbere soziale und politische Strukturen zu übertragen, könnte auch ein Schritt zu vermehrter innerer und äußerer Friedfertigkeit sein.

Harm Stehr

Liebe Juliane

In unsere Trauer um Deinen zu frühen Tod mischt sich tiefe Dankbarkeit für unsere Freundschaft, für unsere Zusammenarbeit und für das, was Du uns, Deinen Kolleginnen und Kollegen, gegeben hast, und das unsere Erinnerung speist.

Zahllose junge Kolleginnen und Kollegen hast Du klug und einfühlsam in Lehranalysen, Supervisionen und Seminaren begleitet und angeleitet. Im Weiterbildungsausschuss hast Du immer viel Verständnis für die Situation des Kandidaten, ihre subjektive Situation und ihre äußeren Belastungen vertreten.

Viele Jahre warst Du aktives Mitglied des INFO-Redaktion und unseres Arbeitskreises „Metatheorie“. Du warst schon ab 1993 bei dem ersten INFO dabei, das bis 1999 bestand. Wenn man die damaligen Hefte heute durchsieht, erfährt man wie vielfältig Deine Interessen waren und wie viel Freude Du am Lesen und Schreiben, am Durchdringen einer Thematik hattest. Unzählige Berichte über Veranstaltungen des Instituts, Buchrezensionen, Filmkritiken und eigene Beiträge zur psychoanalytischen Kultur und Gesellschaftstheorie und zur Geschichte der Psychoanalyse und unseres Instituts stammen aus Deiner Feder. Erinnerung sei an Deinen Beitrag bei der „IPR-Werkstatt“ 1991 mit dem Thema „Was fällt uns zu Deutschland ein“. Du gingst der Frage nach: „Wie unpolitisch sind die Deutschen? - Auf der Suche nach Zeichen der deutschen Identität“. In fiktiven „Werkstätten“ im Abstand von jeweils 10 Jahren von 1941 bis 1991 reflektiertest Du, was man wohl zu dieser Zeit zu dem Thema gesagt hätte. Was hättest Du wohl heute, 25 Jahre später, dazu gesagt?

Ab 2007 entstand das neue INFO wesentlich auf Deine Initiative. Immer neue Themen hast Du aus Deiner Kreativität und der Fülle Deiner Belesenheit bearbeitet und darüber im INFO geschrieben. Herausragend ist dabei Deine Recherche über Günther Elsässer, einen der Gründungsväter des IPR, in der NS-Zeit - typisch für Dich ist Deine differenzierte Betrachtung und sorgfältige Abwägung statt einer vorschnellen Verurteilung.

In unserem Arbeitskreis Metatheorie hast Du vielfältige Themen eingebracht aus den Bereichen Psychoanalyse, Affekttheorie, Neurobiologie und Entwicklungspsychologie. Gemeinsam begannen wir, uns der intersubjektiven Theorie der Psychoanalyse zuzuwenden. Zunehmend aber interessierten Dich Traumatheorie und -behandlung. Dabei hast Du Dich auch mit der Lebensgeschichte der in der NS-Zeit verfolgten und vertriebenen Psychoanalytiker beschäftigt - namentlich Hans Keilson und Henry Parens - und mit der Widerspiegelung ihrer Traumatisierungen in ihrem Werk.

Du hast Dich nie gescheut, auch die „Kärnerarbeit“ für das IPR mitzutragen. Von 1993 bis 95 warst Du als Mitgliedervertreterin der Psychoanalytiker und von 1995 bis 99 als Geschäftsführerin im Vorstand des IPR, damals noch in der Klosterstraße. An der Gestaltung des 40-ten Institutsjubiläums 1998 mit dem Motto „Einheit und Vielfalt“ und der daraus entstandenen Festschrift hattest großen Anteil.

Damals zeigten sich die ersten großen Spannungen zwischen den damaligen Sektionen PA und AKJP, und Du hast Dich für Ausgleich der Interessen und Zusammenhalt eingesetzt. Als die Trennung 2005 dann unvermeidlich geworden war, gehörtest Du zu denjenigen, die vehement für die Fortführung eines gemeinsamen Mitgliederinstituts eingetreten sind, für das Du dann als Vorsitzende von 2007 bis 2011 zunächst gemeinsam mit Reiner Brüggemann und später mit Gundel Graetschel Verantwortung übernommen hast.

Dein letzter Vortrag auf der Werkstatttagung des AK Metatheorie 2016 hatte den für Dich bezeichnenden Titel „Blick zurück im Zorn oder Blick zurück nach vorn.“ Es ging um die Kontroverse zwischen Sigmund Freud und seinem französischen Vordenker und Konkurrenten bei der Entdeckung des Unbewussten, Pierre Janet. Du hast den Vortrag enden lassen mit einer Phantasie, oder soll man sagen mit einem Traum. Was hätte sich alles daraus entwickeln können, wenn die beiden Entdecker zusammengearbeitet hätten, statt zu konkurrieren? Wie viele Irrungen und Verwirrungen hätten vermieden werden können? Rückblickend erscheint diese Phantasie wie Dein Vermächtnis.

Du warst durchaus kämpferisch, hast Dich leidenschaftlich eingesetzt, vor allem für die Belange der Patienten und der Lernenden an unserem Institut, für

neue Ideen und gegen Dogmatismus. Deine Position war stets wohl überlegt und gut begründet. Du hast immer die Hand ausgestreckt für gegenseitiges Verstehen und für Verständigung mit den anders Denkenden. Du hattest die Kraft zur Auseinandersetzung und zugleich zur Integration. Aus diesen beiden Kräften leben geistiger Fortschritt und lebendige Entwicklung. Das ist sicher einer der Gründe, warum Dein Wort so viel zählte und Du so geachtet warst.

Deine Auseinandersetzungs- und Integrationsfähigkeit war gespeist aus der Haltung, die subjektive Position des Anderen zu achten und verstehen zu wollen, ohne die eigene Subjektivität aufzugeben. Das war Deine gelebte intersubjektiv-psychoanalytische Haltung

Dabei bist Du uneitel und zurückhaltend geblieben, was deine Person anbelangte. Über Deine persönlichen Verhältnisse und auch Belastungen hast Du öffentlich nie gesprochen, und wir sollten es auch hier so halten. Nur eines: Du warst auch in der Vergangenheit oft gesundheitlich belastet, aber Du möchtest nie Mitleid oder besondere Schonung. So ist es vielen von uns verborgen geblieben, wie krank Du zum Schluss bereits warst.

Hoffentlich bleiben Dein Wirken und Du selbst in uns weiter lebendig, damit wir als Institut lebendig und kreativ bleiben, wie Du es warst, und uns streiten können, ohne uns zu zerstreiten.

Franz Herberth

Juliane ist gegangen. Meine Kollegin, Freundin, Weggefährtin über Jahrzehnte. Sie war mit Herz und Seele Psychoanalytikerin. Psychoanalyse bedeutete für sie die Vision einer emanzipatorischen zwischenmenschlichen Praxis, welche die Menschen innerlich freier macht. Und zwar gerade auch jene Menschen, die Psychoanalyse als Beruf betreiben. Insofern stellte sie sich mutig und konsequent gegen jede Form von patriarchalisch-autoritärer Anmaßung, gegen Selbstgerechtigkeit und Beckmessertum. Entsprechend hatte sie in der Kollegenschaft nicht nur Freunde. Sie war Streitbar, loyal und ehrlich, sie konnte unbequem sein und blieb es noch über ihren Tod hinaus. Der posthum gegen sie erhobene Vorwurf der 'Krankheitsgeheimhaltung/verleugnung' hat nochmals geradezu beispielhaft gezeigt, mit welchen Entwertungen sie zu kämpfen hatte, weil sie immer konsequent ihren eigenen Überzeugungen gefolgt ist. Juliane wusste sehr genau, wie es gesundheitlich um sie steht und dass sie nicht mehr lange zu leben hat. Sie hat sehr genau überlegt und entschieden, wem sie davon erzählt. Juliane ist gegangen. Ich vermisse sie.

Ute Moini-Afchari

Bei einer unserer letzten Begegnungen bat ich Juliane van Wyk meinen Text zu lesen, den ich zu Intersubjektivität in Gruppen veröffentlichen wollte. Sie meldete mir bei unserem nächsten Treffen zurück, es sei ein guter Text. Ich sollte ihn veröffentlichen. Sie sagte: „Wir brauchen so was.“ Wir haben über Jahre gemeinsam auf diese Weise gearbeitet und nun, da sie gestorben ist, trage ich vieles unserer gemeinsamen Arbeit in mir. Ich kann jetzt sagen, dass ich eine Abstammung habe. Mein Denken und Fühlen ist von ihrem geprägt. Das ist mir sehr wichtig und ich bin ihr dankbar dafür.

Bericht zum Vortrag von Prof. Dr. Dr. Christian Schubert im IPR

Psychoneuroimmunologie - Ein Paradigmenwechsel?

Sarah Drost

In seinem Vortrag vom 20.10.2017 gab uns Herr Prof. Dr. Dr. Christian Schubert (Universitätsklinik für Medizinische Psychologie, Innsbruck) einen Einblick in sein Forschungsgebiet der sog. Psychoneuroimmunologie (PNI). Dieser noch recht junge Bereich ist dem Gebiet der Psychosomatik zuzuordnen und beschäftigt sich - vereinfacht ausgedrückt - mit der Wechselwirkung zwischen Psyche, Gehirn (Nervenzellen und Neurotransmitter) und Immunsystem (Immunzellen und Zytokine).

In seinem Vortrag beschrieb er zunächst das sog. biopsychosoziale Krankheitsmodell als Grundlage seiner Forschungen. In der Anwendung dieses Modells in der PNI werden drei Ebenen - biologische, psychologische und soziale Faktoren - sowohl bei der Entstehung von Krankheit als auch bei der Immunantwort berücksichtigt. So reagiert beispielsweise das biologische Immunsystem auf Krankheitserreger und/oder schädigende äußere Einflüsse mit der Antwort (einem Anstieg) von entsprechenden Immunzellen, das psychologische Immunsystem mit entsprechenden psychischen Reaktionen wie beispielsweise abwehrendem Erleben (z.B. Angst, Ekel) und Verhalten (z.B. Flucht) und das soziale Immunsystem mit Abschottung vor Fremden (z.B. wenig extravertiert sein).

Interessante Einblicke wurden im Verlauf des Vortrags in aktuelle Forschungsergebnisse gewährt. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zu geben scheint zwischen bestimmten Entzündungsparametern, die bei Krankheiten und Beeinträchtigungen erhöht sind (z.B. Interleukin-6 bei Bluthochdruck, Osteoporose und bei Krebs, aber auch bei Depression und Gebrechlichkeit) und negativen körperlichen Konsequenzen, wie z.B. verzögerte Wundheilung sowie geringere Lebenserwartung. So konnten Kiecolt-Glaser et al. (2003) in ihrer Langzeitstudie zeigen, dass Personen durch das Pflegen von Angehörigen mit Alzheimer sog. „Pflegestress“ erleben. Bei den Pflegenden wurde ein durchschnittlicher Anstieg des Interleukin-6 Levels gefunden, der bis zu 4-mal höher war, als bei Personen ohne Pflegestress.

Dieser starke Anstieg wiederum führte zu vorzeitigem Altern des Immunsystems mit erhöhter Krankheitsrate und geringerer Lebenserwartung bei den Betroffenen.

Andererseits gibt es auch Faktoren, die positiv auf das Immunsystem wirken: Kontrollerleben, Selbstwirksamkeit und das sog. eudaimonische Wohlbefinden, das mit Aspekten wie dem Erleben von Sinnhaftigkeit des Lebens, Autonomie und positiven sozialen Beziehungen assoziiert wird, scheinen zu einer Verringerung von Entzündungsproteinen, z.B. Interleukin-6 bei Stress zu führen. Teilweise scheinen genannte Faktoren auch die Beziehung zwischen Stress und dem Anstieg von Entzündungsproteinen zu moderieren.

Interessante Ergebnisse wurden auch hinsichtlich der Auswirkungen psychotherapeutischer Interventionen auf die Immunantwort beschrieben: So zeigen sich offenbar konstante Ergebnisse bei klassischer Konditionierung, Hypnose und Achtsamkeitsübungen. In einer Studie von Buske-Kirschbaum et al. (1992) wurde gefunden, dass das Immunsystem bzw. die Aktivität der natürlichen Killerzellen bei Probanden klassisch konditioniert werden konnte. In einer anderen Arbeit von Olness et al. (1989) gelang es den Forschern sogar, das Immunsystem bei Kindern mittels Selbsthypnose via Audiotape zu aktivieren.

Aufgrund der wechselseitigen Beeinflussung der verschiedenen Faktoren betonte Prof. Schubert, dass es in der Forschung im Gebiet der PNI notwendig sein wird, neue Studiendesigns zu entwickeln, mit denen die zeitlichen Verzögerungen, von beispielsweise Immunantworten, bestimmte Reaktionsmuster (bi - vs. multiphasisch) sowie bestimmte Wirkrichtungen (psycho-biologisch und/oder bio-psychologisch) abgebildet werden können. Dies sei mit den bisherigen Ansätzen kaum möglich. Er plädiert für integrative Einzelfallstudien, mit denen Untersuchungen über einen längeren Zeitraum hinweg unter Einbezug verschiedener Faktoren möglich sind.

In diesem Forschungsansatz ist eine deutliche Parallele zur Psychoanalyse erkennbar. Wir arbeiten letztlich ebenfalls mit Einzelfallstudien, bei denen über einen längeren Zeitraum hinweg mit sehr spezifischen Beobachtungen auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. Bericht des Patienten, subjektives Erleben des Therapeuten, szenisches Geschehen zwischen beiden) gearbeitet wird. Oft werden

diese in der gängigen medizinischen Forschung jedoch als unwissenschaftlich abgetan, da hier keine großen Fallzahlen erreicht werden können.

Prof. Schubert präsentierte ein anschauliches Beispiel für eine solche Einzelfallstudie: Untersucht wurde eine 49-jährige Patientin mit Brustkrebs, bei der über einen längeren Zeitraum hinweg Entzündungsparameter wie Neopterin und Interleukin-6 im Urin gemessen wurden. Zudem wurden mittels Fragebögen emotional bedeutsame Lebensereignisse eruiert, positive wie auch negative, die dann mittels Zeitreihenanalysen mit den genannten Entzündungsparametern in Zusammenhang gebracht wurden.

Die Ergebnisse zeigten, dass Alltagsstressoren, wie z.B. ein ungeklärter Wasserschaden, der für die Patientin einen wiederholten, konflikthaften Kontakt mit Handwerkern erforderlich machte, zu einem spezifischen Anstieg der oben genannten Entzündungsparametern führte. Dieser Anstieg wiederum spricht für ein verändertes, beeinträchtigtes Immunsystem, das wiederum einen Rückfall begünstigen könnte. Emotional positive Erlebnisse, wie beispielsweise Chorproben oder Veranstaltungen ihrer Kinder, führten dagegen zu einem Abfall der Parameter.

Als Fazit ist festzuhalten, dass das psychischen Wohlbefinden und die körperliche Gesundheit untrennbar miteinander verbunden sind. Dies erscheint auf den ersten Blick altbekannt, jedoch gelang es Prof. Schubert mit seinem Vortrag, den Zuhörern faszinierende Einblicke in Forschungsergebnisse und Studiendesigns auf völlig neuem Niveau zu gewähren, da hier erstmals Immunantworten auf Zelllevel untersucht werden konnten.

Positive Faktoren, wie stabile positive Beziehungen und Selbstwirksamkeit, können Entzündungsparameter senken und dadurch letztlich Erkrankungen entgegenwirken. Prof. Schubert betont, dass „psychoimmunes Verhalten“ aktiv herbeigeführt werden kann, beispielsweise durch Interventionen, die die Selbstheilungskräfte stärken.

Letztlich ist also anzunehmen, dass auch wir durch unser psychoanalytisches Arbeiten dazu beitragen, „psychoimmunes Verhalten“ und somit die Gesundheit unserer Patienten zu fördern.

Ein Umdenken der medizinischen Forschung in Richtung der von Prof. Schubert vorgeschlagenen integrativen Einzelfallstudien würde auch die Erkenntnisse aus unseren analytischen Behandlungen nutzbar machen, da sich dann auch unsere Daten in der gängigen somatischen Forschung abbilden ließen. Dies wiederum würde nicht nur einen enormen Erkenntnisgewinn für psychoanalytische wie für somatische Wissenschaftler erbringen, sondern auch den wünschenswerten Schritt der Psychoanalyse zurück an die Hochschulen begünstigen.

Intersubjektivität in Gruppen

Moini-Afchari

„Wenn ich spüre, dass Du spürst, dass ich spüre ...“

Als Ärztin habe ich im Rahmen meiner Ausbildung eine Gruppenselbsterfahrung gemacht. Damals habe ich erfahren, dass ich vieles von dem in der Gruppe erlebt habe, was ich zuvor in der Einzel-Selbsterfahrung besprochen hatte. Dadurch wurde es mir plastischer und zugänglicher. Bis heute sind mir die inneren Bilder des Zusammenspiels in Gruppen eine Hilfe, um mich in Einzelbehandlungen zu dezentrieren, d.h. in eine reflektierende Position zu kommen. An diesen Phänomenen von Bereicherung würde ich Sie gerne teilhaben lassen, vor allem, nachdem ich in der Theorie der Intersubjektivität dafür Worte gefunden zu haben glaube.

Die intersubjektive Wende hat das Augenmerk von Trieben, Affekten und unbewussten Phantasien hin zum regulativen Umgang mit den damit zusammenhängenden innerseelischen Zuständen in den frühen Beziehungen und analog in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient verschoben. Mein Ziel ist es, zu zeigen, wie durch die Teilnahme an Gruppen das Verständnis für eine solche Sichtweise des therapeutischen Prozesses gefördert werden kann. Das Mit-dem-anderen-in-Kontakt-sein und seine wirk- und heilsamen Phänomene sind in Gruppen besonders gut zu erleben und werden durch die Multiperspektive der Gruppe verständlicher.

1. Zur Theorie der Intersubjektivität

Hierzu werde ich mich zunächst auf Überlegungen der Boston Change Process Study Group um Daniel Stern (2012) beziehen.

Schon Winnicott (1968) dachte das Selbst nicht mehr in der Trennung vom Objekt, sondern als intersubjektiv konstituiert. Jedem von Ihnen ist wahrscheinlich sein Ausspruch vertraut: „So etwas wie ein Baby gibt es nicht“, den er in einer Streitsituation gemacht haben soll und mit dem er die primäre Bezogenheit erfasste. In den letzten Jahren hatten wir die Freude, Jessica Benjamin und Chris Jaenicke hier zu Gast zu haben. Jessica Benjamin betont, dass es erforderlich

ist, den Subjektstatus des anderen anzuerkennen, um selbst Subjekt zu werden und in Beziehung zum anderen zu kommen (Benjamin, 1990). Für Chris Jaenicke (2016) entsteht das Selbst in der Differenzierung vom anderen. Das Selbst entwickelt sich durch die Festigung eines Kerngefühls von Kohärenz und Wohlbefinden. (Beides Wirkfaktoren der Gruppe.) Hierbei wird die Fähigkeit, sich mit den Augen der Anderen sehen zu können, intersubjektiv als Voraussetzung für die Entstehung eines Gefühls eigener Identität betrachtet. Sie sehen: kein Selbst ohne den anderen.

Das hier skizzierte intersubjektive Verständnis des Selbst beeinflusst den Blick auf das therapeutische Geschehen. Es wird nicht länger ein isolierter seelischer Apparat sowie die konflikthafte Dynamik seiner inneren Strukturen betrachtet. Vielmehr werden intrapsychische Vorgänge immer im Kontext einer Beziehung gesehen.

Damit wird auch die psychoanalytische Situation zu einer intersubjektiven Begegnung, in der Analytiker und Patient subtil aufeinander reagieren. Das Bewusstsein dafür ist gewachsen, dass beide dazu beitragen, die jeweilige Übertragung und die therapeutische Beziehung aktiv zu gestalten. Wir wissen längst, dass es keine Möglichkeit gibt, sich diesem Prozess des Involviertwerdens zu entziehen. Gerade Passivität (Schweigen und Zurückhaltung) als Ausdruck falsch verstandener Abstinenz ist eine Form von Handlung, die intensiv auf den Patienten einwirkt.

2. Wie geschieht Veränderung?

Im intersubjektiven Verständnis geschieht Veränderung nicht allein durch Deutungen im Sinne eines Bewusstmachens des Unbewussten. Vielmehr spielt, die Art der Begegnung, das „Etwas-Mehr“, eine entscheidende Rolle für die Wirksamkeit von Interventionen. Es gibt sozusagen zwei sich ergänzende Ebenen: Deutungen setzen jenseits des 2. Lebensjahrs an, wo es schon Sprache gibt. Sie stellen einen semantischen Vorgang dar, der das Verständnis des Patienten umorganisieren kann.

Präsenz, intuitive Resonanz und Empathie schaffen zugleich ein sicheres Feld und setzen prozedurale Prozesse in Gang, die das implizite Beziehungswissen

erweitern. Wesentlich sind hierbei Gegenwartsmomente, in denen unser Inneres sehr kleine Wahrnehmungseinheiten miteinander zu einer Gestalt verbindet, also erfasst: was passiert da eigentlich zwischen mir und dem anderen?

3. Wie gestaltet sich das Aufeinander einlassen?

Die Bostoner Gruppe geht auf der Basis der Säuglingsforschung davon aus, dass sich die Dyade zwischen Therapeut und Patient in einem ständigen Abstimmungsprozess befindet. Dies impliziert keine Symmetrie zwischen den Interakteuren, sondern setzt lediglich eine bidirektionale Beeinflussung voraus. Zwei Menschen regulieren gemeinsam die Beziehung. Das ist vergleichbar damit, wenn eine Mutter und ihr Baby gemeinsam die optimale Haltung für den Stillvorgang suchen. Neben kleineren Unterbrechungen kann es auch zu Brüchen – „(dis)ruptures“ – kommen, z.B. wenn das Baby vor Aufregung die Brust nicht finden kann. Dann beruhigt und unterstützt die Mutter das Baby und achtet sorgsam auf dessen Reaktionen. Das Kind seinerseits reagiert ganz sensibel auf die Signale der Mutter, bis der „repair“ gelingt. Dieser Abstimmungsprozess wird als moving along bezeichnet und fordert authentisches Engagement und Wahrnehmung der Art und Weise des Zusammenseins mit dem Anderen.¹

Wenn die Verständigung nach einem Bruch gelingt, entsteht etwas Neues. Im Miteinander kommt es zu einem Wechsel der Affekte.

Der Moment der Begegnung zwischen der stillenden Mutter und ihrem Baby verändert die intersubjektive Umwelt und damit das implizite Beziehungswissen.

Aktuelle „Konzepte legen nahe, dass der Säugling nicht das Objekt selbst oder Partialobjekte internalisiert, sondern vielmehr den Prozess der wechselseitigen Regulation (Beebe und Lachmann 1988, 1994; D. N. Stern 1985, 1995; Tronick und Weinberg 1997)“ (Stern et al., 2012, S. 26).

¹ Ein Beispiel dafür, dass die Abstimmung auf die subjektiven Bedürfnisse und Ziele des Anderen einen Wachstumsimpuls geben kann, ist die klinische Beobachtung, dass Kleinkinder in der Lage sind, einen Tag-Nacht Rhythmus zu entwickeln, wenn sie in Abstimmung auf ihre Bedürfnisse gefüttert werden. Bei Kindern, die (unabhängig von ihren Bedürfnissen) in einem festen Rhythmus (z.B. alle drei oder vier Stunden) gefüttert wurden, stellte sich der Tag-Nacht-Rhythmus deutlich später ein.

Die Bostoner Gruppe sieht den therapeutischen Prozess als eine gemeinsame Suchbewegung und eine geteilte Erfahrung von Stimmigkeit und affektiver Übereinstimmung, die dem Eingestimmtsein der Mutter gegenüber dem Kleinkind nicht unähnlich ist. Stern betont, dass eine gelungene Deutung die Affektabstimmung braucht. Der Patient vermutet sonst, der Analytiker habe lediglich seine Technik (aus dem Lehrbuch) angewandt, und fühlt sich nicht gemeint. Die Deutung würde dann weit weniger wirksam sein. Ausdrücklich weist Stern darauf hin, dass therapeutische Prozesse ungenau und unberechenbar sind und eine exakte Wiederholung derselben Situation nicht möglich ist. Man denke an Standardsituationen im Fußball: Sie können diese zwar üben, aber sie werden sich dennoch jedes Mal ein kleines bisschen anders und ganz individuell ausgestalten. Es geht also darum, offen zu sein für Neues und Unerwartetes.

4. Was bedeutet das für die therapeutische Beziehung?

In Momenten der Begegnung sind die Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte auf ein Minimum reduziert und es geht um die Persönlichkeiten der Akteure, die miteinander ins Spiel kommen. Rollenvorgaben sind relativ ausgeblendet und der Analytiker tritt als Realperson in Erscheinung. Es entsteht ein neuer, offener Raum, der ein sich-voneinander-Lösen ermöglicht, sowie eine Veränderung oder Neuorganisation der Abwehrprozesse. „Tronick hat diesen umfassenderen Zustand“, der mehr umfasst als das, was jedes System allein erzeugen könnte, `als dyadische Erweiterung des Bewusstseins bezeichnet‘“ (Stern et al., 2012, S. 29). Stern spricht von der emergenten Eigenschaft, die den subjektiven Kontext verändert, Benjamin vom dynamischen Dritten.

Die Bostoner Gruppe betont die Wichtigkeit und Wechselseitigkeit von Anerkennungsprozessen: „Ich spüre, dass du spürst, dass ich spüre ...“ (Ebd. S.80). Sander spricht vom besonderen Augenblick des Erkennens, wenn das Kind sich dessen bewusst wird, dass es einem anderen bewusst ist, was in seinem eigenen Bewusstsein vor sich geht, z.B. beim Erlernen eines Wortes. Diese wiederkehrenden besonderen Augenblicke lassen eine Art von neuer Kohärenz im Bewusstsein des Kindes entstehen.

Auch für die therapeutische Situation gilt: Wenn der Augenblick des Erkennt-Werdens erreicht wurde, ereignet sich ein Wechsel in der selbstregulierenden

Organisation im Sinne von Entlastung und Entspannung (Schwaber, 2013). Benjamin (2016) betont, dass die Anerkennung der Mutter für die Not des Säuglings eine sichere Bindung schafft und das Gefühl von Sicherheit und Handlungsfähigkeit in einer berechenbaren, verlässlichen Welt.

5. Was bedeutet das für die therapeutische Haltung?

Hier komme ich zu Evelin Schwaber. Sie empfiehlt, die Reaktionen des Patienten auf unsere therapeutischen Interventionen wahr- und ernst zu nehmen, und betont, dass wir die innere Realität des anderen weder korrigieren, noch nach unseren eigenen Wertmaßstäben beurteilen sollten, „sondern sie einfach entdecken und ihre inhärente Logik erkennen und vielleicht sogar anerkennen“ (Schwaber, 2013, S. 16).

Während Freud noch glaubte, dem Patienten seine verzerrte Wahrheit wegnehmen und ihm eine neue geben zu müssen, um ihm zu helfen (Rüth-Behr zitierte in diesem Zusammenhang Freud: Die negative ÜT muss zerstört werden.) formuliert Jessica Benjamin, dass wir erst dann in eine hilfreiche Beziehung kommen können, wenn wir uns ganz auf das subjektive Erleben des Gegenübers einlassen, allerdings ohne uns selbst dabei zu verlieren. Nach Schwaber könnte der Analytiker sich „gerade auf die Diskrepanz zwischen beiden Wahrnehmungen beziehen und diese als Hinweis verstehen, dass sich in der Perspektive des Patienten eine noch zu begreifende Wahrheit verbergen könnte“ (Schwaber, 1992, S.1042). Nach Benjamin fördert die Anerkennung des Affekts durch den anderen „die integrative Funktion der Emotionen innerhalb des Selbst. Diese Integration reduziert Übererregung und vergrößert das Fenster für Affekt-Toleranz. Das macht deutlich: Nicht die Wahrnehmung (negative Übertragung) muss zerstört werden, sondern es geht darum, gemeinsam regulierend damit umgehen zu können, was die Wahrnehmung im Patienten auslöst.

Auch im Supervisionsverständnis führt dies zu Veränderung: Gerade hier erweitert Anerkennung die Möglichkeiten, etwas erkennen, ertragen und kommunizieren zu können. Hierdurch vergrößert sich wiederum das Feld der gegenseitigen Anerkennung. Der Kandidat kann dann besser hinschauen und etwas annehmen. Statt um Korrektur geht es (im Optimalfall) um ein gemeinsames

Entdecken und ein Verstehen dessen, wohin die Intervention des Supervisanden geführt hat: Was hat sie ermöglicht oder was hat sie vielleicht auch verhindert? Dies bietet auch die Möglichkeit, sich zu FehlAbstimmungen und Brüchen zu bekennen.

Intersubjektiv bekommt Abstinenz eine andere Bedeutung: Das Entwicklungsinteresse des Patienten hat Vorrang vor den Wünschen des Analytikers. Die Rückfrage „Interessiert es Sie, was ich darüber denke?“ eröffnet ein intersubjektives Feld. Eine Frage zu ergänzen mit „Das interessiert mich.“ – „Ich frage nach.“ – „Sie sehen schon.“ ist intersubjektiv. Ich sage gerne: „Das kennen Sie von mir, ich bin da neugierig.“

6. Anwendung auf Gruppen

Vieles von dem, was heute erst für uns verständlich ist, hat Foulkes bereits vor über 50 Jahren gesagt. Man könnte sagen: Der Abstimmungsprozess ist jetzt am Punkt von Stimmigkeit und Wachstum. In gewissem Sinne denkt Foulkes (1964) intersubjektiv, wenn er die Trennung von Körper - Seele und Individuum - Umgebung als künstlich erachtet. Daher könne der Analytiker seinen Patienten nur verstehen, wenn er dessen Feld, seine Eingebundenheit, seine Lebenssituation genau kenne. Diese ganzheitliche Grundüberzeugung findet sich in seinem Konzept der transpersonalen Gruppen-Matrix wieder, die man auch als intersubjektive Gruppen-Matrix bezeichnen könnte. Dabei wird alles durch das Feld und dessen Kräftespiel bestimmt. Foulkes vertritt die Ansicht, dass das Ganze eine Wesensgemeinschaft bildet, die der Einzelinhalt nicht besitzt, womit er das Phänomen der Emergenz von etwas Neuem beschreibt: das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. Er vergleicht die Teilnehmer einer Gruppe mit Nervenzellen, die nicht als einzelne eine Leistung erbringen, sondern deren neuronale Funktionen ganzheitsbezogen sind. Die Individuen seien Knotenpunkte dieses Netzwerks, die es erzeugen, während sie von ihm durchwirkt werden. Das Verhältnis Individualität zu Gruppe sieht er als Figur-Grundphänomen. Insofern gibt es für ihn keine Individualität ohne Gruppe. Entsprechend der intersubjektiven Sicht, die den Konflikt als Figur vor der Bindung als Hintergrund sieht, ist für Foulkes die Gruppe immer als Ganzes Hintergrund für jede Aktivität des Einzelnen, einschließlich des Grup-

penanalytikers. Er sieht die Gruppe als einen Prozess ständig sich ändernder Wechselwirkungen eines jeden Gruppenteilnehmers mit einem jeden anderen.

Für Foulkes ist es die Grundhaltung des Gruppenanalytikers, der Gruppe auf deren Weg zu folgen. Er meint damit eine Bereitschaft, sich führen zu lassen und von der Gruppe zu lernen. Hierbei handelt es sich um eine wohlüberlegte Aktivität im Zuhören, Aufnehmen und Annehmen und nicht etwa um Passivität. Foulkes und Anthony (1957) bezeichnen den Gruppenanalytiker als teilnehmenden Beobachter. Er partizipiert, akzeptiert Rollenzuschreibungen (Übertragungen) und macht sich zum Teil des bestehenden Problems. Dabei setzt er seine eigenen Gefühle ein, blickt Konflikten als Realperson ins Auge. Foulkes sagt, der Leiter stelle sich als Person zur Verfügung und wirke „hinter der Bühne“ wirken. (Er solle sich nicht in grandioser Art in den Mittelpunkt stellen müssen, sondern um seine Kompetenz bemüht sein.) Er sollte nicht unter dem Zwang stehen, alles zu verstehen und perfekt sein zu müssen. Daher sollte er auch ertragen können, etwas ungedeutet zurückzulassen. Foulkes betont die Wichtigkeit einer triebfreundlichen Atmosphäre.

Noch erwähnen möchte ich eine Formulierung von Bion (1990). Um deutlich zu machen, dass kein objektives, gereinigtes Erkennen möglich ist, sondern dass wir vielmehr immer durch unsere persönliche, von lebenslangen Erfahrungen gefärbte Brille wahrnehmen, sagt er, wir könnten uns in Gruppen besser verstehen, wenn jeder eine andere Sprache sprechen würde, womit er aufzeigt, wie schwierig es ist, sich zu verständigen.

7. Gruppen aus intersubjektiver Sicht:

Die Wirkung von Gruppen ist intersubjektiv verständlich. Beziehung ist direkt phänomenologisch erfahrbar.

Ziel der Gruppe ist es, in und mit der therapeutischen Beziehung neue Erfahrungen des In-Kontakt-mit-anderen-Seins zu machen. Dabei gilt: Mein Gefühl oder Tun beeinflusst dich und umgekehrt.

In Gruppen ist das Beziehungsgeschehen wichtiger als der Inhalt. Der primäre Akzent liegt auf der gegenwärtigen Interaktion der Teilnehmer, die die Situation

im Sinne einer Co-Kreation gemeinsam gestalten. Es stellt sich die zentrale Frage: „Wie bist du im Jetzt und Hier der Gruppe?“ entsprechend der intersubjektiven Sicht: „Wie bist Du in unserer Beziehung?“ Ich spreche gerne von einer „Momentaufnahme“, die wie beim Fotografieren nicht generalisierbar ist, aber Modellcharakter hat.

Das gemeinsame Dritte lässt sich nicht aus den einzelnen Teilen allein erklären, da die Reaktion des einen auf den anderen kontextabhängig ist und sich dieser Kontext unter dem Einfluss der Reaktion verändert. Gruppe ist mehr als die Summe ihrer Teilnehmer.

Neben der eigenen Subjektivität eines jeden Teilnehmers hat die Gruppe ein Eigenleben. Die Identität der Gruppe erwächst aus der Gruppen-Geschichte. Diese ist eine Co-Kreation.

In Gruppen findet immer gleichzeitig eine Interaktion und ein Beobachten und Beobachtet-Werden statt. Wir selbst sind als Gruppenleiter in der dritten Position und zugleich mittendrin¹.

Im Idealfall fragen Gruppenteilnehmer nach, ob die anderen ihre Meinung hören möchten. Hier besteht ein Wechselspiel im Erleben: Wenn Gruppenmitglieder einander Wert und Bedeutung beimessen, wächst auch ihr eigener Wert und ihre eigene Bedeutung.

Realität wird in Gruppen immer wieder neu geschaffen. In der intersubjektiven Sicht gibt es nicht eine Wahrheit. Jede Erkenntnis entsteht im (ganz persönlichen) subjektiven Kontext. Diesem radikalen Konstruktivismus zufolge geht es nicht um richtig oder falsch, sondern um hilfreich, brauchbar oder nicht.

¹ In Altaussee gibt es den Status des Beobachters. Das bietet die Möglichkeit, das Innehalten und die Fähigkeit des Sich-zurück-Nehmens und Beobachtens zu üben. Oft stellt sich vor allem zu Beginn ein Gefühl ein, der Analytiker müsste doch jetzt intervenieren, um dann mitzuerleben, wie der Prozess von alleine weiterläuft. Es ist wichtig, auf diesen zu vertrauen. Erfreulicherweise bieten wir Praktikanten und auch Kandidaten die Möglichkeit, an Zweitsichten beobachtend teilzunehmen. Im Institut für analytische Kinder- und Jugend-Psychotherapie (IPR-AKJP) ist die Säuglingsbeobachtung ein fester Bestandteil der Ausbildung. Dank Herrn Bovensiepen wird sie zunehmend auch den Kandidaten des IPR näher gebracht.

Zu den wesentlichen Wirkfaktor von Gruppen gehören Gruppenkohäsion und Akzeptanz beziehungsweise Zugehörigkeit. Für Chris Jänicke sind diese notwendige Bedingungen für die Entwicklung des Selbst. Darüber hinaus gelingt in Gruppen die Differenzierung des Selbst vom anderen. Sich selbst im Kontakt zum anderen wahrzunehmen, führt zur Entwicklung von Subjektivität.

Am Beispiel einer ausführlich dargestellten Gruppensitzung können wir nun drei Aspekte gemeinsam betrachten, die durch die intersubjektive Sicht mehr Beachtung gefunden haben:

1) Den Prozess des gemeinsamen Voranschreitens (Moving along), in dem sich die Teilnehmer annähern, entfernen und umeinander kreisen, bis ein gemeinsames Verständnis einer Situation entsteht,

2) die Wirkung eigener Ängste und ihrer Abwehr auf unsere Fähigkeit und Bereitschaft neugierig und offen zu sein für den anderen und uns auf ihn affektiv einzulassen.

3) die regulative Wirkung von Anerkennungsprozessen.

So zeigt uns das Beispiel, wie das Erleben von Gruppenprozessen uns einen Zugang zur intersubjektiven Haltung erleichtern kann, und was wir in dieser Hinsicht von und in Gruppen lernen können.

8. Fallbeschreibung

Bevor ich nun eine Gruppensituation ausführlich darstelle, möchte ich noch einige Vorbemerkungen machen:

Es handelt sich um eine halboffene Gruppe, die intensiv miteinander arbeitet. In der Vorgeschichte einiger Mitglieder finden sich schwere Traumatisierungen durch Suchtproblematik oder sexuelle und andere Übergriffe in der Familiengeschichte, frühen Verlust eines oder beider Elternteile, Scheidung der Eltern oder Vernachlässigung. Die Mitglieder sind vertraut miteinander und bringen sich mit großer Offenheit ein. Das älteste Mitglied ist seit 4 Jahren dabei. Die

Gruppe ist vertraut mit meinem Arbeitsstil, möglichst gemeinsam zu spüren, was sich zwischen uns ereignet, dem nachzuspüren, was uns bewegt (hat), in eben dieser Weise zu reagieren, und unsere Wirkung aufeinander zu reflektieren - und die Gruppe übernimmt diese Haltung z.T. selbst. Nach langjähriger konstanter Zusammensetzung haben zwei Mitglieder die Behandlung vor kurzem beendet. Neu in der Gruppe sind Hans und Barbara.

Zwei Teilnehmer möchte ich besonders vorstellen: Melissa ist auf Empfehlung ihrer Einzelanalytikerin zu mir gekommen. In ihrer Kindheit war sie in einem Feld mangelnder Responsivität durch ihre depressive Mutter und Vereinnahmung durch ihren drogenabhängigen Vater wiederholten Grenzüberschreitungen ausgesetzt. In der Einzelarbeit hat sie sich vor allem durch Übertragungsdeutungen so bedroht gefühlt, dass sie diese abwehren musste und zunehmend verstummte. Schließlich hatte die Therapeutin ihr eine Gruppentherapie empfohlen. Hans, ist Akademiker und frisch aus einer gehobenen Position im sozialen Bereich berentet. Er kam nach einem stationären Aufenthalt zur Gruppe. In seiner Kindheit fand Hans ein wenig responsives Feld mit mangelnder Spiegelung und Trost. Die Eltern waren wahrscheinlich nicht imstande, responsiv auf die sich entfaltenden Zustände und Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Er meinte, die Mutter habe ihn als merkwürdig erlebt, habe sich für ihn vor dem Vater geschämt, ebenso vor dem Chef, der unten im Haus gewohnt habe, weshalb Hans als Baby nicht habe weinen dürfen.

Seit Hans' Eintritt in die Gruppe fiel mir plötzlich der „rheinische Singsang“ der Teilnehmer auf und ich hatte Angst, meine Gruppe sei nicht niveauvoll genug. Als Hans die Behandlung begann, erlebte er das intersubjektive Feld der Gruppe so, dass er sich und seine Wünsche nicht einbringen könne. Im Sinne einer enttäuschten Selbstobjekt-Sehnsucht äußerte er unterschwellig vorwurfsvoll: „Ihr hättet mich ja mal fragen können, wie es mir geht.“ Hans hatte die Gruppe zuvor als gesichtslose Frau geträumt, die auf seine Fragen keine Antwort gibt.

In der 6. Sitzung berichtete er, er könne eventuell nicht weiter kommen, da seine private Versicherung eine Gruppenteilnahme zweimal pro Woche verlange. Auf mein Nachfragen gab er an, er wisse auch selbst nicht, ob er in der Gruppe bleiben wolle. Für diese Entscheidung wolle er sich 20 Sitzungen Zeit lassen, da

die Therapie ihm bisher noch nichts gebracht habe. Während Barbara, für die es die 2. Sitzung war, einfühlsam reagierte, wehrte sich die übrige Gruppe vehement und erlebte Hans' Worte als massive Infragestellung und Zurückweisung. Hans seinerseits war empört über die mangelnde Einfühlung der anderen. Einige Gruppenmitglieder reagierten sehr ärgerlich bis aggressiv ablehnend (Bernd). Cornelia fragte ihn scharf, was er denn überhaupt in der Gruppe wolle. Nach einem gemeinsamen Versuch der Klärung sagte Hans zum Ende der Gruppe, er fühle sich „aufgeputscht“.

Ich möchte Sie nun in die darauffolgende Gruppensitzung mitnehmen, die sich auf diese Situation bezieht:

Es handelt sich um ein Gedächtnisprotokoll, das ich unmittelbar nach der Sitzung aufgezeichnet habe.

Zu Anfang äußert Hans, er sei gehemmt. Auch Cornelia bemerkt, sie sei mit einem mulmigen Gefühl gekommen. Sie wolle aber etwas Neues wagen.

Nach einer Stille berichten Barbara und Waltraud von positiven Rückmeldungen, die sie bekommen haben und erstmals annehmen konnten. Ich spüre, dass ich aufmerksam werde und frage mich, ob hier die positiven Meldungen Kraft für die anstehende Klärung geben sollen. Als erneut längere Stille aufkommt, beziehe ich mich auf den Anfang der Sitzung. Es sei wohl noch etwas zu klären in der Gruppe. Ich hätte von Zögern gehört, sei aber auch neugierig, was die Gruppe Neues wagen wolle.

Mutig (oder von mir geschoben) äußert Hans, er habe es als respektlos erlebt, wie er in der vergangenen Woche angegangen worden sei. Über Cornelias Frage, was er denn hier in der Gruppe überhaupt wolle, habe er sich besonders geärgert.

Zunächst wiederholen sich die empörten Reaktionen der letzten Sitzung.

Ein Wendepunkt im Gruppenverlauf zeichnet sich ab, als Melissa formuliert, sie erlebe es so, dass die Gruppe und Hans auf zwei Ebenen sprächen, wie Puzzlesteine, die nicht zusammenpassen. Dabei wollten sie miteinander in Kontakt kommen.

Hier erkennt sich Hans wieder und bestätigt, das sei auch sein Wunsch gewesen.

Im weiteren Verlauf gelingt es der Gruppe, auf Hans einzugehen, und es entsteht ein gemeinsamer Prozess des Verstehens und des einander Kennenlernens. Im hinreichend sicheren Rahmen der Gruppe wagen auch die übrigen Teilnehmer das zunächst Vermiedene. Sie fokussieren auf ihre eigenen Empfindungen. Dabei gewinnen sie mehr Weite und machen die Erfahrung des Miteinander-Erlebens. Das implizite Wissen verändert sich. In einem Klima des gegenseitigen Gehaltenwerdens tauchen nun vorher abgewehrte Wünsche nach Kontakt und Unterstützung auf. Im gemeinsamen Voranschreiten fassen die Gruppenteilnehmer den Mut, ihr Blickfeld auf sich selbst und ihre Beteiligung am Gruppengeschehen zu erweitern.

Im weiteren Gruppenverlauf sagt Franziska, sie erlebe sich als die Egoistischste aus der Gruppe, denn es sei ihr kein Bedürfnis, die anderen zu fragen, wie es ihnen gehe. Sie ärgere sich vielmehr über Hans. Sie frage sich, warum Hans es so leicht haben solle. Sie selbst halte sich an die Regeln und habe in der Gruppe mitbekommen, dass jeder für sich selbst verantwortlich sei. Sie habe ihren Platz in der Gruppe auch selbst finden müssen. So sei es auch in ihrem Leben; anders als ihr Bruder habe sie sich immer alles selbst erarbeiten müssen.

Die in diesen Sätzen enthaltene Enttäuschung wird von Melissa aufgenommen, die darauf erwidert:

„Du hast mir jetzt geholfen, zu verstehen, was mich gestört hat.

Ich habe einerseits bei mir Verständnis für Hans und seinen Wunsch gespürt, andererseits habe ich aber gemerkt, da ist auch ein Ärger in mir.

Da ich aber auf so vieles wütend bin, habe ich gar nicht gewusst, was dieser Ärger denn nun ist.

Nun merke auch ich, dass ich mir immer alles selbst erarbeiten musste und mein Bruder es so viel leichter hatte als ich. Ich hätte auch gerne mal Hilfe.“

Das Klima der Gruppe ist ruhiger und wohlwollender geworden. Ich nehme wahr, dass die Abwehr eigener Wünsche und Emotionen nachgelassen hat, und folge dieser Bewegung, indem ich die beiden Beiträge aufgreife: Franziska habe sich als egoistisch bezeichnet, während Melissa das zweite Puzzleteil als ihren eigenen Wunsch nach Hilfe identifiziert habe, der es ihr ermögliche, einfühlsam mit Hans zu sein. Ich gebe meinen Eindruck wider, dass Franziska weder Hans noch sich selbst für egoistisch halten müsse, wenn sie sich selbst ihren Wunsch zugestehen könnte.

Auch mein inneres Erleben hat sich verändert: Ich fühle mich jetzt zurückgelehnt, eher teilnehmend begleitend, offen für Neues; anders als zu Beginn, als mich Hans' Forderung einzuengen drohte und auch bei mir zu einer inneren Abschottungsbewegung geführt hatte.

Durch die zunehmende Reflektion der Gruppenteilnehmer fühlt sich nun Barbara eingeladen, ihre eigene, wohlwollende Haltung zu reflektieren, die sich von der der anderen deutlich unterscheidet, und bemerkt: Sie könne plötzlich wahrnehmen, warum sie so einfühlsam Hans gegenüber gewesen sei. Sie habe sich mit ihm verbunden gefühlt, da er ihr gesagt habe, er sei auch erst seit kurzem in der Gruppe. Hier scheint sie durch Hans Spiegelung erfahren zu haben.

Die Veränderung bei Hans, Barbara und Melissa ermöglicht es nun auch Franziska („egoistisch“) und Cornelia („Was willst Du hier überhaupt, wenn wir (oder präziser noch ich) Dir nicht gut genug sind (bin)?“), innezuhalten und ihre Beteiligung an der Verstrickung zu reflektieren. Franziska kann bewusst werden, dass sie eine Bruder-Übertragung entwickelt hat, Cornelia eine Vater-Übertragung. Für uns gemeinsam ist spürbar, dass der Konflikt in allen Beteiligten auftaucht – nicht nur in Hans.

Für die Teilnehmer der Gruppe werden hier die eigenen emotionalen Organisationsprinzipien wahrnehmbar, die sie selbst aufgrund ihrer biographischen Vorerfahrungen entwickelt haben. Hans' Verhalten ähnelte z.B. dem von Franziskas Bruder so, dass sie in ihrer ganz persönlichen Weise reagieren musste: Franziska hatte einen inneren Widerstand gegen ihre Sehnsucht nach Versorgung entwickelt, da sie glaubte, mit dieser nicht auf positive Resonanz stoßen zu können. Im Gruppenverlauf äußert Franziska schließlich: „Ich fühle, dass ich mir auch etwas wünsche, nicht nur mein Bruder. Ich muss das weniger bekämpfen. Ich habe nicht mehr das Gefühl, nur stark sein zu müssen.“

In der Erweiterung ihres inneren Denk- und Spielraums taucht nun die Möglichkeit auf, sich selbst Wünsche nach Versorgung zu erlauben, statt diese in Hans bekämpfen zu müssen. Damit können sich die Fesseln alter Organisationsprinzipien lockern.

Melissa wendet sich Hans zu: „Wie geht es Dir mit der Auseinandersetzung, die wir hier gerade haben?“ und er antwortet, er spüre, dass ein Kontakt stattgefunden habe zwischen ihm und der Gruppe. Er sei jetzt angekommen.

Hans formuliert dann (man könnte vermuten, nachdem er sich mit der Gruppe verbunden und vielleicht sogar gehalten erlebt) seinen Ärger auf mich, dass ich ihn mit meiner Frage „reingeritten habe“.

„Das ist die Schwierigkeit mit den Fragen“, sage ich. „Da habe ich Sie mal gefragt und ich habe Sie damit in eine schwierige Lage gebracht.“ Hans weist darauf hin, dass er am Ende der letzten Gruppe gesagt habe, er gehe mit einem Hochgefühl. Dies sei aber ironisch gewesen, da es ihm nicht gut gegangen sei. Die Gruppe und auch ich sind erschrocken über die Fehleinschätzung und melden ihm zurück, wir hätten nicht verstanden, dass es ihm am Ende der letzten Sitzung schlecht gegangen sei.

Melissa betont, dass es aber auch etwas mit Hans zu tun habe und dass immer zwei daran beteiligt seien (intersubjektiv ein wertvoller Hinweis für die Gruppe). Barbara wird zur Fürsprecherin für Hans. Sie selbst habe gesagt, sie brauche noch etwas Zeit, um in der Gruppe anzukommen, und sei nun ganz irritiert, warum man Hans diese Zeit nicht lassen wolle. Cornelia sagt, für sie sei Hans unberechenbar wie ihr Vater. Sie habe ihn als Autoritätsperson erlebt. Dem Vater gegenüber habe sie Respekt.

Hans meint „Ich glaube, auch Hass.“

Melissa ergänzt: „Und Angst!“ Dann beschreibt sie sehr eindrucksvoll ihre Vorstellung, wie Cornelia abcheckt, in welcher Stimmung der Vater gerade ist, vor ihm in Deckung geht und nichts Falsches tun möchte, um nicht seinen Ärger zu erregen. Früher hätte hier kein Bezug zu Melissas eigener Erfahrung hergestellt werden dürfen, aber als ich sie nun darauf anspreche, kann sie zustimmen und berichtet, ihr Vater sei so gefährlich und in seiner Drogensucht so unberechenbar gewesen, dass die Mutter sie nie mit ihm allein gelassen habe. Melissa kann erstmalig das Gruppengeschehen auf sich und ihre Lebensgeschichte beziehen und meine Anmerkung im Sinne eines gemeinsamen Wissens um diese verstehen.

Hier hat ein Prozess stattgefunden von der Externalisierung zur Reflektion des Eigenen, ohne dadurch zu sehr bedroht zu sein, wie es noch in der Einzeltherapie war.

Hans entgegnet Melissa, und dabei ist seine Betroffenheit spürbar: „Und ich erzähle dann auch noch von meinem Jähzorn.“ Er tritt hier in einen persönlichen Austausch und vermittelt, dass Melissa ihm nicht gleichgültig ist. Er wollte sie nicht erschrecken, und es ist ihm wichtig, dass sie das weiß. Durch diesen Moment der Begegnung fühlen sich die anderen weniger bedroht und können sich (wiederum) mit ihrem Erleben einbringen. Die Frauen können ihm zustimmen, dass sie das wirklich in Schwierigkeiten gebracht habe, und zugleich lachen. Es ist gemeinsam überstanden, sie stehen mit einem Bein in der Erinnerung, mit einem Bein sind sie hier sicher. Nach dieser Begegnung kommt es zu einem regen Austausch zwischen den Teilnehmern.

Die Gruppe leistet wertvolle analytische Arbeit und erkennt an, dass jeder der Beteiligten die Situation auf seinem ganz subjektiven Erfahrungshintergrund wahrnimmt. Das gemeinsame Verständnis der Situationen, in denen die inneren Konflikte der Teilnehmer wieder aufgetaucht sind – hier seien exemplarisch der Wert- / Unwert-Konflikt von Cornelia und der Versorgungs- / Autarkie-Konflikt von Franziska und Melissa genannt – ermöglicht deren Auflösung. Hierbei wird die Wahrnehmung nicht als Realitätsverzerrung gesehen, sondern als inneres Erleben anerkannt. Dies bewirkt eine emotionale Beruhigung und versetzt die Teilnehmer in die Lage, gemeinsam mit Hans einen Schritt weiterzugehen.

Melissa erlebt sich mit Hans auf Augenhöhe, sie sagt, er säße doch auch im selben Boot, sei als Teilnehmer hier. Dagegen betont Cornelia, sie könne das im Kopf zwar denken, aber sie könne es nicht fühlen. Sie weint, als sie berichtet, wie sehr sie in Gefühle früherer Erfahrungen mit ihrem Vater geraten ist. Ich interveniere, um die Mentalisierung anzuregen: „Wenn Sie sich hier in der Gruppensitzung so bewertet gefühlt haben, dann verstehe ich, dass Sie sich wehren mussten.“ Und an Hans gewandt: „Und Sie haben vielleicht gar nicht wahrgenommen, wie sehr Cornelia sich angegriffen gefühlt hat, und waren wahrscheinlich überrascht von ihrer Reaktion.“ Beide erkennen sich darin wieder.

Ich habe die Sichtweise beider (an)erkannt. Dadurch erleben wir uns als Teil einer gemeinsam gefundenen Wirklichkeit. In der gemeinsamen Betrachtung ergibt sich ein intensives Nähegefühl, das zur Beruhigung führt und zur Stabilisierung des Selbstgefühls beiträgt. Das spürt auch Bernd. Er atmet auf: Es fühle sich für ihn gut an, was gerade geschehe. Das gebe ihm Orientierung. Er fühle sich jetzt nicht mehr so allein. Er war in seiner Kindheit in den verschiedenen Bindungskontexten (Heime, Pflege- und Adoptivfamilie) immer wieder hilflos den Affekten ausgesetzt gewesen.

Ich spreche Hans an, ich hätte jetzt auch mitbekommen, wie sehr ich ihn mit meiner Frage unter Druck gesetzt hätte, was mir vorher gar nicht so klar gewesen sei. Franziska lächelt mir zu. Sie merkt, dass auch ich, so wie sie selbst es im Gruppenverlauf erlebt hat, etwas erkannt habe, was mir vorher nicht bewusst war. Sie fühlt sich in diesem Augenblick mit mir eng verbunden, da sie spürt, dass ich spüre, was sie spürt. Durch diesen Moment der Gemeinsamkeit bestärkt gelingt ihr nun eine Differenzierung der subjektiven Wahrnehmung: „Jeder erlebt es so, wie er es erlebt hat. Für mich ist er der Bruder.“ Hier wird sie von Natalie bestätigt: „Es trifft einen an der Stelle, an der man gerade steht.“

In der zunehmend entspannten Atmosphäre der Gruppe sagt Waltraud etwas kokettierend, sie sei ganz enttäuscht. Sie arbeite doch auch im sozialen Bereich, und frage sich, warum sie nicht so eine Wirkung habe. Insgesamt ist die Stimmung flirtender, lebendiger und authentischer. Die Wirksamkeit der Gruppe scheint für alle spürbar zu sein. So betont Melissa: „Wir sind eine sehr dynamische Gruppe.“ Hans bestätigt und ergänzt zu ihr gewandt: „Und auf Augenhöhe“ Damit greift er etwas auf, was sie gesagt hat. Er hat es nicht nur gehört, sondern in sich bewahrt (anerkannt), was für Melissa eine ganz wichtige Erfahrung bedeutet. Sie fühlt sich von ihm bestätigt.

Nun bedauert Bernd, Hans gegenüber so aggressiv gewesen zu sein. Er wolle nicht mehr so „frei Schnauze“ reden.

Aber Melissa sagt sofort: „Ändere dich nicht, ich brauche dich noch zur Übung.“

Und Cornelia pflichtet ihr bei.

Mehrere Patienten bemerken, die Gruppe sei sich heute näher gekommen. Sie seien erleichtert darüber, dass das Thema erneut zur Sprache gekommen sei.

9. Was kann uns das Zusammenspiel in Gruppen für das intersubjektive Verständnis in der Einzel-Situation zeigen?

Vergleichbar einer Fabel, in der wir eine Geschichte erleben, in der Tiergestalten stellvertretend für uns selbst und unser Mit-dem-anderen-in-Kontakt-sein etwas zum Ausdruck bringen, gibt uns die Gruppensituation mit dem Zusammenspiel ihrer Teilnehmer wichtige Hinweise für unsere therapeutische Arbeit auch in der Einzelsituation:

(1) In Gruppen ist die Externalisierung von Konflikten in Form von Re-Inszenierungen erwünscht. Konflikte werden nicht rein intrapsychisch betrachtet. Sie inszenieren sich interpersonell und werden dadurch einer Bearbeitung zugänglich. In jedem therapeutischen Prozess verflechten sich die Lebensthemen aller Beteiligten miteinander und es werden Konflikte mobilisiert, wenngleich (wie Stern et al betonen) nicht zwangsläufig in der gleichen Weise und auf der gleichen Strukturebene. Durch das Verstehen des intersubjektiven Feldes, in dem die Konflikte der einzelnen Teilnehmer erneut auftreten, ist eine Durcharbeitung und Auflösung möglich. Wir schöpfen das Potenzial der Gruppe aus, wenn wir in jeder Szene alle Teilnehmer als Beteiligte wahrnehmen, deren Beitrag es wert ist reflektiert zu werden. Dies verringert die Gefahr, dass Einzelne sozusagen durch eine Restgruppe von Fachleuten behandelt werden.

Man kann formulieren, dass Hans uns projektiv-identifikatorisch spüren lassen hat, wie bedrohlich es ist, abgelehnt und bewertet zu werden. Etwas, das sich inszenieren musste, da es Hans nicht möglich war, uns davon auf andere Weise zu berichten, da er nicht auf Verständnis hoffen konnte. Seine Hemmung, sich in der Gruppe etwas zu nehmen, war intersubjektiv jedoch nicht allein als ein intrapsychischer Prozess zu verstehen. Wahrscheinlich spürte er im Kontext der Gruppe gewisse Aspekte der Reaktionen der anderen, die ihn im Jetzt und Hier der Gruppe erneut eine unzulängliche Responsivität erwarten ließen. Dass die Gruppenteilnehmer und auch ich mit innerer Abschottung reagierten, ist sicherlich einerseits als Antwort auf Hans' Anspruchshaltung zu verstehen,

andererseits ließ jedoch auch die veränderte Gruppensituation mit zwei neuen Mitgliedern die Widerstände zunehmen (Ängste zu kurz zu kommen, Abwehr eigener Wünsche).

(2) Die Fallvignette zeigt anschaulich, dass das eigene subjektive Verständnis der Situation auf dem Boden unserer biographischen Erfahrungen stattfindet und uns die eigenen Übertragungen und Abwehrprozesse daran hindern können, offen zu sein für das, was der Patient uns mitteilen möchte. So bekämpft die Gruppe die Bedürftigkeit von Hans, da sie sich ausgeschlossen und in die Versorger-Rolle gedrängt fühlt. Zugleich flüchtet sie sich selbst in diese Position: Man kann vermuten, dass die Teilnehmer sich vor einer Enttäuschung zu schützen versuchen, indem sie ihre bedürftige Seite nicht zeigen.

(3) Im weiteren Fortgang der Gruppe wird zugleich deutlich, wie die Reflektion eigener Übertragungen und Abwehrprozesse den Blick für die Realität des anderen ermöglicht (Stimmigkeit und Wachstum). Hier geht Melissa den anderen ein Stück weit voraus. Sie kann den Denkraum zurückgewinnen und Empathie (was passiert hier eigentlich zwischen uns?) entwickeln (Vielleicht weil sie aus früheren Erfahrungen das Gefühl kennt, nicht richtig erkannt zu werden, sondern etwas zugeschrieben zu bekommen, das sie nicht als ihr Eigenes erlebt).

Melissa setzt sich hier über ihren eigenen Konflikt (Ich brauche nichts und niemanden, denn auf andere ist kein Verlass.) hinweg, und überwindet sich dazu, ihr eigenes Bedürfnis nach Kontakt und Unterstützung zu spüren und sich damit zu zeigen. Sie sagt: „Wir wollen uns begegnen“ und nicht: „Hans will uns begegnen“).

(4) Das Selbst entsteht in der Differenzierung vom anderen. Barbara fragt sich: „Warum war ich eigentlich wohlwollend?“

(5) Im Gruppengeschehen kann es zu einem Umschwung in der (Gegen)übertragung kommen, wenn Teilnehmer (und auch wir selbst) einen Blick für das gewinnen können, was hinter der Reaktion eines anderen liegt. So wird aus moralischer Überlegenheit oder Ablehnung Empathie.

(6) Es besteht die Chance, dass mindestens ein Teilnehmer der Gruppe auf die Hinweise eines anderen hört, ob dieser sich verstanden oder wahrgenommen fühlt oder nicht. Melissa fragt: „Wie geht es dir mit uns / in der Beziehung?“. Dadurch ist die Bedeutung des Gruppenleiters abgeschwächt.

(7) Da wir uns in Gruppen immer auch in einer Beobachterposition befinden, ermöglicht uns das Gruppengeschehen einen feineren Blick für Missverständnisse und Prozesse fehlender Anerkennung: Barbara fragt, was hier eigentlich geschieht, warum die Gruppe Hans etwas nicht zu gesteht, was sie ihr zugesteht. Sie wird hier zur Fürsprecherin. Dies zeigt: die Gefahr einer allzu identischen (overmatching im Sinne Winnicotts, 1968) oder auch malignen Spiegelung besteht in der Gruppe, kann jedoch durch die multiplen Spiegelungen relativiert werden.

(8) Die Gruppe erlebt sich selbst als Raum gegenseitiger Beeinflussung, als Wirkung verschiedener Menschen aufeinander. Der eigene Einfluss muss nicht verleugnet, sondern kann anerkannt werden. Das zeigt sich in der Begegnung zwischen Hans und Melissa: Hans reflektiert seine eigene Wirkung im Kontext des anderen. Er verfolgt das Geschehen nicht nur bei Melissa, sondern macht deutlich, dass er merkt, durch sein Sprechen in ihr etwas ausgelöst zu haben. Dies ist ein Moment der An-Erkennung (Rekognition).

(9) Im Sinne einer Mehrpersonenperspektive sind die Teilnehmer einer Gruppe für die jeweils anderen Teilnehmer in ihrer Unterschiedlichkeit sichtbar. Es kommt zur Erfahrung der anderen Perspektive und zum Bewusstsein: „Die Art, wie ich es erfasse, sagt mir noch lange nicht, wie es der andere erlebt.“ Natalie: „Es trifft einen, wo man gerade steht.“

(10) Im Gruppengeschehen können die realen, intersubjektiven Beziehungserfahrungen zu einer korrigierenden (weil in einem neuen Kontext stattfindenden) emotionalen Erfahrung führen. Ihre Reflektion führt zu Kompetenzzuwachs und zur Regulation von erlebtem Stress. Es fühlt sich für Bernd gut an, was gerade geschieht und gibt ihm Orientierung. Er fühle sich jetzt nicht mehr so allein. Bernd erlebt seine Affekte in einem neuen Kontext, was ihm Regulation ermöglicht. Hier wird deutlich, wie die Affektintegration zur Beruhigung führt und das Selbstgefühl stärkt.

(11) Die realen, intersubjektiven Beziehungserfahrungen zwischen den Teilnehmern einschließlich Leiter sind bedeutsam. Ich werde zur Realperson, als ich einräume, wie sehr ich Hans unter Druck gesetzt hatte. Ich hatte ihn dazu verleitet, etwas spontaner und weniger gefiltert zu sagen, als es ihm lieb war. Ich hatte die Gruppensituation – im Gegensatz zu ihm – als sicher genug für diese Intervention erlebt und dabei seine Perspektive übersehen.

(12) In Gruppen erleben wir mit, wie sehr die Reaktion eines Teilnehmers (z.B. was er glaubt, aussprechen zu dürfen) davon abhängt, wie er die anderen, einschließlich des Therapeuten, subjektiv erlebt. Dabei gilt: In einem Klima der Bedrohung (zu Anfang der Gruppe) nimmt die Verdrängung zu. Waltraud spielt mit der lustvollen Seite der Macht und nimmt damit der Wirkung von Hans etwas den Schrecken.

Insgesamt kann man sagen:

Die Gruppe hat sich gemeinsam in fast leidenschaftlich anmutender Kleinarbeit auf den Weg gemacht, die Sichtweise des jeweils anderen – einschließlich der noch unbewussten Faktoren – zu erfassen, und die Unterschiede zur eigenen Sichtweise zu erkennen. In der Beschäftigung damit, wie sie die verschiedenen Beiträge erleben, geben die Teilnehmer dem Gehörten eine neue Bedeutung. Sie umschreiben damit nicht nur das Phänomen der Übertragung, sondern die inhärente Legitimität der eigenen Wahrnehmungserfahrungen. Dabei geben die Teilnehmer ihren eigenen Standpunkt keineswegs auf, sie bleiben vielmehr beobachtende Teilnehmer.

10. In gewisser Hinsicht haben es Gruppen sogar leichter:

Die Stärke einer Gruppe liegt in ihrer Fähigkeit, zu sehen und zu hören, sich zu erinnern und gemeinsam zu reflektieren.

In Gruppen geschieht aufgrund der Multiplen Spiegelungen nicht einfach Anpassung, sondern eine gleichzeitige Wahrnehmung der Bedürfnisse des anderen und Grenzsetzung, d.h. Aufrechterhaltung der eigenen Affektlage. So kann die Erfahrung der Anerkennung durch den anderen gemacht werden und zugleich die Spannung zwischen Gleichheit und Unterschiedlichkeit erlebt

werden, die nach Benjamin (2016) beide in der Kombination wichtig sind. Gerade das Wechselspiel erweitert den Blickwinkel.

Die Zugehörigkeit zur Gruppe erleichtert es den Teilnehmern, Fehlbarkeit einzuräumen.

Im Sinne der freien Kommunikation ist Natürlichkeit und Spontaneität ein angestrebtes Ziel.

Gruppenteilnehmer unterliegen keinem behandlingstechnischen Regelwerk und sind im Rahmen ihrer subjektiven Erfahrungswelten der spontanen und dadurch „optimalen Antwortbereitschaft“ näher, da sie sich keiner Zurückhaltung verpflichtet fühlen.

Untereinander besteht kein therapeutischer Anspruch, daher müssen Gruppenteilnehmer nicht alles erkennen und verstehen, sie können etwas übersehen und stehen lassen.

Analytiker müssen erst dazu ermutigt werden, zu fragen, wenn sie etwas nicht verstehen, Patienten tun es einfach.

Auf der Suche nach dem Verborgenen überspringen Therapeuten manchmal das Offenkundige. Gruppen sind eher bereit, das Offenkundige, banal Erscheinende aufzugreifen. Sie arbeiten sozusagen von der Oberfläche in die Tiefe (König, Lindner, 1992).

Zusammengefasst könnte man sagen: Gruppe ist Intersubjektivität pur.

Literatur

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2011): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Benjamin, J. (1990). Die Fesseln der Liebe: Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Frankfurt a. M.: Stroemfeld/Roter Stern.

Benjamin, J. (2016). Intersubjektivität – Warum brauchen wir eine andere Person? *Selbstpsychologie*, 55, 22 - 41.

Bion, W. R. (1961/1990). *Erfahrungen in Gruppen*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse*, 20, 175 - 199.

Erdheim, M. (1992). Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. *Psyche*, 46, 730 - 744.

Foulkes, S. H. & Anthony, E. J. (1957/1965). *Group Psychotherapy - The Psychoanalytic Approach*. Harmondsworth: Penguin Book

Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic group analysis*. London: Hanse Allen & Unwin.

Jaenicke, C. (2016). Konflikt – eine intersubjektive Sichtweise. *Selbstpsychologie*, 55, 68 - 80

Kernberg, O. (1984/1992). *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

König, K., Lindner W.-V. (1992). *Psychoanalytische Gruppentherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Potthoff, P., Moini-Afchari, U. (2012): Mentalization based treatment in der Gruppe. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 48, 198-214.

Mitchell, S. (2003): *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Moini-Afchari, U. (2017): Intersubjektivität in Gruppen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 53, 304-320.

Schwaber, E. A. (2013). Meine Reise ins Zuhören – Auf der Suche nach der »maßgebenden psychischen Realität«. *Selbstpsychologie*, 49, 9 – 60.

Schwaber, E. A. (1992). Psychoanalytic theory and its relation to clinical work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 1039 – 1057.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., Tronick, E. Z., (2002). Nichtdeutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 56, 974 - 1006.

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W. (2012). *Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma.* Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Winnicott, D. W. (1968/1974). *Vom Spiel zur Kreativität.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Die Sprache des Diabetes

Barbara Jancik

Zur Psychodynamik des Diabetes mellitus Typ 1

Am 01.02.2018 gab uns Frau Dr. Barbara Jancik in ihrer wissenschaftlichen Sitzung einen Einblick in „Die Sprache des Diabetes-Zur Psychodynamik des Diabetes Typ I“, in dem sie die besondere, beziehungsregulierende Funktion beschrieb, die eine solche Erkrankung für Patienten und auch die Angehörigen einnehmen kann.

Mein Thema ist die Symptomatik des Diabetes mellitus Typ 1 (juveniler Diabetes), der Hypoglykämie und der Hyperglykämie (der zu niedrige und zu hohe Blutzucker mit dem möglichen Endstadium des Komas) und ihre Funktion in der Interaktion.

Die jeweiligen Symptome können a) physiologisch begründet werden oder b) eine Konversionssymptomatik (Konflikt ausdrückend, reifere Ebene) sein oder c) auch eine Ausdrucksfunktion bzw. eine Sprachfunktion haben. Die Sprachfunktion bedeutet, dass Affekte sich in Blutzuckerwerten ausdrücken und Affekte über Blutzuckerwerte definiert werden können. Dadurch löst die Höhe des Blutzuckerwertes auch Affekte im anderen aus und kann beziehungsregulierend sein. Vor allen Dingen können die Symptome auch zu einer dysfunktionalen Beziehungsgestaltung mit gravierenden körperlichen Spätfolgen führen. All diese Funktionen und Bedeutungen treten nebeneinander auf.

Die Ausdrucksfunktion habe ich Sprache des Diabetes genannt, weil sie eine Sprachbedeutung bekommen und in der Interaktion sehr verwirrend sein kann. Die Akutsymptome des Diabetikers sind manipulierbar und aktiv herstellbar. Dies geschieht jedoch oft nicht im Sinne einer bewussten Manipulation, sondern hat eine jeweils besondere unbewusste Bedeutung. Ich möchte grundsätzlich nicht alle Patienten, die eine diabetische Stoffwechsellage haben, pathologisieren, aber es gibt immer wieder Patienten, die zwar gut geschult sind, aber im Kontakt auf der sprachlichen und Einsichtsebene schwer zu erreichen.

1983 wurden die ersten Schulungen für Diabetiker¹ in Düsseldorf von Berger und Jörgens durchgeführt. Dies war entlastend nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Angehörigen und auch für die behandelnden Ärzte, da hierdurch eine Behandlung auf Augenhöhe möglich wurde. Bis dahin gab es nur eine sehr reglementierte Behandlung. Diese war mit viel Kontrolle und Unterwerfung, gepaart mit Unsicherheit aufgrund fehlender Information verbunden. Die Behandlung veränderte sich damit grundlegend.

Durch meine Erfahrungen und die Entwicklung von einer diabetologisch tätigen Internistin zur Psychoanalytikerin versuche ich in meinem Artikel beide Seiten, die der Psyche und die des Körpers, also das »Psychosomatische« und das »Somatapsychische« zu verbinden. Anhand von einigen Fallbeispielen aus der internistischen Praxis soll verdeutlicht werden, welche Patienten gemeint sind und welche weitreichenden Folgen die Nichtverständigung haben kann.

Erstes Fallbeispiel

Eine Patientin, die ich das erste Mal im Wartezimmer sah, fiel mir sehr durch ihr ansprechendes Äußeres auf. Später hörte ich ein Klopfen auf dem Flur, das sich als Klopfen des Blindenstocks der Patientin herausstellte.

Die Frau, 36 Jahre, war durch eine extrem schlechte Blutzuckereinstellung mit 25 Jahren blind geworden. Ihr Diabetes war im Alter von zwei bis drei Jahren aufgetreten.

Ich erfuhr, dass die Patientin von einem Mann wegen ihres Diabetes verlassen worden war. Sie hatte sich dann völlig aufgegeben und ihren Blutzucker so lange vernachlässigt, bis sie blind wurde. Die Patientin hatte bis zur Erblindung im Elternhaus gewohnt und ein Aschenputteldasein im Keller des Hauses geführt. Von der Mutter wurde sie wegen ihres Diabetes immer wieder entwertet. Nachdem sie blind geworden war, ging sie in den Blindenverein und lernte einen ebenfalls blinden Mann kennen, den sie heiratete. Seitdem hatte sie musterhafte Blutzuckerwerte.

¹ Die Schulung bei Diabetikern ist ein feststehender Ausdruck. Jeder Patient, bei dem ein Diabetes diagnostiziert wird, muss im Krankenhaus oder beim Diabetologen eine Schulung absolvieren.

Zweites Fallbeispiel

Eine intelligente 19-jährige Frau mit einem Diabetes Typ I war schon über ein Jahr bei mir in Behandlung. Bei ihr war der Diabetes ebenfalls sehr früh aufgetreten. Sie war gut geschult, von Beruf Arzthelferin, hatte aber ständig katastrophale Blutzuckerwerte und HbA1c-Werte (gemittelter Blutzuckerwert der letzten drei Monate).

Ich fühlte mich ihr gegenüber hilflos. Wenn ich die Blutzuckerwerte ansprach, weinte sie sofort, fühlte sich schuldig, einen Klinikaufenthalt, geschweige denn eine Psychotherapie lehnte sie ab. Sie war nicht erreichbar und ich wusste nicht, warum. Fragen nach Problemen verneinte sie. Als ich damals meine Praxis aufgab, um mich mehr der Psychosomatik zuzuwenden, kam am letzten Tag erstmals die Mutter der Patientin zu mir. Sie sagte nach einer kurzen Begrüßung: »Ich möchte schon seit zwei Jahren meinen Mann und Familie verlassen, aber ich kann nicht gehen, wegen der hohen Blutzuckerwerte meiner Tochter. Was soll ich machen?« Die Frage, ob sie mit ihrer Tochter schon einmal über ihre Wünsche gesprochen hat, verneinte sie. Ich riet ihr damals zu einem solchen Gespräch.

Die Formulierung, »ich kann nicht gehen, wegen der hohen Blutzuckerwerte meiner Tochter«, ist sehr pathognomonisch für Angehörige, aber auch für Patienten. Die Mutter sagte nicht: Ich gehe wegen meiner Tochter nicht. Die Tochter reagierte auf die diffuse Stimmung und Unsicherheit und eine unbewusste Ahnung von Trennung mit hohen Zuckerwerten bzw. der schlechten Einstellung und nicht mit Klärungsversuchen. Diese standen ihr nicht zur Verfügung. Eine intelligente 19-jährige Frau mit einem Diabetes Typ I war schon über ein Jahr bei mir in Behandlung. Bei ihr war der Diabetes ebenfalls sehr früh aufgetreten. Sie war gut geschult, von Beruf Arzthelferin, hatte aber ständig katastrophale Blutzuckerwerte und HbA1c-Werte (gemittelter Blutzuckerwert der letzten drei Monate).

Ich fühlte mich ihr gegenüber hilflos. Wenn ich die Blutzuckerwerte ansprach, weinte sie sofort, fühlte sich schuldig, einen Klinikaufenthalt, geschweige denn eine Psychotherapie lehnte sie ab. Sie war nicht erreichbar und ich wusste nicht, warum. Fragen nach Problemen verneinte sie. Als ich damals meine Praxis

aufgab, um mich mehr der Psychosomatik zuzuwenden, kam am letzten Tag erstmals die Mutter der Patientin zu mir. Sie sagte nach einer kurzen Begrüßung: »Ich möchte schon seit zwei Jahren meinen Mann und Familie verlassen, aber ich kann nicht gehen, wegen der hohen Blutzuckerwerte meiner Tochter. Was soll ich machen?« Die Frage, ob sie mit ihrer Tochter schon einmal über ihre Wünsche gesprochen hat, verneinte sie. Ich riet ihr damals zu einem solchen Gespräch.

Die Formulierung, »ich kann nicht gehen, wegen der hohen Blutzuckerwerte meiner Tochter«, ist sehr pathognomonisch für Angehörige, aber auch für Patienten. Die Mutter sagte nicht: Ich gehe wegen meiner Tochter nicht. Die Tochter reagierte auf die diffuse Stimmung und Unsicherheit und eine unbewusste Ahnung von Trennung mit hohen Zuckerwerten bzw. der schlechten Einstellung und nicht mit Klärungsversuchen. Diese standen ihr nicht zur Verfügung.

Drittes Fallbeispiel

Ein junger Mann, 17 Jahre, athletisch aussehend, kommt mit seiner Mutter in die Sprechstunde. Er hat seit einiger Zeit nächtliche Unterzuckerungen, die dazu führten, dass die Mutter nachts sein Zimmer betrat, um seinen Blutzucker zu messen, weil sie sich berechtigte Sorgen machte. Bis dahin hatte er seine Werte lange Zeit gut unter Kontrolle. Was war also der Grund?

Der junge Mann, der vom zehnten Lebensjahr an einen Diabetes hatte, war Leistungssportler geworden, um sich von der Mutter abzulösen. Er spielte in der Oberliga Handball. Dieser Hochleistungssport führte zu nächtlichen Unterzuckerungen, was die Bindung zur Mutter wieder erhöhte, da er nachts erschöpft schlief und die Unterzuckerungen nicht spürte. Hier sehen wir eine Mutter, die sicherlich bereit ist, die Ablösung des Sohnes zu unterstützen. Aber genau das führt wieder zum alten System: Die Mutter wird wieder zum kontrollierenden Objekt.

Die Behandlung nahm einen guten Verlauf, ich habe die weitere Insulin-Einstellung mit ihm besprochen, habe ihn aber auch zu meinem Kollegen geschickt, damit dieser mit ihm als Mann über seine männliche Sexualität spricht und so eine Triangulierung ermöglicht.

Das Auftreten des Diabetes Typ 1 in verschiedenen Altersstufen hat eine Bedeutung für die Entwicklung:

Der Typ 1 Diabetes tritt mit einem Häufigkeitsgipfel im 2.-4., im 8.-12. und im 18.-20. Lebensjahr auf. Im Folgenden konzentriere ich mich auf die ersten beiden Phasen, da sie für die Entwicklung des Kindes, des Jugendlichen und des späteren Erwachsenen von eklatanter Bedeutung sind. Je nach Alter stehen bestimmte Entwicklungsaufgaben an. Wie diese Entwicklungsaufgaben gemeistert werden, hängt sehr stark von den Objektbeziehungen in der entsprechenden Zeit ab und bestimmt in einem sehr hohen Maße die weitere Entwicklung.

Entwicklungsaufgaben im Alter von zwei bis vier Jahren

Eine der vulnerabelsten Phasen ist die Loslösungsphase (10.-15. Monat) und die anschließende Wiederannäherungsphase oder auch Wiederannäherungskrise (15.-24. Monat). Die Meisterung dieser Phase ist hoch bedeutend für die weitere Entwicklung. Die Folgen einer nicht gelungenen Meisterung werden am sichtbarsten mit Beginn der Pubertät. Ich beziehe mich hier bewusst auf die alte Bezeichnung von Margret Mahler (1978).

Ein wichtiger Faktor ist außerdem die Bedeutung des Vaters. Die von Margret Mahlers Mitarbeiter E. L. Abelin (1971) ausgearbeitete Theorie der frühen Triangulierung besagt, dass die Ambivalenz der Wiederannäherungszeit, die das Kind in der Beziehung zur Mutter erlebt, durch die Zuwendung zum Vater gemildert werden kann.

Mit dem Diabetes tritt also zusätzlich zu den Schwierigkeiten, die die Bewältigung dieser Phase beinhaltet, eine Erkrankung auf, die dem Bewältigungsziel der Ablösung konträr entgegensteht und diese damit erschwert. Ist das Ziel die Ablösung und Wiederannäherung mit der Beibehaltung der erreichten Autonomie und der weiteren Entdeckung des Dritten, so führt das Auftreten eines Diabetes erst einmal wieder zu einer extrem engen Bindung zwischen Mutter und Kind und meistens auch einem Ausschluss des Vaters, da die Behandlung meist in der Hand der Mutter liegt. Die Einstellung und Behandlung des Diabetes tritt an die Stelle des Dritten.

Wenn ein Kind in diesem Alter einen Diabetes bekommt, kann es eine Schulung nur mithilfe der Mutter durchführen. Die Beziehung verändert sich durch die Erkrankung bzw. Stoffwechselstörung. Die Mutter ist zunächst verunsichert, dass es viele Einflüsse gibt, die den Blutzucker verändern. Jegliche Nahrungsaufnahme muss geplant werden, jedes Blutzuckermessen, Spritzen ist mit einer Verletzung gepaart. Bewegung hat einen erheblichen Einfluss auf den Blutzucker: Viel Bewegung senkt den Blutzucker, zu wenig lässt ihn ansteigen. Wie will man mit einem zwei- bis vierjährigen Kind planen, ob, wann und wie es sich bewegt oder was es isst? Das heißt, es setzt eine starke Kontrolle, gepaart mit Verunsicherung ein, was zu einer völlig veränderten Beziehung führt. Insbesondere führt es wieder zu einer dualen Beziehung. Vor allem steht die Einstellung der diabetischen Stoffwechsellage im Mittelpunkt, für das Kind selber und seine Gefühle bleibt wenig Raum.

In diese Zeit fällt auch der Beginn des Spracherwerbs und Entwicklung der Sprache. Das Sprachvermögen ist eng mit dem Affekterleben gekoppelt (Hamburger, A., 1995). Ein Affekt setzt sich aus Substrukturen zusammen, die Steimer-Krause und Krause (1993) (modifiziert) folgendermaßen unterteilen:

S.1	ein affektives, expressives Signal, z.B. im Gesicht oder der Stimme mit Gesichtsausdrücken und Vokalisierungen
S.2	eine physiologische Komponente der Aktivierung bzw. Deaktivierung des autonomen und endokrinen Systems
S.3	eine motivationale Komponente mit Verhaltens-Anbahnungen im grob-motorisch Bereich
S.1 - S.3	werden »occurring emotions << genannt, weil keine mentale selbstreflexive Abbildung für ihr Auftauchen erforderlich ist.
S.4	eine bewusste Wahrnehmung der körperlichen Komponenten bzw. des Affektes
S.5	die Benennung und Erklärung und Bewertung der Wahrnehmung, der auslösenden Situationen, sowie eine Zuordnung zum Selbst bzw. Objektbereich
Z.1	typische zeitliche Abfolge des affektiven Geschehens innerhalb des Individuums
Z.2	typische zeitliche Abfolge des affektiven Geschehens zwischen Individuen

Abbildung 1: Substrukturen des Affekts nach Steimer-Krause und Krause (1993), modifiziert

Affekte haben nach Krause (2012, S. 209) eine Funktion der Regulation der Interaktion. So bedeutet übersetzt der Affekt Ärger: »Du weg von mir«, Ekel: »Du raus aus mir«, Verachtung: »Du nicht ran an mich« Freude: »Komm her zu mir«, All die inneren Signale S1-S3 können auch durch Unterzuckerungen oder zu hohen Blutzucker entstehen. Das Gehirn ist auf Glukose als einzigem Energielieferanten angewiesen, ein Mangel oder ein Zuviel an Glukose im Gehirn macht Symptome, die Affektäußerungen gleichen können.

Die Beziehungsregulation wird nun auch über die Höhe des Zuckers beeinflusst. Schnell ist zum Beispiel jeder Wutausbruch, jede Aggression auch mit der Frage der Hypoglykämie verbunden. Bei dem Affekt Ärger, den Krause mit der Intention »Du weg von mir« charakterisiert hat, führt diese Intention durch den eventuellen Abfall des Blutzuckers auch manchmal zum Gegenteil. Die Mutter kommt her, misst den Blutzucker (Verletzung), gibt etwas zu essen. Essen und Wut passen nicht! Wenn der Zucker entgleist, wird die abgelehnte ambivalente Beziehung noch enger, gleichzeitig distanzieren sich innerlich beide Beziehungspartner. Die Affektsignale können eine doppelt gegenläufige Bedeutung bekommen. Auf der einen Seite das Kind, das lernt mit dem Diabetes auch Ausdrucksmöglichkeiten zu haben, auf der anderen Seite die Mutter, die diesen Ausdruck aber nicht versprachlicht oder auf der Ebene der Blutzuckersprache bleibt, nicht beide gegenläufigen Bedeutungen abklärt oder nicht die Zeit dazu hat. »Du darfst nicht raus, dein Blutzucker ist zu hoch oder zu niedrig«, dies reicht manchmal schon als Erklärung. Wenn das Kind aggressiv ist, wird zunächst nach dem Zucker geguckt. Ist es müde, kommt die Frage nach dem zu hohen Blutzuckerwert. Hier beginnt eventuell eine pathologische Spiegelung mit der zusätzlichen Fehlbenennung des gefühlten Affektes und einem folgenden Mismatch.

Das Kind knüpft seine Gefühle von Wut, Ärger und Enttäuschung an Blutzuckerwerte, aber auch an Objekte und deren verwirrende Reaktionen. Patienten, die so früh den Diabetes bekommen, lernen sehr früh, ihre Befindlichkeit, Affekte über Blutzuckerwerte auszudrücken und die Beziehung über die Höhe oder Tiefe zu regulieren. So entsteht eine Sprache, die ich die Sprache des Diabetes genannt habe. Beide Beziehungspartner verstehen diese Sprache, Dritte sind ausgeschlossen, die Sprache ist etwas Drittes in der Dualunion. Für die Mütter ist die Sprache meist rückübersetzbar, für die kleinen Patienten und

späteren Erwachsenen oft nicht. Es ist oder wird eine Primärsprache. Der Stand des Blutzuckers oder Gefahren werden zunehmend Erklärungsmodell und Ersatz für andere Kommunikation. Affekte werden dann nicht mit Worten verknüpft, sondern mit Blutzuckerwerten. Problematisch wird es außerdem, wenn die Intention des Affekts zu einer gegenläufigen Reaktion führt.

Über Affekte spricht man in seiner Kindheitssprache. Was geschieht jedoch mit dem Affektausdruck, wenn die Kindheitssprache die Zahlenwerte des Zuckers sind? Das Problem bei und mit diesen Patienten ist: Wie findet man mit ihnen eine Sprache, die sie auch affektiv besetzen können? Wie findet man die Intention des Blutzuckerwertes, des Affektes heraus? Wie findet man erlebensnahe Worte für Gefühle, die bisher über Blutzuckerwerte ausgedrückt wurden? Wenn die Symbolisierung in Zahlen bzw. Blutzuckerwerten stattfindet, kann das Gefühl keine Gestalt annehmen, kann es zu keiner Differenzierung von Affekten kommen. Wie löst man die sich widersprechenden Gefühle und Gefühlsantworten auf? Das Gefährliche dieser Sprache sind neben den Beziehungsschwierigkeiten vor allem die Spätfolgen durch die schlechte Blutzuckereinstellung, wie beim ersten Fallbeispiel.

Die Hypoglykämie (Unterzuckerung) ist im Endstadium das hypoglykämische Koma. Es hat einige Prodromalstadien: Zunächst Heißhunger, der viele Patienten schon reagieren lässt, dann kommt es zu Verhaltensänderungen. Das Gehirn ist wie erwähnt ausschließlich auf Glukose als Energielieferant angewiesen viele Patienten sind in dieser Phase sehr aggressiv oder depressiv, verweigern die Nahrungsaufnahme, werden sogar tötlich, schimpfen usw. Manchmal ist die Unterzuckerung aber auch die einzige Möglichkeit aggressiv gegen andere zu werden, ohne verantwortlich zu sein. Die Hypoglykämie ist eine schnell auftretende Symptomatik und verschafft schnell eine Interaktion. Die blinde Patientin im ersten Fallbeispiel erlebte später ab und zu »Hypos«, in denen sie heftige Aggressionen gegen ihren Ehemann hatte, obwohl sie sonst nur lieb und nett war, sie ließ sich dann von ihm nichts zu essen geben und kein Glukagon (Gegenspieler des Insulins) spritzen. Dann wurde ich gerufen – in dieser Konstellation als Eheberaterin.

Die Hyperglykämie – etwa bei der ersten Patientin vor der Erblindung und bei der zweiten Patientin gehört, salopp gesagt, zum »Dauerclinch«. In den

skizzierten Beispielen meint dies überwiegend die Angst vor den Spätsymptomen. Sie entwickelt sich langsam, ist daher auch nicht als Schreck- oder Überraschungsmoment zu nutzen, sondern eher langfristig als Druckmittel und Bestrafung, aber auch als Mittel, andere zu binden, wie bei der zweiten Patientin.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, der Diabetes mellitus Typ 1 führt gerade in der Loslösungs- und Widerannährungsphase zu einer notgedrungen engeren Beziehung (meist zwischen Mutter und Kind), der sich beide nicht entziehen können. Beiden ist klar (meist zunächst nur der Mutter), dass das Leben davon abhängt, dass Insulin gespritzt und auf eine Diät geachtet wird. Ebenso die über allem schwebende Angst vor den 15-30 Jahre später auftretenden Spätfolgen (Blindheit, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, schwere Veränderungen der großen und kleinen Gefäße mit der Folge von Herzinfarkten sowie Amputationen der Gliedmaßen) beeinflusst die Beziehung. Die Beziehung wird wieder enger, kontrollierender gestaltet, der vorher errungene Freiraum auf beiden Seiten wird wieder eingeschränkt. Die Höhe des Blutzuckers bestimmt das Handeln. Die Diabeteseinstellung wird zu einem Dritten und führt damit zu einem eingegengten Triangulierungsprozess.

Die Affekte, die auftreten, sind oft schwer zu entschlüsseln und können zu Reaktionen führen, die dem eigentlichen Affekt konträr gegenüberstehen. Sie werden oft mit der Höhe des Blutzuckers korreliert und führen zu Fehlbenennungen bzw. werden in Blutzuckerwerten ausgedrückt, was zu einem Mismatch führt. Meist bleibt aber die Beziehungsgestaltung bis zur Pubertät stabil.

Entwicklungsaufgaben der Pubertät

In der Pubertät stehen erneute Entwicklungsaufgaben an, die mit Trennung verbunden sind. Diese zu lösen, wird durch eine schon bestehende oder neu auftretende Erkrankung erheblich erschwert. Es entsteht ein Dilemma: Durch die Diabetesbehandlung an die Mutter gebunden, soll es hinaus in die Welt gehen, zur Peergroup, zum anderen Geschlecht, zum Sexualpartner und vielem mehr. Dies führt zu einem speziellen Beziehungsmechanismus, einem Kompromissversuch zur Lösung des Dilemmas (mit Mutter geht es nicht, ohne Mutter geht es auch nicht). Es handelt sich dabei um einen fatalen Lösungsversuch,

den ich (1997) schon im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa beschrieben habe.

Ich möchte diese Art der Beziehungskonstellation lineare Triangulierung nennen; die Paradoxie in der Benennung ist beabsichtigt und stellt die Unauflöslichkeit dar. Es ist eine gar nicht so seltene Art der Beziehungskonstellation, sie fällt aber meist nur auf, wenn das Dritte gefährlich oder gar lebensgefährlich ist, wie beider Anorexia nervosa oder dem Diabetes mellitus.

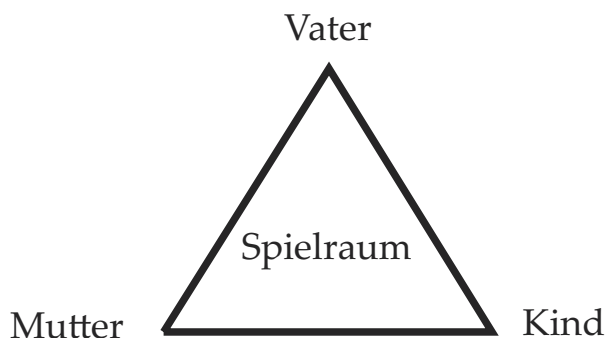


Abbildung 2: Normale Triangulierung mit Interaktionsspielraum

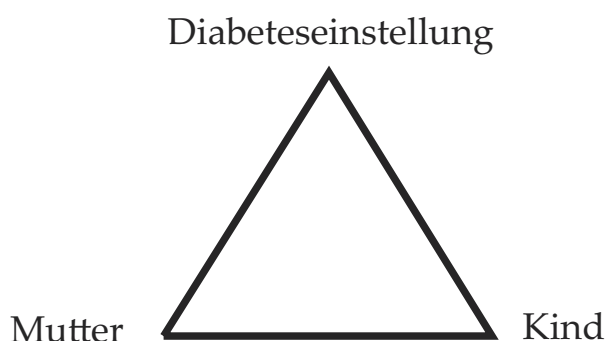


Abbildung 3: Triangulierung bei Diabetesbehandlung, verminderter Interaktionsspielraum



Abbildung 4: Lineare Triangulierung mit Verweigerung des Dritten (Behandlung), (Versorgung), kein Interaktionsspielraum

Bedingt durch den Diabetes bleiben Erfahrungen und psychische Niederschläge von Mehrpersonenbeziehungen unterentwickelt. Die Patienten bleiben in der dyadischen Fixierung, in der Regel an die Mutter, hochambivalent gebunden. Das gemeinsame Dritte ist vor allem die Diabeteseinstellung. An dieser Fixierung sind auch die Väter beteiligt, nämlich indem sie nicht beteiligt sind und damit die Fixierung an die Mutter auch nicht entlasten.

In diesem Muster bedeutet Nähe: Angst vor Vereinnahmung, Auflösung vor Grenzen; und Distanz bedeutet: Angst vor Verlust der Beziehung, die gleichzeitig in der Phantasie lebenserhaltend ist, somit Todesangst. Manchmal bedeutet auch Nähe Todesangst; und Distanz bedeutet Angst, mit dem Diabetes allein gelassen zu werden. In jedem Fall geht es um die Angst, vom Objekt vereinnahmt oder verlassen zu werden. Die Patienten lösen dieses Dilemma, indem sie das gemeinsame Dritte zu Hilfe nehmen: die Diabeteseinstellung, die in der Mutter-Kind-Beziehung hoch besetzt und beziehungserhaltend ist. Jetzt wird diese aber als Distanzierungs- bzw. Abgrenzungsmöglichkeit durch Verweigerung genutzt, um sich zumindest hierdurch im Binnenraum von der Mutter abgegrenzt und autonom zu fühlen. Die Verweigerung bringt also etwas Drittes in die Dyade, jedoch nicht im Sinne einer echten Triangulierung, also einem Dreieck mit Spielraum, sondern führt zu einer erweiterten Dyade ohne Spielraum, ohne Mentalisierungsmöglichkeit. Somit führen vermeintliche Autonomieschritte nicht in neue Beziehungen, sondern engen sich auf einen Kampf um die Diabeteseinstellung mit dem vertrauten Beziehungspartner ein.

Dieser Kampf stellt einerseits einen vermeintlichen Schritt in die Autonomie dar, bedeutet aber letztendlich einen Entwicklungsstillstand. Da es keine innerpsychische Vorstellung einer funktionierenden Triangulierung gibt, wird nun die Diabeteseinstellung durch Verweigerung in die Zweierbeziehungen von Mutter und Kind einbezogen und verliert ihre unabhängige Bedeutung. Das heißt, Mutter und Kind (oder Jugendliche/Jugendlicher) können nicht mehr über die Diabeteseinstellung an sich verhandeln, sondern sie wird zur Nähe-Distanz-Regulierung benutzt.

» [...] in komplementär strukturierten Beziehungen verwandelt sich Abhängigkeit in Zwang, wobei für Beziehungen, die in einer Sackgasse stehen, charakteristisch ist, dass zwanghafte Abhängigkeit beide Partner faktisch in eine Eskalationsspirale

von Aktion und Reaktion zwingt. Ein Konflikt kann nicht bearbeitet, wahrgenommen, gehalten, vermittelt oder spielerisch gehandhabt werden, sondern in Gestalt eines unaufgelösten, auf beiderseitigen Spaltungsmechanismen beruhenden Dauerstreits agiert, wobei einer dem anderen jeweils mit gleicher Münze heimzahlt.

[...] Nach dem Täter/Opfer-Schema hat jeder das Gefühl, ihm werde etwas angetan, ohne zu merken, dass er auch dem anderen etwas antut und so dazu beiträgt, eine gemeinsame Beziehungsrealität zu gestalten [..]

Die Frage zu beantworten, wie ein Paar aus dieser derartig erzeugten Komplementaritätsfalle herausfinden und das zugrunde liegende äußere und innere Interaktionsmuster aufgeben kann, ist eine wahre Herausforderung für eine Theorie der Intersubjektivität« (Benjamin. 2010, S. 69f.).

Durch die Verweigerung, die notwendigen Maßnahmen zu treffen, um eine gute Diabeteseinstellung zu gewährleisten, vereinigen die Patienten die scheinbar unvereinbaren Wünsche nach Separation oder auch Autonomie (Distanz) und Bindung (Nähe). Durch Verweigerung versuchen sie, eine Autonomie innerhalb der dyadischen Beziehung zu schaffen, aber auf Kosten einer guten Blutzuckereinstellung und der Gefahr von Spätfolgen. So lösen die Patienten, aus ihrer Sicht auf geniale Weise, das Dilemma der anstehenden Entwicklungsaufgabe mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln. Doch führt gerade diese Lösung zu einem Stillstand beziehungsweise Rückschritt. Sie versuchen ein psychisches Überleben (Unabhängigkeit, Abgrenzung in der Beziehung) auf Kosten des physischen Überlebens (schlechte Blutzuckereinstellung, Spätfolgen) zu erreichen.

Was diese Ausführungen für die analytische/ psychotherapeutische Praxis bedeuten, möchte ich an einem Beispiel aus der Behandlung einer 42-jährigen Patientin zeigen.

Viertes Fallbeispiel

Die Patientin sagte schon am Telefon: »Ich will eine Therapie machen, weil ich ständig unterzuckere.« In der Interaktion war sofort die Unterzuckerung

Thema. Sie merke die Unterzuckerungen nicht. Seitdem sie sich von ihrem Mann getrennt hatte, schlafen zur Sicherheit abwechselnd die beiden pubertierenden Söhne im Ehebett.

Ich besprach mit ihr, was passiert, falls sie in der Therapie unterzuckere. Ebenfalls, dass ich sie auch im Falle einer akuten Hypoglykämie nicht selbst behandeln würde. Ihre erste Reaktion war: »Haben sie Angst? Wollen Sie mich nicht?« Meine Antwort: »Nein, aber ich kann nicht beides. Was brauchen Sie, wenn Sie unterzuckern?« Durch die Frage wurde ein triangulärer Raum eröffnet.

Es war ein Prozess, in dem wir uns vom Rufen des Notarztes auf vielen Umwegen und Verhandlungen auf das Rufen eines Arztes gegenüber meiner Praxis, einigen konnten. Wir konnten uns über ihre Ängste unterhalten, gleich in eine Klinik abgeschoben zu werden. Auch das war verhandelbar.

Meine Technik ist es, nicht auf das Angebot dieser Beziehungsgestaltung einzugehen, sondern im Falle des Auftretens des Symptoms einen Dritten (hier den Arzt gegenüber) hinzuzuziehen. Vor allem aber kommt es mir darauf an, einen Verhandlungsspielraum zu eröffnen. Im Hintergrund stelle ich mir immer die Frage:

Wie lasse ich ein Dreieck mit Verhandlungsspielraum entstehen, der die Voraussetzung dafür ist, eine Beziehung zur Patientin oder zum Patienten zu bekommen und damit Entwicklung zu ermöglichen?

Dies verunsichert die Hilfesuchenden zunächst, da es sie der gewohnten Mittel zur Beziehungsgestaltung beraubt. Es verschafft aber den Raum, erst einmal einen Raum zu etablieren, in dem über das Symptom gesprochen werden kann. Dadurch ist das Symptom nicht mehr so tauglich, zur Beziehungsregulierung genutzt zu werden. Jessica Benjamin schreibt:

»Während der Begriff des Dritten in verschiedenen Theorien sehr viel Verschiedenes bedeuten kann, solange es nur einen Bezugspunkt außerhalb der analytischen Dyade liefert – die professionelle Haltung des Psychoanalytikers oder das, was er mit dem Patienten gemeinsam hat, oder die Theorie, mit der er arbeitet, gilt mein Interesse nicht der Sache, die wir zur Herstellung des Dritten

verwenden, sondern dem Herstellungsprozess selber: auf welche Weise erzeugen wir ein relationales System und wie erwerben wir die intersubjektiven Fähigkeiten, um gemeinsam ein solches Beziehungsgebilde zu schaffen? Für mich macht das Dritte das Wesen menschlicher Bezogenheit aus, es ist eine intersubjektive Erfahrung, die ihre intrapsychische Entsprechung in einem mentalen Raum hat und mit Winnicott's >potentiellem Raum< oder >Übergangsraum< eng verwandt ist« (Benjamin, 2010, S. 68).

Nach einigem Weigern und Hoffen, ich würde darauf zurückkommen und fragen, ob sie sich bei dem Arzt vorgestellt habe – was ich aber nicht tat, sondern davon ausging, dass klar ist, dass ich sonst keine Behandlung anfangen würde – , teilte sie mir in der letzten probatorischen Sitzung mit, dass sie bei dem Arzt war und dass das in Ordnung sei: Er würde kommen, wenn sie unterzuckere.

Dadurch wurde ich nicht zur verfolgenden vereinnahmenden Mutter und die Patientin eignete sich auch wieder eine Autonomie und Selbstverantwortung an.

Zu Beginn der Therapie teilte sie mir mit, nachdem sie häufig demonstrativ den Blutzucker maß: »Ich habe beschlossen, ich werde hier nicht unterzuckern.« Übersetzt hieß das: Ich werde bei Ihnen nicht regressiv werden, Ich bekam zuerst Schuldgefühle, weil ich ihr etwas verweigerte, merkte aber dann, ich verweigerte nur eine höchst gefährliche Form der Regression. Dies führte aber nach längerer Zeit zu einer sehr langsamen Annäherung mit vielen misstrauischen ängstlichen panischen Phasen, in denen sie ihre Ängste und ihre Geschichte zunehmend verbalisieren konnte. Bisher drückte sie das über ihre Blutzuckerwerte aus.

Diese Patientin hat ihren Diabetes mit zwölf Jahren bekommen, also deutlich später und in einer anderen Ablösephase als oben beschrieben. Bei dieser Patientin habe ich gelernt und sie mit mir, welche Bedeutungen die Unterzuckerungen haben: Neben klar medizinisch begründbaren Unterzuckerungen, die sie am Anfang immer demonstrierte bzw. erzählte und damit testete, ob ich ihr glaubte, gab es die Sehnsucht nach Verschmelzung mit mir, die aber nur in der Ohnmacht möglich war, da man ihrer Erfahrung nach nur geliebt werden

kann, wenn man tot ist. Ein Geschwister starb früh und wurde extrem betrauert. Hier zeigte die Patientin eine heftige Todessehnsucht. Eine weitere Bedeutung der Unterzuckerung besteht darin, auf diesem Weg der Scham zu entgehen, wenn man sich ohnmächtig fühlt, mit der Unterzuckerung aber gerade ohnmächtig wird. Außerdem bietet die Unterzuckerung die Möglichkeit, den extremen Forderungen der Mutter nach Funktionieren zu entgehen.

Die Loslösungs- und Wiederannäherungsphase war bei dieser Patientin durch eine Vereinnahmung geprägt gewesen, verbunden mit einer hochgradigen Ablehnung. Affektiv hatte sie anfangs ein amimisches »still face«, mit dem sie mich sehr misstrauisch beobachtete. Die Behandlung fand in den ersten 150 Stunden im Sitzen statt.

Sie hatte Angst, dass ich sie doch vereinnahmte, nicht wirklich wahrnahm. Dies ist im Sinne Joyce McDougall's »Ein Körper für zwei« (1991) zu verstehen: die Tochter nicht als eigenständig zu sehen, sondern als einen als Teil von sich, der lästig ist, abzulehnen (vgl. die Patientin im ersten Fallbeispiel).

Trotz der schwierigen Beziehungskonstellation hatte diese Patientin zumindest Worte für Affekte, die sie zunehmend mit den Unterzuckerungen in Verbindung brachte. Die Unterzuckerungen ließen im Verlauf der Therapie deutlich nach, Thema wurde zunehmend die Patientin selbst, ihre Verzweiflung über den Diabetes, aber auch langsam die Akzeptanz und die Anerkennung der Leistung, die sie in ihrem Leben erbracht hat. Die Anerkennung des Analytikers für die Leistung des Patienten ist meines Erachtens ein wichtiger Aspekt in diesen Behandlungen. Ein Patient, der Stolz auf seine Leistung ist, die er im Umgang mit seiner Erkrankung vollbringt, kann diese etwas besser akzeptieren.

Im Verlauf der Therapie veränderte sich die Mimik der Patientin. In der Gegenübertragung spürte ich, dass ich viel weniger angestrengt war und zunehmend mehr Kontakt zu meinen eigenen Affekten bekam. Dies sind nur wenige Details aus einer langen Behandlung.

Zusammenfassung

Beim Auftreten des Diabetes entsteht in wichtigen Entwicklungsphasen des Kindes und des Jugendlichen eine eigene Beziehungsdynamik. Hier entsteht eine eigene Sprache, die Sprache des Diabetes, mit einer schwierigen Affektentschlüsselung, und eine spezielle Beziehungsregulierung, die ich lineare Triangulierung nenne.

Für Kinder, die im Alter von zwei Jahren den Diabetes bekommen, ist diese Sprache in den Spracherwerb integriert und damit auch eine Primärsprache, die nicht oder sehr schwer rückübersetzbar ist, was die analytische Behandlung erschwert. Meines Erachtens kann es in solchen Fällen sinnvoll sein, neben einer analytischen Therapie zusätzliche nonverbale Therapieformen wie Konzentrative Bewegungstherapie, Kunst- oder auch Musiktherapie hinzuzuziehen, um ein gemeinsames Affekterleben und Körpererleben von Affekten in Sprache zu etablieren. Patienten, die in einem späteren Alter den Diabetes bekommen, entwickeln eine ähnliche Interaktion und Sprache, können aber in der analytischen Therapie wieder auf den alten Spracherwerb zurückgreifen, was dann Inhalt der Therapie sein wird. Durch die Eröffnung des triangulären Raumes sind dann wieder Entwicklungsmöglichkeiten gegeben.

Gerade bei dieser Beziehungsdynamik ist eine analytische Therapie sehr hilfreich und sinnvoll, da sie die Möglichkeit der intensiven Beziehungsgestaltung und Entwicklung bietet, sofern sich die Therapeuten auf das körperliche Geschehen mit seinen Ausdrucksmöglichkeiten einlassen. Meiner Erfahrung nach haben es Patienten oft schwer analytische Therapeuten zu finden, wenn ein körperliches Symptom die Kontaktaufnahme bestimmt. Die Möglichkeit, einen Dritten (Arzt) in das Beziehungsgeschehen einzubinden und damit wieder einen Spielraum für die therapeutische Arbeit zu eröffnen, kann sowohl therapeutisch hilfreich als auch angstentlastend für beide Seiten sein.

Literatur

- Abelin, E. L (1971). The role of the Father in the separation - individuation process. In J. Mc Devitt & C. Settlage (Hrsg.), Separation -Individuation. New York: International Universities Press.
- Benjamin, J. (2010). Tue ich, oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept. In M. Altmeyer & H. Thomä (Hrsg.), Die vernetzte Seele (S. 65-107). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hamburger, A. (1995). Entwicklung der Sprache. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jancik, B.&Vandieken, R. (1997). Beziehungsdilemmata mit Anorexia nervosa-Patienten. Zeitschrift f. Verdauungskrankheiten, 75(1), 43-47.
- Krause, R. (2012). Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Mahler M., Pine, F. & Bergmann, A. (1978). Die psychische Geburt des Menschen (1. Aufl.). Frankfurt a. M: Fischer.
- McDougall, J. (1991). Ein Körper für zwei. In ders., Theater des Körpers (S. 157-183). Weinheim: Verlag für Internationale Psychoanalyse.
- Steimer-Krause, E. & Krause, R. (1993). Affekt und Beziehung. In Buchheim, P., Cierpka, M. & Seifen, T. (Hrsg.), Beziehungen im Fokus. Weiterbildungsforschung. Berlin u.a.: Springer.

„Im Herzen der Gewalt“ von Edouard Louis, 2017

Ulrike Hadrich

Autobiographisches Bekenntnis, Sozialanalyse oder Programm-Literatur?

Eine Spurensuche

Als Edouard Louis im Oktober 2017 bei der Frankfurter Buchmesse mit seinem Roman „Im Herzen der Gewalt“ auftritt, ist er bereits ein gefeierter Jungstar, zumindest in Deutschland, in Frankreich ist er kaum bekannt. Das Buch wurde von Hinrich Schmidt-Henkel, einem versierten Übersetzer des S. Fischer-Verlags übertragen. Der Originaltitel „Histoire de la violence“ erhält durch die deutsche Version „Im Herzen der Gewalt“ einen dramatisierenden Effekt.

In Frankreich gibt es eine Tradition der politischen Stellungnahme von Autoren für oder gegen die amtierende Regierung, die wir in der BRD zuletzt mit Heinrich Böll und Günther Grass wahrnehmen konnten. Zudem lässt umgekehrt kein neu ernannter Staatspräsident die Gelegenheit aus, sich auf namhafte Schriftsteller zu berufen, um seine Bildung und seine Republiktreue auszuweisen. So zitiert Macron in seinen Reden gerne den Poet der Resistance, René Char, um seine politische Haltung zu untermalen.

Im konkreten Fall heißt dies: Edouard Louis nimmt ausdrücklich Stellung gegen den neuen Staatspräsidenten und beklagt, dass dessen Wahlsieg zukünftig noch mehr Wähler in die Arme des Front National von Marie Le Pen treiben wird. Macron bediene die Wirtschaftselite und lasse die kleinen Leute der Provinz liegen. Edouard Louis ist ein Freund und Vertrauter von Didier Eribon. Eribon ist als Autor von „Rückkehr nach Reims“, einer autobiographischen Sozialanalyse im Umfeld der neu entstehenden Rechtsradikalität in der französischen Provinz, in den letzten Jahren schlagartig bekannt geworden. Dider Eribon verweigerte seinerseits den Auftritt auf der Buchmesse in Frankfurt/M., weil er nicht an einem Ort mit dem neuen Staatspräsidenten auftreten wollte.

Edourd Louis weist sich aus als Autor in der republikanischen Tradition der politischen Stellungnahme. Zugleich folgt er dem Typus des jungen revolutionären

und homosexuellen Genies, das mit Dichtern wie Francois Villon, André Gide, Julien Green, Arthur Rimbaud, Jean Genet und anderen verbunden wird. Die Abschaffung des § 175 (1971) durch Gustav Heinemann hatte in Deutschland eine homosexuelle Bekenntnisliteratur ermöglicht, aber in Frankreich war der Umgang mit dem sexuellen Skandalon von jeher eleganter: Man lebte unter einer bürgerlichen Fassade entschieden homosexuell. Die Geschichte des privaten Lebens wurde doppelbödig geschrieben. Schon 1791 wurde die Homosexualität im Code Pénal legalisiert, wenn gleich sie gesellschaftlich geächtet blieb.

Louis macht Homosexualität explizit zum Thema des Romans. Die Namen seiner homosexuellen Freunde, des Autors und Soziologen Didier Eribon wie des Philosophen Geoffroy de Lagasnerie sind authentisch, unverschlüsselt. Die Gewalt, die Louis im Roman zunächst gesellschaftlich festmacht als französische Staats-Gewalt gegenüber den nordafrikanischen Immigranten der zweiten Generation, den sog. „maghrebien“, dann als institutionelle Gewalt der Polizei, die seinen Fall untersucht, erlebt er persönlich als Vergewaltigung durch einen jungen Nordafrikaner, der ihn am Weihnachtsabend auf der Straße anspricht und zu sich einlädt. Es ist die Lust der ersten Sekunde in dieser Begegnung, der er entgegen aller Vernunft und Trägheit nachgibt und die ihn in eine fast tödliche Situation bringt.

Die dritte Spur in der Genese von „Im Herzen der Gewalt“ finden wir im Epilog des Romans. Es ist leicht, diese Nachschrift zu übersehen, nichts weist im Text darauf hin. Es handelt sich um einen Auszug aus dem Roman „Kaddisch für ein nicht geborenes Kind“ von Imre Kertesz. Im Französischen gibt es eine Formel, die man bei der Unterzeichnung eines Dokuments vor seine Unterschrift setzt: „Lu et approuvé“. Sie bedeutet so viel wie „gelesen und für wahr befunden“. Louis „unterschreibt“ (unterlegt) mit dem Zitat seinen Text mit Gedanken eines Autors, dessen Romane viele autobiographische Anteile haben. In ihnen verarbeitet er die Schrecken seiner Kindheit und Jugend und verleiht ihnen einen Ausdruck von „Wahrheit“. Imre Kertesz lebte als jüdisches Kind und Jugendlicher in Konzentrationslagern. Später fristete er als nicht wahrgenommener Autor und Übersetzer sein kärgliches Dasein hinter dem „eisernen Vorhang“ in Ungarn. Louis zitiert Kertesz's Bekenntnis zur Wahrheit: „ Es zeigte sich, dass ich nicht schreibe, um Freude zu finden, sondern dass ich, im Gegenteil, mit meinem Schreiben den Schmerz suche, den größtmöglichen,

beinahe schon unerträglichen Schmerz, ja, das ist wahrscheinlich der Grund, denn der Schmerz ist die Wahrheit, auf die Frage jedoch, was Wahrheit ist, schrieb ich, gibt es eine sehr einfache Antwort: Wahrheit ist das, was mich verzehrt.“

Imre Kertesz ist nicht die einzige literarische Referenz, die Louis anbietet. Ferner argumentiert er mit einer These von Hannah Arendt, wonach es gelte mit der Lüge der Wahrheit zu widerstehen und greift auf „die Fähigkeit zu lügen – und das Vermögen, die Wirklichkeit zu verändern“ zurück: „Es steht uns frei, die Welt zu verändern und in ihr etwas Neues anzufangen“. D.h. die Heilung käme aus der Möglichkeit zur Leugnung der Realität. Wobei wir in diesem Fall konstatieren, dass die Beweisführung mit Arendt sich nicht mit der Bezugnahme auf Kertesz deckt. „Die Offenbarung der Wahrheit“ (bei Kertesz) widerspricht deutlich „der Fähigkeit zur Lüge“ (bei Arendt).

Stilistisch treffen wir in Louis' Roman auf die Schriftstellerin Annie Ernaux, an deren Schreiben sich sowohl Eribon wie Louis bekennd orientieren. In ihrem Roman „Die Jahre“ (2017) steht das Leben der Hauptfigur im Schnittpunkt von Beziehungen, politischen Ereignissen, Moden und Diskursen. Dabei verzichtet sie auf jede Erzählperspektive in der Ichform, stattdessen will sie die kollektiven Seiten von Individualität ergründen, in denen sich der Leser findet und berührt wird. Bei Louis wird genau diese Technik angewandt, wenn er vom Ich zum Er wechselt und den Leser vom Miterlebenden seines Gewalttraumas zum verstehenden Beobachter macht. Diese Schichten des Verstehens verwendet er als stilistischen Perspektivwechsel, worin er abwechselnd sich selbst, seine Schwester, die seine Geschichte ihrem Mann wiedergibt, die objektivierenden Polizeiberichte und... zu Wort kommen lässt.

In der Erzählung hat Didier Eribon dem Autor zu Weihnachten den Roman „Die Akazie“ des französischen Literatur-Nobelpreisträgers Claude Simon geschenkt. Darin wird an das mörderische Gemetzel der beiden Weltkriege erinnert. In Form einer Totenklage versucht Simon mit Wörtern dem Unsagbaren Existenz zu verschaffen, Wahrheit herzustellen.

Wie können wir die hartnäckige Suche eines jungen demokratischen Autors nach der Wahrheit deuten? Die öffentliche Diskussion um die Wahrheit ist zum

Pressekrieg von fake-news geworden. Keiner weiß mehr, was er glauben soll. Lügen heißen alternative Fakten. Bedroht die Krise der Wahrheit die Demokratie? Der Amerikanist Michael Butter (Nichts ist wie es scheint, Suhrkamp 2018) sieht in der Krise der Wahrheit eine Fragmentierung der Gesellschaft, ein Symptom für eine tiefer liegende Krise der Demokratie. „ Wenn Gesellschaften sich nicht mehr darauf verständigen können, was wahr ist, können sie auch die drängenden Probleme des 21. Jahrhunderts nicht meistern“.

„Was kann der Leser aus der thematischen Fülle schließen: aus der politischen Aktualität und Stellungnahme, dem Mythos des jungen homosexuellen Genies, einer homosexuellen Beziehung mit einem jungen Muslim als Tabubruch, einem literarischer Bildungskanon von der Philosophie über Nobelpreisträger bis zu Erfolgsautoren, von der Gewalt als Gesellschaftsphänomen und der eigenen Erfahrung? Einerseits scheint ein junger Autor nach Identität zu suchen und läßt Leser an seiner Spurensuche teilhaben. .Andererseits läßt sich ein programmatisches Schreiben bemerken, das geschickt gelenkt von einen jungen Autor auf dem literarischen Sektor präsentiert?

Eins der literarischen Zitate im Roman von Louis stammt aus dem Roman „Die Freistatt“ von William Faulkner. In dem Gangsterroman hatte Faulkner ebenfalls eine Menge Themen untergebracht: Vergewaltigung, Voyeurismus, Lynchjustiz, Schlägereien und Morde. Die Veröffentlichung 1931 war ein Skandal und auch Faulkners erster kommerzieller Erfolg.

Anny Seifert-Börner

Gib Worte deinem Schmerz: Gram, der nicht spricht,
Preßt das beladne Herz, bis daß es bricht.
(W. Shakespeare, Macbeth 4.Akt.,3.Szene)

Édouard Louis, ein 25-jähriger französischer Autor und Schüler des Soziologen Didier Eribon, hat nach seinem ersten Erfolg mit einem autobiographischen Roman über das Aufwachsen eines homosexuellen Jugendlichen mit Mobbing und Gewalt in der französischen Provinz, erneut einen Bestseller veröffentlicht. Der deutsche Titel ist etwas reißerisch, lässt eher Assoziationen entstehen an spannungsreiche Abenteuer. Im Gegensatz dazu erscheint der französische Titel ‚Histoire de la violence‘ (Geschichte der Gewalt) angemessener.

Louis erzählt wieder eine Geschichte, die autobiographische Züge trägt. Auf seiner Homepage ist zu lesen: „Ich wollte aus der Gewalt einen literarischen Ort machen,... Es geht um die Gewalt, die meist unsichtbar ist. Genau darin besteht die Kraft der Literatur: Mit Worten das Unsichtbare zu zeigen.“ Hier treffen sich Psychoanalyse und Literatur. Auch wir versuchen, das Unsichtbare und oft Unfühlbare mit Worten spürbar und lebendig zu machen, allerdings in einer direkten Beziehung. Im Buch, in der Beziehung zwischen Autor und Leser, geht es um die Erzählung einer traumatischen Gewalterfahrung. Beim Lesen tasten wir uns an das Erleben und Fühlen des Protagonisten Édouard heran, so wie es auch in unserer Arbeit mit Traumatisierten geschieht. Im Übergangsraum der Literatur gestaltet sich das affektive Geschehen. Wir werden Zeuge des allmählich entstehenden und fühlbaren Schmerzes.

Was war geschehen? Ein junger Mann ist am Weihnachtsabend von einem gemütlichen Treffen mit Freunden auf dem Heimweg. Jemand spricht ihn an, ein äußerst attraktiver Mann. Sie kommen ins Gespräch, es entwickelt sich eine intensive, erotische Anziehung. Der junge Homosexuelle, der auf seine Herkunft befragt scherzhaft den Vater zitiert, der stets von der Familie als „reine Franzosen, sauberes Blut, unvermischt“ gesprochen hat, nimmt den jungen Araber, dessen Vater aus der Kabylei, einer verarmten Region in Algerien, nach Frankreich eingewandert ist, mit nach Hause. Sie schlafen miteinander, sind vertraut und zärtlich. Der Unbekannte erzählt vom Vater, der sich aus Not nach Frankreich durchgeschlagen hatte, um für sich und seine Kinder eine bessere

Zukunft zu erarbeiten. Diese Zukunft bestand jedoch zunächst aus einer Unterkunft mit menschenunwürdigen und demütigenden Verhältnissen und einem brutalen Heimleiter, der die Männer verachtete. Der junge Franzose hört voller Mitgefühl zu. Auch er ist aus seiner Heimat, der nordfranzösischen Provinz, geflohen, wo Ausgrenzung und Hass gegenüber Menschen, die nicht den üblichen Konventionen entsprachen, an der Tagesordnung waren. Auch er hat in Paris eine bessere Zukunft gesucht. So vergeht die Nacht mit Reden und Sex. Am frühen Morgen verabredet man sich locker zu einem gelegentlichen Treffen in einem Café. Kurz vor dem Abschied nimmt die Situation eine dramatische, gewaltsame Wendung. Handy und iPad des jungen Franzosen sind plötzlich verschwunden, und es ist offensichtlich, dass der Besucher beides an sich genommen hat. Des Diebstahls überführt, gerät er in grenzenlose Wut und versucht, der Beschämung durch gewalttätige Machtdemonstration zu entkommen. Er würgt sein Opfer, vergewaltigt es, bedroht es mit dem Tod. So geht es stundenlang. Eine Foltersituation, aus der es kein Entrinnen zu geben scheint. Schließlich, als wären die destruktive Wut des Täters und die hilflose Todesangst seines Opfers gleichzeitig zu einem Ende gekommen, gelingt Édouard die Flucht aus der Wohnung, die der Täter schließlich auch verlässt.

Soweit ein kohärentes Narrativ der Geschehnisse.

Der Roman gibt die Geschehnisse aber eben nicht so wieder, sondern besteht aus Bruchstücken der Erinnerung, aus Rückblenden, Vorgriffen, Kommentaren. Alles scheint durchsetzt mit dem Zweifel am Geschehen, an der Erinnerung. Er bringt die traumatisch bedingten Veränderungen der Wahrnehmung in Worte mit den charakteristischen Dehnungen der Zeit, nachbearbeitenden Gedanken und Assoziationen in Rück- und Vorschau. Die ungeheure Schwierigkeit, das Trauma erzählerisch zu symbolisieren, spiegelt sich auch im Kunstgriff des Autors wider, die Schwester Édouards die Umstände der Tat ihrem Mann berichten zu lassen, während das Opfer lauschend und das Gehörte kommentierend hinter der Tür steht. Diese Schwester, die eine ambivalente Beziehung zum homosexuellen Bruder hat, macht im Kontakt mit ihrem Mann ihre kopfschüttelnde Entwertung des Bruders deutlich. Zwischen den Zeilen liest man: wie kann man nur in solch eine Situation geraten? Hier zeigt sich, was Opfer nicht selten nach der Tat erleben: durch verständnislose Fragen und abschätzig kommentare mitverantwortlich gemacht und erneut eingeschüchtert und gedemütigt zu werden.

Die Stärke des Textes macht aus, dass wir förmlich mit hinein gezwungen werden in die Geschehnisse um die traumatische Situation herum. Gleich zu Beginn erleben wir den mühsamen Versuch, die heftigen Gefühle von Angst und Hilflosigkeit durch Zählen zu beruhigen und dadurch eine grundlegende, schon von Kindheit an erfahrene Ordnung wieder herzustellen. Es ist etwas Furchtbares außerhalb jeder erwartbaren Ordnung geschehen, es muss ein Versuch unternommen werden, es wieder ungeschehen zu machen. „Nur noch fünfzig Schritte, komm, nur noch zwanzig, gleich bist du da.“, lautet der innere Monolog. Es folgt die sachliche Beschreibung der intensiven Versuche, alle Spuren der Gewalttat weg zu waschen, alle Kleider zu reinigen, jeden Winkel der Wohnung zu putzen, um das Geschehene aus der Welt zu schaffen, um Scham und Ekel los zu werden. Wir werden Zeuge einer Aufgewühltheit, die noch keine Sprache hat für das, was geschehen ist, wo Inneres und Trauma noch völlig eins sind. Es heißt: „...aber der Geruch blieb, verursachte mir immer stärkere Übelkeit und Schwindel. Ich schloss daraus: Wahrscheinlich sitzt der Geruch in deiner Nase. Wahrscheinlich riechst du das Innere deiner Nase. Der Geruch sitzt darin fest.“

Das akute Trauma ist meist ein abruptes und überraschendes Ereignis, das die Fähigkeiten des Ichs, für ein minimales Gefühl der Sicherheit zu sorgen, außer Kraft setzt. Die Überwältigung und Überforderung katapultiert das Opfer in einen Zustand von absoluter Hilflosigkeit und Angst. Terr (1984, zitiert nach W.Bohleber) hat in einer empirischen Untersuchung gezeigt, dass es zu Veränderungen der Zeitwahrnehmung kommt. Mitunter scheint das Geschehen wie in Zeitlupe abzulaufen. Darüber hinaus kommt es zu weiteren Wahrnehmungsverzerrungen. Krystal spricht von einer Spaltung des Selbst in einen beobachtenden und einen anderen (Körper-) Teil, der sich dem Trauma preisgibt. (Krystal 1991, zitiert nach Bohleber, s.o.). Bei Louis erfahren wir, wie das Opfer minutiös den Täter beobachtet, jede Kleinigkeit graviert sich ein, dabei wechseln überwältigende Angst mit der innerlichen Aufgabe und dem Gefühl, sich in das Unvermeidliche zu fügen. Krystal spricht von einem „katatanoidem Zustand“, wenn eine äußere Gefahr als unentrinnbar eingeschätzt wird, einer betäubenden Affektblockade, die eine Art psychischer Schutzmechanismus darstellt ähnlich der körperlichen Ohnmacht, die für die Aufrechterhaltung der Durchblutung lebenswichtiger Organe sorgt.

Mit der Überflutung mit Stresshormonen (Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol) und Neurotransmittern (Vasopressin, Korticoliberin) läuft ein phylogenetisch uniformes Muster ab, das das Überleben des Organismus sichern soll (flight, fight or freeze). In dieser Übererregung stehen normale Fähigkeiten wie adäquate Wahrnehmung, Urteilskraft, Herstellen von Sinnzusammenhängen, Merk- und Erinnerungsfähigkeit nicht zur Verfügung.

Der amerikanische Psychiater und Neurowissenschaftler B. van der Kolk, der über die Auswirkungen eines Traumas auf das Erinnerungsvermögen geforscht hat, spricht vom dualen Gedächtnissystem, das in Bezug auf das Trauma nur desorganisierte Erinnerungsfetzen beinhaltet während es in anderen Zusammenhängen durchaus völlig normal funktioniert. In Hirnscans von traumatisierten Patienten, denen ihre eigenen zuvor aufgenommenen Erinnerungsbruchstücke vorgespielt wurden, fand sich nicht nur die typische Hyperaktivität im Mandelkern, sondern überraschenderweise eine deutliche Verringerung der Aktivität im Broca-Areal, einem Hirnabschnitt, der für die sprachliche Artikulationsfähigkeit zuständig ist.

Der traumatisierte junge Mann im Roman hat Phantasien, normale unbeteiligte Passanten anzufallen, sie zu malträtieren, sozusagen das Erlebte in Szene zu setzen. Der Autor verleiht diesem Drang im Text einen nachvollziehbaren Sinn: „Wie könnt ihr nur...?“ lässt er ihn sagen, und wir als Leser ergänzen: wie könnt ihr nur ein normales, sogar glückliches Leben führen, wenn mir doch so Entsetzliches geschehen ist? Das Trauma hat auch jegliche gute innere Beziehung zu anderen beschädigt. Bohleber (s.o.) spricht davon, dass in der traumatischen Situation die kommunikative Dyade zwischen dem Selbst und seinen guten inneren Objekten auseinander bricht. Dass das Opfer schließlich im Krankenhaus, wo er sich eine AIDS-Prophylaxe besorgen möchte, von dem Drang befallen wird, jedem alles immer wieder zu erzählen, wirkt wie ein hilfloser Versuch, sich von dem Geschehen zu befreien, aber auch die Verbindung zu den Mitmenschen wieder herzustellen.

Immer wieder werden wir aber auch Zeugen, wie diese unerträglichen Gefühle abgespalten werden müssen und es zu einer Art doppelten Realität kommt. Dem Arzt gegenüber sitzend, spürt Édouard nichts mehr; er weiß noch die Geschehnisse der Nacht, aber zugleich weiß er sie auch nicht, weil er keinen

Zugang hat zu seinen Gefühlen. Besorgt, dass der Arzt ihm sonst nicht glauben könnte, versucht er vergeblich zu weinen. Das Urvertrauen ist ihm abhandengekommen. So befindet er sich auch im Kontakt mit seinen engen Freunden, die ihm dringend zu einer Anzeige raten, plötzlich wieder in einer unerträglichen Situation von Hilflosigkeit und Bedrängnis. Die Gefahr der Retraumatisierung, des Einbruchs des Traumas in die aktuelle Wirklichkeit ist ständig präsent. Sozialer Rückzug und Rückzug in die Depression mit innerer Leere und Perspektivlosigkeit sind für Édouard zunächst ein, wenn auch pathologischer, Ausweg.

Der Zeitpunkt des Erzählens wird im Roman auf ein Jahr nach den Ereignissen datiert. Édouard ist aufs Land zu seiner Schwester gefahren. Es bleibt unklar warum. Ein Akt der Selbstvergewisserung, ein regressiver Wunsch, eine alte Geborgenheit wieder zu finden? In der Erzählung der Schwester und dem gleichzeitigen Kommentar des an der Tür horchenden Bruders wird das Trauma rekonstruiert, in Puzzlestücke zerlegt, die oft nicht zueinander passen und doch wie ein kubistisches Bild verschiedene Perspektiven und Sinnzusammenhänge erschließen.

Gegen Ende der Erzählung heißt es: „...ich versuche, eine Erinnerung zu konstruieren, die mir erlaubt, mich der Vergangenheit zu entledigen, die sie mit ein und derselben Bewegung vergrößert und zerstört, eine Erinnerung, die dafür sorgt, dass ich mich, je mehr ich mich erinnere und mich in den Bildern auflöse, die mir geblieben sind, umso weniger in ihrem Mittelpunkt befinde.“

Mir scheint, dass wir genau das in der Arbeit mit unseren traumatisierten Patienten erreichen wollen: eine in der gemeinsamen Beziehung konstruierte Erinnerung, die keine namenlose Angst und Hilflosigkeit mehr bewirken kann, sondern trauernd beiseitegelegt werden kann.

Literatur:

Bohleber, W. (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 54, 797-839

Krystal, H. (1991): Integration und Selbstheilung, in Stoffels, H. (Hg.): *Schicksale der Verfolgten*, Springer Berlin

Louis, É. (2017): *Im Herzen der Gewalt*, Fischer Frankfurt

Terr, L.C. (1984): Time und trauma. *Psa.Study Child*, 39, 633-665

Van der Kolk, B. (2015): *Verkörperter Schrecken*, Lichtenau/Westf.

Buchtipp

Atwood, George E.

Der Abgrund des Wahnsinns

Psychoanalytische Erkundungen von Erfahrungen seelischer Zerstörung

Übersetzt von Nicola Sahhar

2017 Psychosozialverlag

- Blothner, D. (2017):** Zwölf Tage Schweigen - Bob Dylan erhält den Nobelpreis. anders - Zeitschrift für Psychologische Morphologie 29 S. 38-45.
- Blothner, D. (2017):** "Nebraska" oder die Kultivierung der menschlichen Psyche. Psyche - Z Psychoanal 71, S. 330-345.
- Blothner, D. (2017):** Überleben in Verwandlungszeit - Sully (USA 2016) von Clint Eastwood. anders - Zeitschrift für Psychologische Morphologie 30/2017, 5-15.
- Blothner, D. (2017):** „Augmented Identity“ – Führt die Digitalisierung zur Erweiterung unserer Lebensbilder? anders - Zeitschrift für Psychologische Morphologie 32, S. 18-25.
- Blothner, D. (2017):** Alltagsbeobachtungen – Verkehrung einer Anreise. anders - Zeitschrift für Psychologische Morphologie 32, S. 35-38.
- Bovensiepen, G. (2018):** Die Komplextheorie, ihre Weiterentwicklung und ihre Anwendung in der Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Bd. 2 der Reihe „Analytische Psychologie C.G. Jung in der Psychotherapie“. Stuttgart, Kohlhammer
- Bovensiepen, G. (2018):** Kann die Lehranalyse eine optimale Analyse sein? Kritische Anmerkungen. VAKKJP-Newsletter
- Bovensiepen, G. (2018):** Was habt Ihr, was wir nicht haben? Zum Verhältnis von Analytischer Psychologie zur Psychoanalyse. Zeitschrift f. analytische Psychologie
- Bovensiepen, G. (2017):** Künstlerkomplexe - Zum Denkraum von Werk und Person. Eine psychoanalytische Anleitung. Katalog der Ausstellung „Künstler Komplex“ des Museums f. Fotografie Berlin, Staatliche Museen zu Berlin - Preußischer Kulturbesitz.

- Kaus, R. J. (2017):** Literatur als Meta-Sprache und die Proto-Sprache des Unbewussten. In: **Kaus, R. J.** (Hrsg.) Was ist Literatur? / What is Literature? 69-88, Frank & Timme. Berlin.
- Tarar, A. H., Hassan, S. S. & **Keller, B. (2017):** Muslim faith in Pakistan: A Faith-Development view on Fundamentalist to Mature Orientations. *Archive of the Psychology of Religion*, 27-60. DOI: 10.1163/15736121-12341334
- Klein, C., **Keller, B.** & Traunmüller, R. (2017): Sind Frauen tatsächlich grundsätzlich religiöser als Männer? Internationale und interreligiöse Befunde auf Basis des Religionsmonitors 2008.
In Sammet, K., Benthaus-Apel, F. & Gärtner, C. (eds) Religion und Geschlechterordnungen. Wiesbaden: Springer VS. 99-133.
- Maier, Christian (2017):** Die Ängste der Psychoanalytiker und das Trauma des Dogonmädchens. *Werkblatt 78* (55-79).
- Moini-Afchari, U. (2017):** Intersubjektivität in Gruppen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 53, 304-319.
- Neumann, E. und Naumann-Lenzen, M. (2017):** Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie. Eine untersubjektive und verfahrensübergreifende Sicht. Mit Beiträgen von Brüggemann, R., Hadrich, U., Naumann-Lenzen, M., Neumann, E., Stehr, H., Walther-Moog, V. Psychosozial-Verlag. (vgl. Info 2016/17).
- Raack, J. (2017):** Die wechselhafte Beziehung von Spiritualität und Psychotherapie. *Psychotherapie-Wissenschaft* 7 (1) 59–67.
- Turmes L. (2015):** Brüderchen Theater und Schwesterchen Therapie? Psychoanalyse und Theater – zur psychoanalytisch orientierten Theatertherapie im psychiatrischen Fachkrankenhaus. In: Uhl/Anklam/Echterhoff/Klare: Theater in der Psychiatrie – Von Verwandlungen, Wagnissen und heiterem Scheitern. Mit Geleitworten von Georg Juckel und Luc Turmes. Schattauer-Verlag, Stuttgart.



Institut für analytische
Kinder- und Jugendlichen
Psychotherapie
e.V.

Auf dem Römerberg 4
50968 Köln
Tel.: 0221 - 400 97 17
mail@ipr-akjp.de
www.ipr-akjp.de



Institut für
Psychoanalyse und
Psychotherapie im
Rheinland e.V.

Georgstraße 18
50676 Köln
Tel.: 0221 - 27 63 777
ipr@iprkoeln.de
www.iprkoeln.de