

Imagination

4/1999

Mathilde Pichler

**Macht und Anpassung bei psychosomatischen
Erkrankungen**

J. Philip Zindel

**Hypnose im Spannungsfeld zwischen Machtphantasien
und abstinenter Nähe**

Sylvia Zwettler-Otte

Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie

Franz Sedlak

**Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der
Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung
und Kompetenzsteigerung**

Offenlegung gemäß Mediengesetz, 1. Jänner 1982

Nach § 25 (2):

Imagination (vormals „Ärztliche Praxis und Psychotherapie“) ist zu 100 % Eigentum der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie (-ÖGATAP), 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13.

Ziele der Gesellschaft:

Ausbildung gemäß den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes vom 7. 6. 1990 in psychotherapeutischen Methoden.

Vorstandsmitglieder ÖGATAP:

1. Vorsitzender: Dr. Josef Bittner, 2. Vorsitzende: Dr. Ingrid Reichmann, Schriftführer: Dr. Claudius Stein, Kassierin: Dr. Mathilde Pichler, Ausbildungsleiter: Dr. Hans Kanitschar
Weitere Vorstandsmitglieder: Dr. Barbara Burian-Langegger, Dr. Norbert Chimani, Dr. Victor Kann, Dr. Christian Korbel, Mag. Irmgard Stütz, Mag. Dr. Eva-Maria Thaler.

Nach § 25 (3): keine

Nach § 25 (8): Imagination vertritt die Anliegen der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie und soll über verschiedene Therapiemethoden und vor allem deren Anwendung in der Praxis informieren.

Impressum

Imagination (vormals: „Ärztliche Praxis und Psychotherapie“) ist das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP).

Herausgeber und Eigentümer: Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie, Kaiserstraße 14/13, 1070 Wien, Tel. 01/523 38 39, Fax: 01/523 38 39-10.

Schriftleitung: Dr. Josef Bittner

Redaktionsanschrift: Landhausgasse 2/44, 1010 Wien

Erscheinungsweise: Viermal jährlich

Verlag: Facultas Universitätsverlag, Berggasse 5, 1090 Wien, Tel.: 01/310 53 56

Druck: WUV Universitätsverlag

Layout und Satz: Gerhard Krill, 1070 Wien

Bezug: Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie im Jahresmitgliedsbeitrag eingeschlossen. Abonnements und Einzelhefte können über jede Buchhandlung oder über die ÖGATAP, Kaiserstraße 14/13, 1070 Wien, bezogen werden. Jahresabonnements öS 200,-, Einzelpreis öS 60,-.

Inseratenannahme: Facultas Universitätsverlag

Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechanischen Wiedergabe und Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet.

ISSN 1021-2329

Imagination

Inhalt

21. Jahrgang, Nr. 4/1999

Editorial 3

Mathilde Pichler

Macht und Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen 5

J. Philip Zindel

**Hypnose im Spannungsfeld zwischen Machtphantasien und
abstinenter Nähe** 21

Sylvia Zwettler-Otte

Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie 39

Franz Sedlak

**Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der
Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung
und Kompetenzsteigerung** 70

Buchbesprechung 81

Register 1991–1999 83

Editorial

Diese leichte, wenn auch steile Stirnfalte hätte ihr ein Signal, vielleicht sogar ein Zeichen sein können, doch sie ordnete es als Bagatelle ein, schlußendlich als Zufall. Auf der Bühne hätte sie mit einem entwaffnendem Lächeln gesagt: „Glätten Sie die Falten ihrer Stirne“, und er hätte nicht widerstehen können, „denn man kann allem widerstehen, außer der Versuchung“, das hatte sie von Oscar Wilde gelernt. Aber sie waren nicht auf der Bühne, höchstens auf der Bühne des Lebens, in einer Supervisionsstunde, in der sie von einem Patienten mit Haarausfall berichtete. Später bedauerte sie ihren etwas leichtfertigen Umgang mit der Wahrnehmung, alles kann eine Bedeutung haben, und da gibt es eben nichts zu übersehen.

Einige Minuten später, als sie wieder einmal vom Versuch des Patienten berichtete, das Haar so zu frisieren, daß es die bereits kahlen Stellen bedecken sollte, als wieder einmal das Gespräch auf den „Pepi“ kam, den er in der Auslage schräg gegenüber seiner Lieblingsbar jeden Tag erblicken mußte, da schnellte die Augenbraue hoch – und das war jetzt wirklich nicht mehr zu übersehen. Die Augenbrauen, die sich „normalerweise“ hinter der dicken, schwarzen Brillenfassung, wie man sie sonst nur bei Peter Sellers oder Woody Allen sah, verborgen hielten, traten sozusagen aus dem Gesicht, genauer gesagt, nur die eine, die rechte, was den Ausdruck dieses Vorganges wesentlich verstärkte.

Sie stockte, hielt in ihrem Bericht inne – eben wollte sie den Ärger darstellen, der ihren Klienten überfällt, wenn er aus seiner Lieblingsbar tritt und gegenüber vom Pepi erblickt wurde, der die wohltuende Wirkung des Southern Comforts abschwächte – aber sie hätte nicht weitersprechen können, denn jetzt sprach er, mit Falte und aufgestellter Braue. Und es klang ernst, fast ein wenig vorwurfsvoll:

„Sind Sie wieder einmal an die Oberfläche gegangen?“ Und er fügte selbst die Antwort hinzu: „Sie sind wieder einmal an die Oberfläche gegangen! Aber Sie arbeiten mit einer tiefenpsychologischen Methode, Tiefe (!)“ – und er streckte den Zeigefinger nach unten – „was geht uns die Glatze, der Pepi und die Bar an, die wirklichen Probleme sind im Inneren, in der Tiefe, in der Tiefe der Seele.“

Die Augenbraue war wieder verschwunden, die Falte nur mehr schwach erkennbar, seine Stimme wurde milde, fast sanft: „Schauen Sie: das Unbewußte zeigt sich nicht direkt, es ist verborgen und wir müssen es suchen, z. B. wie ein

Taucher, der den Meeresgrund erforscht. Die Tiefe an der Tiefenpsychologie ist zwar metaphorisch zu verstehen, aber wir können ruhig sagen, wir tauchen in die Untiefen der Seele.“

Jetzt hatte auch sie sich wieder beruhigt. Sie startete den Gegenangriff: „Jetzt verstehe ich endlich, was ich in der letzten Imagination gelesen habe. Haben Sie das auch gelesen?“

Diesmal wartete sie seine mögliche Antwort nicht ab. „Im radikalen Konstruktivismus wird das Gehirn und somit unsere Erkenntnisfähigkeit mit einem U-Boot verglichen, dessen Besatzung sich ein Abbild der Außenwelt macht (Imagination 3/99, S. 8)“.

An seinem Versuch, neutral zu schauen, merkte sie, daß er den Artikel in der letzten Imagination nicht gelesen hatte. Das gibt neue Möglichkeiten, das Macht- und Autoritätsgefälle einmal umzudrehen.

„Jetzt fällt es mir wieder ein, einer Ihrer Kollegen hat einmal geschrieben, in Anlehnung an die Gestalt eines Baumes gäbe es eine Tiefenpsychologie (= Wurzeln), eine Selbstpsychologie (= Stamm) und eine Höhenpsychologie (= Äste).“

Auch das kannte er nicht und das gab natürlich Auftrieb. Plötzlich war die Tiefe in der Höhe, und dazu läßt sich einiges assoziieren. Nicht zuletzt die Augenbrauen, die sich noch ruhig verhielten.

Überhaupt machte er jetzt einen etwas meta-abstinenten Eindruck, war er etwa abgedriftet? In seine eigene kleine Welt? Schließlich hieß er mit dem Vornamen Josef und hatte auch schon eine leicht tonsurale Glatze.

Haarausfall ist aber auch ein schwieriges Symptom. Ärgerlich für den Betroffenen und voller Fragen für die Therapie, hinterläßt er (der Haarausfall) doch einen unübersehbaren Rest (= die Glatze), und der Rest hat es bekanntlich in sich. Was die Radikalen (Konstruktivisten) wohl dazu sagen würden in ihrem U-Boot. Tauchen im Meer der Erkenntnis und orten plötzlich eine Glatze...

Die Supervisionsstunde war längst vorbei, eben betrat sie die Wohnung und die Kinder schauten gebannt das Video, das ihnen das Christkind gebracht hat. Und sie mußte ein wenig schmunzeln als sie die mahnenden Worte des König Triton an seine Tochter Arielle hörte: „Du bist schon wieder an der Oberfläche gewesen.“ Immerhin hat sie dort ihren Prinzen gefunden.

Na ja, im Märchen. Und Triton hatte dicht wallendes Haar. In der Tiefe des Meeres, versteht sich.

Ein gutes neues Jahr wünscht Ihnen
Ihr Josef Bittner

Macht und Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen¹

Mathilde Pichler

Beschäftigt man sich mit Macht und Anpassung im Bereich der Psychosomatik, so läßt schon der Begriff „Psycho-Somatik“ ein Dilemma ahnen: Denn die Frage nach dem Verhältnis, in dem die Psyche und das Soma wohl zueinander stehen, liegt nahe: Sind hier beide Anteile – das Psychische und das Somatische – gleich bedeutungsvoll und von gleichem Wert? Oder hat die „Psyche“ mehr Gewicht, da sie an erster Stelle steht? Ordnet sich demnach das Soma unter? Oder ist es zweitrangig?

Ziehen wir die einschlägige psychosomatische Literatur zur Begriffsklärung heran und setzen wir sie mit der Verwendung des Begriffs in einem medizinischen Betrieb, z. B. einem Schwerpunktkrankenhaus, in Verbindung, so können wir rasch feststellen, daß unter dem Begriff „Psychosomatik“ Verschiedenes verstanden wird:

Denn ist in einschlägigen Lehrbüchern eine Definition und Differenzierung dadurch getroffen, daß man von psychosomatischen Symptomen im engeren Sinn, das heißt mit Organläsion spricht – wobei den psychischen Faktoren durchaus auch kausale Bedeutung beigemessen wird – und von psychosomatischen Symptomen ohne organisches Substrat, die dann wieder in funktionelle Störungen oder Somatisierungsstörungen, Konversionssymptome, Angst- und Panikstörungen, hypochondrische Krankheitsbilder aufgeteilt werden können, so sieht der klinische Alltag in einem Krankenhaus schon völlig anders aus:

Psychosomatische Erkrankungen mit Organläsion sind hier keine, da die Patienten ja wirklich etwas haben, nämlich ein organisch diagnostizierbares Körpersymptom. Der psychische Anteil wird bedeutungslos. Kann jedoch bei einem subjektiv erlebten, körperlichen Beschwerdebild keine organische Beeinträchtigung festgestellt werden, so hat der Patient „eh nichts“, wie man im medizinischen Alltag gerne zu sagen pflegt. Der Patient/die Patientin wird im besten Fall einer psychosomatischen Konsultation zugeführt, wo dann Gelegenheit ist, sich mit diesem „Nichts“ auseinander zu setzen.

In einem so konfliktfreien und unabhängigen Verhältnis, wie es der Begriff der Psychosomatik vielleicht suggerieren will, stehen die beiden Bereiche also gar nicht zueinander.

Dies zeigt sich allein auch daran, daß die Psychosomatik immer um ihre Position und Berechtigung in der Medizin zu kämpfen hatte und hat. Eine Möglichkeit war es, in Analogie zur klassischen Medizin spezielle psychosomatische Krankheitstheorien und Genesen einzelner Krankheiten zu konstruieren. Zum Beispiel psychometrisch erfassbare Persönlichkeitstypen bestimmten Krankheitsbildern zuzuordnen. Aber so bemüht diese Versuche auch sind, so haftet ihnen doch immer etwas Unbefriedigendes an, da sie zu unspezifisch bleiben. Dies gilt meiner Meinung nach auch für das sogenannte „bio-psycho-soziale Modell“ psychosomatischer Erkrankungen, das wohl einer Integration biologischer, psychologischer und sozialer Krankheitsfaktoren dienen soll, diese drei Bereiche aber nicht gleichwertig in Verbindung setzt. Vielmehr scheint es, daß in dieser Theorie den biologischen Faktoren kausale Wirksamkeit zugeordnet wird, wohingegen den psychosozialen Aspekten sekundär als Auslösefaktoren oder Bewältigungsmechanismen Bedeutung zukommt. Das Psychische wird auf eine Rolle im Rahmen der Bewältigung biologischer Tatsachen reduziert.

Und dies stellt meiner Meinung nach einen Anpassungsversuch an die naturwissenschaftliche Medizin dar, in dem die tiefenpsychologische Psychosomatik ihre eigene Potenz und Identität teilweise aufgibt. Ihre Paradigmen, die zum Beispiel in der Einbeziehung unbewußter Vorgänge bestehen, oder die sonst selbstverständlich anerkannte Tatsache, daß Symptome mehrfach determiniert sind, das Wissen um Abwehr und Widerstand, die Einbeziehung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen treten in den Hintergrund.

Insgesamt habe ich einerseits den Eindruck, daß die naturwissenschaftlich orientierte Medizin besonders dann bereit ist, psychosomatische Krankheitsmodelle heranzuziehen, wenn es an biologischen Erklärungsmustern fehlt. Wenn ein Symptom jedoch organisch erklärbar wird, fällt es sehr schnell wieder aus dem Bereich psychotherapeutischen Verstehens heraus. Ein lebendiges Beispiel dafür ist das *Ulcus duodeni*, ein auch bei Medizinern anerkanntes Paradesymptom psychosomatischer Provenienz, das mit der Entdeckung des *Helicobacter pylori* schnell und eindeutig in die Reihe der Infektionskrankheiten eingegliedert wurde. Diese gelten wiederum ohne Zweifel als somatische Erkrankungen. Es scheint also, daß mit der sogenannten Eradikationstherapie des *Helicobacter pylori* auch der seelische Anteil eradiziert – entwurzelt – werden könnte.

Macht- und Anpassungsprozesse bei der Entwicklung psychosomatischer Symptome

Für die Ausbildung von psychosomatischen Symptomen sind grundlegend Beziehungserfahrungen der frühesten Kindheit von Bedeutung. Entweder durch Über- oder Unterstimulation in den Beziehungen des Kindes zu seinen wichtigsten Bezugspersonen, also durch Beziehungs-Störungen im inter-personalen Feld kann es zur Verinnerlichung dieser Störung im intrapsychischen Bereich kommen, wobei dem Körper selbst eine entscheidende Rolle zukommt: Kutter (1989) spricht vom Körper selbst als dem Bild, das wir uns von unserem Körper machen, also der körperlichen Dimension unseres Selbst. In der von ihm beschriebenen „psychosomatischen Triangulation“ beschäftigt er sich mit den Beziehungen zwischen Selbst, Körper und Objekt. Er beschreibt, daß der Körper des Kindes ursprünglich im Besitz der Mutter ist und erst im Laufe der psychischen Entwicklung aus dem Besitz des Objektes freikommt und vom Selbst angeeignet wird. Er schreibt: „Wir besetzen alle als Kinder unseren Körper, lernen die verschiedenen Körperteile, seine Oberfläche, seine Öffnungen durch Berühren, Berührt-werden nach und nach kennen. Aus diesen Erfahrungen, die allein und in der Begegnung mit dem Objekt gemacht werden, strukturiert sich schließlich das Bild von unserem Körper: die Körperimago oder das Körperbild.“

Bei pathologischen Entwicklungen innerhalb des Dreiecks Objekt-, Selbst- und Körper-Repräsentanz kann es nun zwischen Selbst und Objekt zu einer Art „Kampf um den Körper“ kommen. Kutter vergleicht diesen Kampf um den Körper mit Bertolt Brechts „Kaukasischem Kreidekreis“, in dem zwei Frauen, von denen jede behauptet, sie sei die Mutter, um ein Kind kämpfen. Das heißt, die primäre Bezugsperson gibt den Körper des Kindes nicht frei. Das Kind versucht zwar, Einfluß auf den Körper zu gewinnen, das gelingt ihm aber nur ab und zu. Beziehungsweise gelingt ihm oft die Aneignung des Körpers nur über die Ausbildung eines psychosomatischen Symptoms.

Im günstigen Fall jedoch findet der Kampf nicht statt, sondern – ich zitiere: „Mutter und Kind einigen sich dahingehend, daß die Mutter, in weiser Einsicht in den Lauf der Welt, die Sorge um den Körper des Kindes diesem selbst zunehmend überläßt, sodaß das sich entwickelnde Kind seinen Körper mehr und mehr aneignet, in Besitz nehmen und vertraut machen kann.“ (Kutter 1989)

J. Mc Dougall (1991) spricht in ähnlicher Weise von einem „Körper für zwei (one body for two persons)“, wenn die Körperrepräsentanz aufgrund inadäquater Beziehungserfahrungen in der frühesten Kindheit eng mit der Mutterrepräsentanz verschmolzen bleibt. Sie schreibt: „Normalerweise teilen Mütter die

Illusion der Verschmelzung und Einheit mit ihrem Säugling während der ersten Wochen seines Lebens. Doch aus unterschiedlichen Gründen verlängern manche Mütter die Dauer dieser Verschmelzungsphantasie in einer Weise, als erleben sie unbewußt über mehrere Monate (und manchmal Jahre hinweg) ihr Kind als integralen Bestandteil ihrer selbst.“ Damit, meint sie, wird ein wichtiges Bedürfnis jedes Säuglings beeinträchtigt, nämlich der Antrieb zur Trennung.

Häufig kommt diese Inbesitznahme des Körpers des Kindes bei Müttern psychosomatischer Patientinnen und Patienten dadurch zum Ausdruck, daß von den Müttern von „wir“ gesprochen wird anstelle von „ich“ und „du“, die Patienten sich selbst mit „man“ bezeichnen.

So kamen kürzlich eine 16-jährige Patientin mit Colitis ulcerosa und ihre Mutter zu einem Erstgespräch in die psychosomatische Ambulanz. Wortführend war die Mutter, ihre Tochter saß still dabei, während die Mutter schilderte: „Vor einem halben Jahr haben wir eine Darmspiegelung gehabt, damals sind wir dann ins Spital aufgenommen worden. Da haben wir 10 kg zugenommen, aber jetzt haben wir wieder nur 60 kg.“ „Was, Sie beide?“ war meine erstaunte Reaktion. Mit dieser Reaktion wurde den beiden die fehlende Differenzierung zwischen dem Körper der Patientin und dem Körper der Mutter sehr klar wahrnehmbar.

Diese fehlende Differenzierung kommt auch in einer nicht verbalisierbaren, prä-symbolischen somatopsychischen Verschmelzung zum Ausdruck: Der Körper bzw. das erkrankte Organ psychosomatischer Patienten wird von diesen nicht symbolisch erlebt: Häufig können bei diesen Patientinnen und Patienten bestimmte, als bedrohlichst wirkende seelische Ereignisse nicht psychisch verarbeitet werden, sondern die emotional-affektiven Reaktionen werden direkt in somatische Funktionsstörungen transformiert. Dem Körpersymptom kommt nicht die Bedeutung eines Symbols zu, sondern es fungiert als Zeichen. Hanna Segal (1996) würde von symbolischer Gleichsetzung sprechen. Der Körper spricht selbst, aber man kann ihn nicht besprechen, denn diese Patienten erleben sich als völlig unauffällig und normal. Und tatsächlich wirken sie, wie auch im Alexithymiekonzept beschrieben, im Sozialkontakt so unauffällig, daß es schon wieder auffällt. So emotionslos, daß sich mit ihnen im Gespräch kaum eine Berührung herstellen läßt. Ihr Denken haftet am Konkreten, die Inhalte sind phantasielos und mechanistisch und lassen einen eine große innere Leere spüren. Diese „eisige Dusche der Normalität“ (J. Mc Dougall 1985) ist für diese Patienten wohl die einzige Möglichkeit, eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu inneren und äußeren Objekten herzustellen. Zu bedrohlich ist die enorme Angst vor Verschlungenwerden einerseits und vor Verlassenwerden andererseits.

Herr P., ein deutlich alexithymer Patient mit chronischer Gastritis, dem es letztendlich und insbesondere mit Hilfe der KIP möglich geworden war, Worte für seine Gefühle und damit ein Stück sich selbst zu finden, brachte seine alexithymen, affektentleerten Zustände mit folgenden Worten sehr gut zum Ausdruck, wenn er sagt: „Ich bin wie ein Kaltblütler: Innen spüre ich nichts, und nach außen hin kann ich mich optimal an die Umweltbedingungen anpassen. Ich habe immer genau dieselbe Temperatur wie die Umgebung.“

Ein andermal imaginierte er sich in einem Aquarium, in dem man nichts hören kann und gesprochene Worte außen nicht gehört werden, es keinerlei akustische oder taktile Interaktion mit der Umgebung gibt.

Es kann also gesagt werden, daß psychosomatische Symptombildungen Paradebeispiele mißlungener Selbständigkeits- und Autonomiebestrebungen darstellen. Die primären Bezugspersonen wirken im Betroffenen als sehr mächtige, wenn nicht allmächtig erlebte innere Objekte weiter und sind im Körper oder Teilen des Körpers repräsentiert. So auch die Interaktion mit ihnen. Dementsprechend gelingt diesen Menschen die Aneignung und Inbesitznahme des Körpers als eigener Körper nicht hinreichend. Psychisch völlig unauffällig und überangepaßt leben sie – autoplastisch auf den Körper gerichtet – ihren Widerstand gegen die mächtigen Introjekte aus. Dabei beinhaltet das Körpersymptom nun dieselbe Macht, der sich der Betroffene ausgesetzt fühlte. Ausgestattet mit diesem mächtigen Symptom begibt sich nun der psychosomatisch Leidende weg von der (internalisierten) Mutter hin in die Macht der Medizin.

Zu welch ohnmächtigen Verschränkungen es hierbei kommen kann, damit möchte ich mich im Folgenden beschäftigen.

Psychosomatische Erkrankungen im medizinischen System

Das medizinische System – als Teilbereich unserer Kultur – ist ein naturwissenschaftliches. In ihm gelten Paradigmen von Objektivität und Kausalität. Eindeutige Zuordnungen können erstellt werden, Abläufe können durch Beobachtung und Beurteilung in richtig und falsch eingeteilt werden, Vorgänge werden berechenbar, wiederholbar und eindeutig, Abweichungen stellen Fehler dar, die einer Korrektur bedürfen. Kurt Buchinger (1998) vergleicht die Theorie der klassischen Medizin mit einer Trivial – Maschine, wo zweierlei wichtig ist: Die Kenntnis der Teile und der auf Kausalität beruhende Bauplan ihrer Zusammensetzung. Zur Wartung der Maschine muß man über die richtigen

Handgriffe und das Wissen über die einzelnen Teile und deren Zusammenwirkung wissen. Derjenige, der die Maschine wartet, muß sich nicht auf sie einlassen, er muß sie beherrschen. Wissen ist hier Macht und dient der Bemächtigung von Realität. Wissen verspricht hier Orientierung, Sicherheit und Planbarkeit von Prozessen. Ich denke, daß diese Art von Wissen in der Akutmedizin die bestmögliche Behandlung gewährleistet.

Das Seelenleben hingegen ist nicht bis ins Letzte durchschaubar, Einwirkungen lösen nicht unbedingt berechenbare Wirkungen aus. Vielmehr kann man im Vorhinein nur wissen, daß auf bestimmte Einwirkungen Reaktionen zu erwarten sind. Aber diese sind nicht eindeutig vorhersagbar. Man befindet sich also in keinem kausal festlegbaren Prozeß. Den richtigen Knopfdruck gibt es nicht. Die internen Vorgänge sind nicht berechenbar, nicht wiederholbar, die zu erwartenden Reaktionen nicht eindeutig. Die Kategorien „richtig“ und „falsch“ sind nicht brauchbar. Nicht a-priori-Wissen und Beurteilen sind die wesentlichen Strategien, um psychische Vorgänge zu verstehen, sondern man muß sich vorerst auf eine Interaktion einlassen. Wissen ist hier nicht Macht, sondern ein Werkzeug, ein Hilfsmittel. Die Wahrheit ist hier nicht eindeutig und wiederholbar, sondern vielmehr widersprechen sich hier oft die Inhalte und schließen sich dennoch gegenseitig nicht aus. Statt Objektivität, das heißt Wissen, wird hier Beobachtungsfähigkeit und Offenheit gegenüber verschiedensten, durchaus auch nicht eindeutig übereinstimmenden Abläufen verlangt.

Krankheitsmodelle sind hier – ich zitiere Kurt Buchinger (1998) – „Landkarten und nicht die Landschaft. Und man kann auf ihnen nicht gehen. Genauer gesagt, wenn man auf ihnen geht, kommt man nur über die Landkarte und nicht durch die Landschaft. Sie ersparen es uns nicht, diese (unbekannte) Landschaft selbst (auf eigenes Risiko) zu betreten und sich in ihr noch einmal „live“ zu orientieren. Aber sie helfen dabei – oder nicht, dann muß man neue zeichnen.“

Möhring (1997) nennt dementsprechend auch die „Bereitschaft, einen Patienten zu halten, in dem Dinge vor sich gehen, die einem Therapeuten nur teilweise verständlich werden, und das Unverständliche zu tolerieren“ als Teil einer therapeutischen Haltung bei körperlich Kranken.

Aber nun zurück zur klassischen Medizin: Weist sie nicht, wie schon bei den psychosomatischen Patienten beobachtet, Charakteristika auf, die ebenso im Alexithymiekonzept ihren Niederschlag finden? Emotionale Beziehungsleere, intellektualisierendes, rationalisierendes und mechanistisches Denken oder

Haften am Konkreten? Und ist es denn nicht so, daß dies Eigenschaften sind, die in unserer Gesellschaft hoch bewertet werden?

So konnte beispielsweise Devereux (1974) in seinen ethnopsychologischen Untersuchungen die Merkmale „Desinteresse, Reserviertheit und kühle Unempfindlichkeit“ als typische Eigenschaften unserer Kultur beobachten. Ein oft gehörter Ausspruch von Jugendlichen heutzutage ist doch: „Das ist aber ur-cool!“ Wie anders, wenn nicht als alexithym sollte man denn diese Eigenschaften bezeichnen?

Man kann sich demnach zu Recht mit Devereux (1974) fragen, ob das Symptom Körperkrankheit für eine somatische Dekompensation in einer Gesellschaft steht, in der „jede psychische Schwäche wie die bitterste Demütigung empfunden wird, und zwar in sozialer wie in subjektiver Hinsicht“.

Und ob, wie Nathan (1979) meint, die Symptomatologie denn nicht die „konformistische Art, deviant zu sein“, ist.

Nach Overbeck (1984) sind demnach „die möglichst objektivierbare Körperstörung und die Pseudonormalität beides Anpassungsleistungen an einen Bewußtseinszustand der Gesellschaft, der psychosoziale Konflikte als solche verdrängt, sie aber in körperlich geäußelter Form zuläßt“.

Nicht nur die sprachlosen alexithymen Patienten, sondern auch die sprachlose alexithyme Medizin eignet sich also in hervorragender Weise zur Abwehr von subjektiven Bedeutungen und emotionalen Inhalten.

Ich meine allerdings nicht, daß das Gesundheitswesen, das vielleicht in bestimmten Bereichen das Wesen der Gesundheit nur sehr mangelhaft zu erfassen vermag, bei Patienten alexithyme Mechanismen hervorzurufen vermag. Vielmehr bin ich der Ansicht, daß sich die klassische Medizin in idealer Weise für psychosomatische Patienten anbietet, unbewußt die fehlgeschlagenen frühkindlichen Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen zu wiederholen und eine Abgrenzung der Affekte vom Körpererleben aufrecht zu halten. So können die psychosomatisch Leidenden und die klassische Medizin in stiller Übereinkunft eine typische Kollusion eingehen, in der es zu einer ohnmächtigen Verschränkung von Hilfesuchenden und Helfern kommt.

Wie sonst wäre auch zu verstehen, daß sich psychosomatische Patienten nicht von der klassischen Medizin abwenden und zum Beispiel sofort Hilfe im Lager der Psychotherapeuten suchen. Wie könnte es sonst sein, daß, laut der allseits bekannten Studie von E. Ringel (1983), der psychosomatische Patient im Durchschnitt 7 Jahre braucht, um zu einer psychosomatischen Behandlung zu kommen?

Wie sonst könnten Patienten mit funktionellen Störungen die enorme Geduld aufbringen, sich so lange in unbeirrbarer Weise von einem Arzt zu einem anderen zu begeben, bis endlich doch irgendein krankhafter Organbefund vorliegt und sie sich dadurch auch noch ungeheuerlich entlastet fühlen?

Und auf der anderen Seite, wie könnten sonst die Mediziner bei diesen end- und erfolglosen Diagnoseprozessen mitmachen? In ihrer Hilflosigkeit immer neue Untersuchungen anordnen, immer gefinkeltere Krankheitsvermutungen aufstellen? Gerd Overbeck (1997) konnte zu diesem endlosen Prozeß mit seinem Buch „Der Koryphäenkiller“ sogar einen ganzen Roman verfassen!

Diese Dynamik im Auge behaltend kann also gesagt werden, daß psychosomatische Patientinnen und Patienten somit scheinbar optimal an die Medizin angepaßt, zugleich aber mit den Möglichkeiten der klassischen Medizin minimal behandelbar sind, bei maximalen Kosten.

Dadurch daß sich bei psychosomatischen Störungen die Lösung innerer Konflikte auf somatische Vorgänge des Körpers richtet, werden diese Konflikte für die Umgebung nicht spürbar. Anders als bei der Hysterie oder psychiatrischen Krankheitsbildern zum Beispiel, Syndromen also, mit denen der Patient von den Erwartungen anderer abweicht, bleiben psychosomatisch Kranke ihrem sozialen Verhalten nach weitgehend unauffällig. Psychosomatisch Kranke erfüllen normative Erwartungen, mit anderen Worten, sie sind „angepaßt“.

Zur Veranschaulichung einer derartigen Kollusion zwischen klassischer Medizin und psychosomatischen Patienten möchte ich kurz eine Fallvignette einfügen:

Frau L., eine 23-jährige Patientin, wird akut von der chirurgischen in die psychosomatische Ambulanz mit massiven Oberbauchbeschwerden überwiesen. Gallensteine, die die Patientin schon seit mehreren Jahren hat, können das Beschwerdebild nicht hinreichend erklären. Da die Patientin zudem in der 12. Woche schwanger ist, wird von chirurgischer Seite von einer Cholezystektomie abgesehen. Die Patientin wird liegend in die psychosomatische Ambulanz transportiert, da sie sich vor Schmerzen krümmt. Zudem stellt sich auch heraus, daß sie eine Gangstörung aufweist und die Beine so bewegt, als würden sie nicht zu ihr gehören. Mit gebeugtem Rücken schleppt sie sich von der Liege zur Tür.

Im Erstgespräch berichtet die Patientin unter anderem vom Tod ihrer Mutter vor 4 Jahren, und zwar in einer Art und Weise, als ob dies gestern geschehen sei. Die nicht in Gang gesetzte Trauerarbeit kommt auch in der KIP sehr eindrucksvoll zum Ausdruck.

(Zum Setting möchte ich nur kurz Folgendes erörtern: Gerade im Rahmen von zeitlich limitierten Kontakten im Krankenhaus nütze ich durchaus schon im

Erstgespräch die Möglichkeit der Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Besonders dann setze ich das Imaginieren ein, wenn die Patienten nicht oder kaum in der Lage sind, über sich zu sprechen und zugleich abzuschätzen ist, daß ihnen dieses Angebot nicht zuviel Angst macht und sie es annehmen können.

Ich habe die Erfahrung machen können, daß über die KIP der Kontakt durch die einleitende Entspannungsvorgabe oft erleichtert wird. Zugleich wird aber gerade durch die Imagination eine Verbindung der körperlichen Befindlichkeit zu den Affekten erleichtert. Je nach dem Ausmaß, in dem das Körpersymptom im Vorgespräch den Platz einnimmt, gebe ich entweder als Motiv das Körpersymptom selbst vor oder die Wiese und achte sehr auf die körperlich erlebte Befindlichkeit.)

Obiger Patientin gab die Wiese vor und es wurde möglich, imaginativ auf ihre körperlichen Beschwerden Bezug zu nehmen: Sie bildert ihren Gallenstein als großen schwarzen Stein, der sie an einen Grabstein erinnert und der in einem Gang steckt. Sie selbst ist als bunter Schmetterling in ihrem Körperinneren und versucht mit aller Kraft den Stein zu bewegen. Mit großer Anstrengung gelingt es ihr, den Stein nach unten zu rollen, wo er in der Nähe der Gebärmutter sich wiederum festsetzen und ihrem Kind im Mutterleib den Platz nehmen will. Das Baby stößt, sie schiebt, letztendlich rollt der Stein aus ihrem Körper raus. Die Patientin entspannt sich während dieser Episode sichtlich, die Beine, die wie gelähmt zur Seite gelegen sind, richten sich gerade aus, ihre Hand, die sie die ganze Zeit auf der schmerzenden Stelle liegen hat, sinkt zur Seite. Beim Zurücknehmen greift sie kurz auf die falsche Seite und korrigiert sich sofort, die Beine läßt sie gleich wieder hängen. Die Schmerzen, die während des Imaginierens verschwunden waren, tauchen wieder auf.

Da das Schmerzbild sich insgesamt nicht bessert, entschließen sich die Gynäkologen zu einer stationären Aufnahme der Patientin. Während dieses stationären Aufenthaltes kann das Pflegepersonal beispielsweise beobachten, wie die Patientin nachts ohne Auffälligkeiten gehen kann. Dies bringt die etwas verzweifelten Ärzte auf die eher hilflose Idee, der Patientin anzubieten, sie zu operieren und eine Cholezystektomie durchzuführen, wenn sie im Gegenzug verspräche, dann wieder normal zu gehen. Die Patientin verspricht dies, sie bekommt die heiß ersehnte Operation. (Man denke hier an eine Operation als Möglichkeit, sich unliebsamer innerer Objekte zu entledigen, indem man sie herauschneiden läßt.) Der Handel geht auf, die Patientin wird operiert, woraufhin sie wieder normal geht, die Schmerzen sind weg, ambulant erscheint sie nicht mehr zu unserem nächsten vereinbarten Termin in der psychosomatischen Ambulanz. Sie hat ja keine Beschwerden mehr. Wochen später sehe ich sie allerdings wieder,

denn die Operationswunde will nicht heilen und verursacht wiederum starke Schmerzen.

Wer hat also diesen Machtkampf gewonnen?

Anhand dieser Fallvignette wird deutlich, welch mächtiges Instrument die Patientin unbewußt in ihrem Körpersymptom besitzt. Aber nicht nur die Behandler, die Patientin selbst ist diesem Körpersymptom, das die Eigenschaften früher Objekte trägt, ohnmächtig ausgeliefert. Der innere Kampf der Patientin zwischen ihrem Selbst und den als mächtig erlebten Objekten wird so auf das Körpersymptom und damit auch auf die Behandlungssituation übertragen. Und wie schon vorher erwähnt, kann man hier sehen, wie gut sich das medizinische System für die Austragung dieses Machtkampfes eignet.

Dieser Machtkampf findet allerdings nicht nur in der medizinischen Behandlung statt, sondern manifestiert sich ebenso im Rahmen von psychotherapeutischen Interventionen. Im obigen Beispiel blieben meine Anstrengungen – wie nicht anders zu erwarten – einigermaßen wirkungslos, das Körpersymptom erwies sich als stärker denn jedes psychodynamische Verständnis und jede psychotherapeutische Intervention. Durch die Intensität der Schmerzen setzte mich die Patientin auch gehörig unter Druck. So ohnmächtig die Patientin die Chirurgen machte, so ohnmächtig machte sie mich allemal. Erfolgreich agierte so Frau L. die Spaltung zwischen Körper und Seele, personifiziert durch den behandelnden Arzt und die Psychotherapeutin. Derart im System verankert wird die Spaltung schwer auflösbar.

Was die psychotherapeutische Behandlung bei psychosomatischen Patienten angeht, sehe ich eine besondere Gefahr: Dadurch, daß diese Patienten ihr Symptom auf der somatischen Ebene anbieten und den psychischen Anteil durch Spaltung abtrennen, ist man – besonders in schwierigen psychotherapeutischen Situationen – geneigt, auf dieser somatischen Ebene zum Beispiel ausschließlich durch Überweisung zu einem Arzt zu reagieren, und damit bei der Spaltung zwischen Körper und Psyche mitzuagieren. In der Gegenübertragung kann sich das insofern zeigen, als man sich als Psychotherapeutin sehr entlastet fühlt, wenn der Patient/die Patientin somatisch behandelt wird, und froh ist, wenn er/sie zum Arzt geht.

Ich denke hier zum Beispiel an eine Patientin, die ursprünglich wegen ihrer heftigen Migräneanfälle in Psychotherapie gekommen war. Zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Therapie berichtete sie mir so en passant, daß sie ein Furunkel in ihrem Genitalbereich hätte und dieses gestern vom Chirurgen aufschneiden lassen mußte. Wir beschäftigten uns zwar mit den damit verbundenen

Schamgefühlen und den unangenehmen Schmerzen, nahmen uns aber nicht weiter dieses Körpersymptoms an. Sie war ja eh in ärztlicher Behandlung, was mich und sie anscheinend hinreichend beruhigte. Als die Patientin jedoch die Stunde darauf wieder von ihrem Furunkel berichtete, das sich wieder gefüllt hatte, und das sie wieder hatte aufschneiden lassen, bekam ich langsam eine Ahnung davon, daß das Symptom selbst eine psychische Bedeutung haben könnte und ließ es die Patientin in einem KB-Bild einstellen. Ich möchte das Bild hier nicht im Detail beschreiben. Nur soviel: das Furunkel, das außen sehr schön und glatt war, stellte sich in seinem Inneren als äußerst makelhaft dar und wirkte innerlich ekelhaft und grauslich. Durch differenzierte Wahrnehmung aller Sinnesqualitäten gelang es der Patientin allmählich, sich mit dem Furunkel anzufreunden, es sich im Inneren gemütlich zu machen und sich wohl zu fühlen. Im Nachgespräch hatte die Patientin Assoziationen zu ihrem weiblichen Geschlecht – das Innere des Furunkels hatte sie letztendlich wie eine gemütliche Höhle erlebt – und zu ihrem Kinderwunsch (das Furunkel war ja im Bild leer), es wurde deutlich, daß sie selbst ein Sohn hätte sein sollen etc. Insgesamt wurde dieses Körpersymptom einer psychischen Verarbeitung zugänglich, das Furunkel heilte erfreulicherweise innerhalb kürzester Zeit ab.

Wir wissen, daß Spaltungen dann aufgegeben werden können, wenn die verschiedenen Inhalte nicht mehr unerträglich scheinen und eine gewisse Ambivalenztoleranz möglich wird. Dafür müssen einander widersprechende Bereiche in ihrer Eigenständigkeit anerkannt werden, es muß ausgehalten werden, sie als getrennte, aber gleichwertige Realitäten gelten zu lassen, die wechselseitig aufeinander einwirken.

Im Bereich der Behandlung psychosomatischer Patientinnen und Patienten würde das heißen, den somatischen und den psychischen Anteil beide in ihrer Differenz und Eigengesetzlichkeit gelten zu lassen mit der Möglichkeit, sich gegenseitig zu beeinflussen. Das Agieren der Spaltung im medizinischen Alltag könnte dementsprechend durch eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Psychotherapeuten eingegrenzt werden. Voraussetzung dafür ist die gegenseitige Anerkennung mit dem Bewußtsein, daß es in der Medizin keinen Körper ohne Seele, in der Psychotherapie keine Seele ohne Körper gibt.

Herrschen hingegen Allmachtsgedanken im Verständnis psychosomatischer Erkrankungen vor, so sind zwei Möglichkeiten zu beobachten:

Entweder wird – wie in der klassischen Medizin gerne praktiziert – der somatische Anteil überbewertet, die Psyche aber belanglos, höchstens sekundär, zum

Beispiel im Sinne von Krankheitsverarbeitung wirksam. Oder umgekehrt: Die psychischen Faktoren werden unter Vernachlässigung körperlicher Gegebenheiten überstrapaziert. Ich denke hier an psychologische Trivialisierungen bei schweren Körperkrankheiten wie Krebs mit dem Anspruch so mancher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, derartige Krankheiten allein oder hauptsächlich mittels Psychotherapie heilen zu können.

Im medizinischen Alltag ist allerdings nicht von der Hand zu weisen, daß üblicherweise die klassische Medizin größere Bedeutung hat und dies auch in realen Machtverhältnissen seinen Niederschlag findet. So gibt es meines Wissens in Österreich kein Primariat für psychosomatische Medizin. Und die psychotherapeutisch Geschulten haben dementsprechend immer wieder umstrittene Positionen innerhalb des medizinischen Systems.

Umso wichtiger scheint mir daher, sich der eigenen psychotherapeutischen Möglichkeiten und der psychotherapeutischen Identität gewahr zu sein und sich nicht den realen Machtverhältnissen zu unterwerfen.

Besinne ich mich also auf das tiefenpsychologische Verständnis von Körpersymptomen, so konzentriere ich mich auf die bewußte und unbewußte Bedeutung des Körpers in der psychischen Organisation sowie in Übertragung und Gegenübertragung, ohne deshalb somatische Gegebenheiten und Gesetzmäßigkeiten verleugnen zu müssen.

Unbewußte Bedeutungen von Körpersymptomen

Der kranke Körper kann als Ausdrucksorgan dienen und unmittelbare symbolische Bedeutung haben, wie dies bei den Konversionsneurosen der Fall ist: Das Körpersymptom ist hier symbolischer Ausdruck eines Wunsches und zugleich der Abwehr.

Das Körpersymptom kann als Affektkorrelat fungieren. Das heißt: bei heftigen Gefühlen, wie sie durch neurotische Konflikte hervorgerufen werden, wird nicht mehr der psychische Anteil wahrgenommen. Vielmehr erfolgt eine Ablenkung der Wahrnehmung auf den körperlichen Anteil der Affekte. Dieser Mechanismus kommt besonders bei funktionellen Organstörungen zum Tragen. Bei der Herzneurose beispielsweise, wo Trennungsangst mit starkem Herzklopfen einhergeht, wird nur noch der körperliche Anteil wahrgenommen, die Betroffenen

konzentrieren sich nur noch auf ihre somatische Herzfunktion, nicht aber auf den psychischen Bereich. Natürlich versuchen sie die Behandler in dieses Abwehrgeschehen miteinzubeziehen.

Der Körper kann als Zeichen dienen, in dem präverbale, konkret-körperliche Interaktionsformen zwischen Kind und Primärobjekt zum Ausdruck kommen, wie dies häufig bei psychosomatischen Erkrankungen mit Organläsion der Fall ist. Der Körper ist hier nicht psychisch besetzt, sondern äußere Objekte beziehungsweise die Interaktion mit ihnen sind im kranken Organ im wahrsten Sinne des Wortes verkörpert.

Der Körper kann vorwiegend oder ausschließlich somatisch erkranken und auf das seelische Gleichgewicht erheblich einwirken. Die körperliche Krankheit kann als massive narzißtische Kränkung, als Bestrafung oder ebenso als Versagen erlebt werden, sie kann die Ich-Funktionen des Patienten im Rahmen der psychischen Bewältigung der Erkrankung fordern oder überfordern, sie kann mit Scham- und Schuldgefühlen überfrachtet sein.

Körperliche Krankheiten unterliegen denselben psychischen Abwehrprozessen wie psychische Ereignisse. Sie können überbesetzt werden oder verleugnet, auch Reaktionsbildung, Rationalisierung, Verschiebung, Isolierung sind anzutreffen.

In der Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellation nimmt der kranke Körper häufig Objektcharakter an und führt zu einer triadischen Verstrickung von Patient–Krankheit–Therapeut. Der kranke Körper spielt dadurch immer eine Rolle für den Patienten selbst und in der Beziehung zum Therapeuten. Klaus Rodewig (1995) hat sich damit ausführlicher beschäftigt.

In der Übertragungsbeziehung ist grundsätzlich zu beachten, daß der kranke Körper eine – womöglich sogar existentielle – Bedrohung darstellt, für den Patienten wie auch für den Therapeuten. Und es scheint mehr Angst hervorzurufen und schwerer zu sein, als körperlich Gesunder Identifizierungen mit dem körperlich Kranken zuzulassen als zum Beispiel bei neurotischen Symptomen.

Aber nicht nur der kranke Körper, sondern auch medizinische Behandlungen geben Anlaß, eine Reihe unbewußter Phantasie zu mobilisieren. So können medizinische Interventionen Abhängigkeitserfahrungen (beispielsweise Dialyse) oder orale Ängste (Abzapfen von Blut, Verabreichung von Infusionen) reaktivieren, bei Narkosen die Angst vor Kontrollverlust mobilisieren, anale Trieb-

Abwehr-Konflikte können durch künstliche Darmausgänge, oder schon allein durch die ganzen Hygienevorschriften im Rahmen eines medizinischen Betriebes hervorgerufen werden. Der Kastrationskomplex kann durch Operationen und chirurgische Eingriffe zu Tage treten, etc.

Was ich damit zeigen will, ist, daß dem tiefenpsychologischen Verständnis von Körpersymptomen keine Grenzen gesetzt sind. Allerdings ist zu beachten, daß – ich zitiere Küchenhoff (1997) – „einen Sinn verstehen nicht immer einem symbolischen Sinnverstehen gleichzusetzen ist. Oft kann die körperliche Symptomatik einen Sinn in der Interaktion haben, indem sie zum Beispiel vor Kommunikation schützt. Auch können sich die Sinnhaftigkeiten im Laufe der Therapie verändern und in der Übertragung verschiedene Bedeutungen bekommen“.

Die KIP wie auch die AT/AP bieten hier hervorragende Möglichkeiten, sich diesem Sinn von Körpersymptomen auch schon auf einer präverbalen, bildhaften Ebene anzunähern. So schreibt auch Wilke (1993): „Körperliche Symptome können mit Hilfe des KB imaginativ dargestellt und mit Konflikten verknüpft werden. Dieser Prozeß wird durch die ‚Introspektion des Körperinneren‘ in besonderer Weise gefördert. ... Fast immer spiegeln sich in der imaginierten Begegnung mit dem erkrankten Körper die pathogenen Objektbeziehungen wider.“

Ebenso beinhaltet das Autogene Training die sehr wirksame Möglichkeit, eine Verbindung zwischen Körpersymptom, Körpererleben und seelischer Befindlichkeit herzustellen.

Im Bereich der Psychosomatik denke ich daher abschließend, ist es wichtig, sich der Möglichkeiten gewahr zu sein, die die tiefenpsychologische Psychotherapie zu bieten hat. Auf die Möglichkeit allerdings, daß man sich hierbei als Psychotherapeut/Psychotherapeutin allzu leicht von der somatischen Ebene ablenken lassen kann und sich der gesellschaftlich sehr gut verankerten, naturwissenschaftlichen Medizin anpaßt, wies schon S. Freud (1932) in einem Brief an V. v. Weizsäcker hin, in dem er schrieb: „Von solchen (gemeint sind psychosomatischen) Untersuchungen mußte ich die Analytiker aus erzieherischen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefäßerweiterungen und Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchungen für sie gewesen, sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken.“

Die psychotherapeutische Behandlung körperlich und psychosomatisch Kranker zeigt jedoch, wie notwendig es gerade bei diesen Patientinnen und Patienten ist, sich des breiten Spektrums tiefenpsychologischer Behandlungsmöglichkeiten

bewußt zu sein und sich nicht der Macht der klassischen Medizin zu unterwerfen. Nur so können wir es meines Erachtens den psychosomatischen Patienten ermöglichen, aus dem Machtkampf mit den inneren Objekten, die in einer technisierten, alexithymen Medizin ihre äußere, gesellschaftliche Entsprechung erhalten, auszusteigen und ihn einer psychischen Bearbeitung zugänglich zu machen.

Anmerkung

- 1 Vortrag gehalten am 23. 9. 1999 im Rahmen des 30. Internationalen Seminars für Psychotherapie, Badgastein

Literatur:

- Buchinger, K.: Psychosomatik und klassische Medizin. *Psyche*, Heft 6, 1998, S. 572–597, Klett-Cotta, Stuttgart
- Devereux, G.: *Normal und Anormal*. Suhrkamp, Frankfurt 1974
- Freud, S. (1932 b), zit. n. Speidel, H.: Psychosomatik – Stiefkind der Psychoanalyse? In: Strauß, B., Meyer, A. E.: *Psychoanalytische Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart, New York, 1994
- Küchenhoff, J.: Psychoanalytische Theoriebildung in der Psychosomatik und ihre Auswirkung auf die therapeutische Kultur. In: Rodewig, K. (Hrsg.): *Der kranke Körper in der Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1997
- Kutter, P.: Basiskonflikt und Körperselbst in Einzel- und Gruppenanalyse. In: Bartl, G., Pendorfer, P. (Hrsg.): *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*. Literas Universitätsverlag, Wien 1989
- Leuner, H., Hennig, H., Fikentscher, E.: *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Schattauer, Stuttgart, New York 1993
- Mc Dougall, J.: *Theater des Körpers*, Verlag Internationale Psychoanalyse, Weinheim 1991
- Mc Dougall, J.: *Plädoyer für eine gewisse Anormalität*. Suhrkamp, Frankfurt 1985
- Möhring, P.: Körperlich Kranke in psychoanalytischer Psychotherapie. *Zsch. Psychosom. Med.* 43, S. 57–79. Vandenhoeck & Ruprecht 1997
- Nathan, T.: *Ideologie, Sexualität und Neurose*. Suhrkamp, Frankfurt 1979
- Overbeck, G.: *Krankheit als Anpassung*. Suhrkamp, Frankfurt 1984
- Overbeck, G.: *Der Koryphäenkiller*. Suhrkamp, Frankfurt 1997
- Ringel, E., Kropiunnig, U.: *Der fehlgeleitete Patient*. Facultas, Wien 1983
- Rodewig, K.: Körperliche Krankheit in Übertragung und Gegenübertragung. *Psyche*, Heft 6, 1995, S. 564 – 580, Klett-Cotta, Stuttgart

- Rodewig, K.(Hrsg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1997
- Segal, H.: Traum, Phantasie und Kunst. Klett-Cotta, Stuttgart 1996
- Strauß, B., Meyer, A.E.: Psychoanalytische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart, New York 1994
- Wilke, E.: Katathymes Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. In.: Leuner, H., Hennig, H., Fikentscher, E.: Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Schattauer, Stuttgart, New York 1993

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Mathilde Pichler
Sobieskigasse 37/2, 1090 Wien
Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin für KIP
Leiterin der Psychosomatischen Ambulanz des KFJ-Spitals
Psychotherapeutische Praxis

Hypnose im Spannungsfeld zwischen Machtphantasien und abstinenter Nähe

J. Philip Zindel

Abstract

Nicht nur im Volksglauben wird die Hypnose häufig mit Phantasien von Allmacht, Unterwerfung, völligem Kontrollverlust usw. in Verbindung gebracht. Magische Erwartungen werden oftmals sogar in unseren Berufskreisen an ihre therapeutischen Potenzen gestellt. Doch sind eigentlich Machtfragen nicht dem Wesen der Hypnose inhärent. Dieses liegt vielmehr in einer besonderen Form von Beziehung, die beide Partner eingehen und die durch eine spezifische Qualität von Nähe gekennzeichnet ist. Wird diese therapeutisch – sprich abstinenter – eingesetzt, so wird die Hypnose zu einem machtvollen (nicht machtvollverleihenden) therapeutischen Werkzeug.

Einleitung

Polaritäten

Als ich begann, mich mit der Thematik von „Macht“, „Hypnose“, „Anpassung“, „Spannungsfeld“, „Abstinenz“ usw. innerlich auseinanderzusetzen, erwachte ich eines morgens mit folgendem Traum:

Ich war Besitzer eines stattlichen Schlosses geworden. Doch fehlten mir die finanziellen Mittel, um diese aufwendige Besetzung unterhalten zu können. Ich mußte mir etwas einfallen lassen. Zunächst führte ich in meinem Schloß ein diskussionslos autoritäres, aber nicht egoistisches Regime: Einerseits genoß ich diese Macht, aber andererseits war sie auch bald eine Notwendigkeit – sprich Verantwortung – geworden. Mein Glück mußte irgendwie Neid oder Aggression ausgelöst haben, denn wir waren in unserem durchaus nicht wehrhaften Schloß einer Belagerung ausgesetzt. Ich kommandierte die Verteidigung mit genügendem Geschick, um die Belagerer fernhalten zu können, indessen wurden sie immer zahlreicher. Zehntausende von Soldaten umzingelten uns, doch wir hielten

problemlos stand, nicht zuletzt dank besonderer Waffen. Da kam einer meiner Leutnante auf mich zu und bat mich eindringlich zu kapitulieren. Die Feinde hatten schon eine ganze Stadt um unser Schloß herum gebaut und ihre Familien dort ansässig gemacht. Sie waren also entschlossen, uns wenn nötig jahrelang, bis zum Aushungern zu bedrängen. Wir hatten keine Chance. Ich aber antwortete meinem Leutnant innerlich schmunzelnd und ein bisschen geheimnisvoll: „Sehen Sie, gerade das ist es ja, was ich wollte. Gehen Sie jetzt zurück an Ihren Posten!“. Etwas verwirrt verzog er sich. Was hatte ich gewollt und erreicht? Um mein Schloß herum stand eine Stadt, günstige Verhandlungen hatten die Soldaten bewegt, die Waffen niederzulegen, und das Bürgermeisteramt war mir übertragen worden. Demokratisch regiert blühte nun die auf ungewöhnliche Art und indirekt von mir gegründete Stadt. Ich liebte es, durch die Gassen zu spazieren, um mich bei den Bürgern über ihre Anliegen zu erkundigen. Nun erwachte ich aber auf ganz sonderbare Weise aus diesem Traum: In einem Zwischenstadium, halb noch im Schlaf, halb wach, lag ich zu meinem großen Erstaunen in einer vollkommenen Glückseligkeit in den Armen einer gleichzeitig übernatürlichen und doch sinnlich spürbaren Frau. Ein wunderbares Gefühl von Getragensein im Weiblichen in seiner Vollendung.

Über die persönlichen Aspekte hinaus, die meine Person betreffen und hier nicht von Interesse sind, bezieht sich dieser Traum ganz augenscheinlich auch auf unsere Thematik, und zwar in einer Weise, die die Dinge weit umfassender als nur aus der Sicht meiner Subjektivität heraus darstellt. Das träumende Unbewußte muß etwas wie eine Art Objektivität, etwas Überpersönliches kennen. Unschwer läßt dieser Traum die Motive der Macht und einer wahrlich hypnotischen Glückseligkeit erkennen. Er stellt sie dar als sich ergänzende und gegenseitig bedingende Pole. Der eine liegt im Bereich von „Macht“, „Kampf“, „Besitz“, „Ich“, „Aktivität“, „männlich“, während der andere mit „Hingabe“, „Erfüllung“, „Loslassen“, „Liebe“, „Geborgenheit“, „weiblich“ zu tun hat. Spielt sich aber das ganze hypnotische Geschehen nicht genau in dieser Polarität ab? Besonders bemerkenswert scheint mir zudem an diesem Traum, daß sich diese beiden Pole auch auf jeweils verschiedenen Niveaus des Bewußtseins äußern: Der aktive, machtvolle Pol findet tief im schlafenden Traum statt, und der glückselige, empfangende Pol zeigt sich im schon fast erwachten Zustand, ich möchte fast sagen: in der Hypnose.

Verweilen wir kurz noch im Gebiet der Polaritäten, aber auf einer etwas rationaleren Ebene. Die Wörter „Macht“ und „Anpassung“, in traditionellen Kreisen

der Psychotherapie, wirken provokativ und tönen zunächst nach etwas ganz klar Verwerflichem. Als Therapeuten haben wir doch gelernt, mit Sicherheit keine persönlichen Machtgelüste an unseren Patienten auszuleben. Und als Handlanger einer gesellschaftlichen Macht wollen wir uns schon gar nicht mißbraucht sehen, welche unter dem Namen Therapie nur systemgerechte Bürger (oder heute, nach amerikanischem Muster besser als „compliant Konsumenten“ benannt) herbeizüchten sollen. So einfach liegen die Dinge aber natürlich nicht. Macht und Anpassung sind vielleicht nicht nur einfach verwerflich. Denken wir nur an deren jeweilige Gegenpole, wie beispielsweise „Ohnmacht“ oder „Machtlosigkeit“ bzw. an die Adjektive „unangepaßt“ oder „unpassend“. Dann müssen wir feststellen, daß das Gegenteil des Verwerflichen eben um nichts wünschenswerter ist. Wir werden aber glücklicherweise noch andere Gegenpole erkennen können.

Was ist die Hypnose?

Populäre Machtvorstellungen

Beim Gedanken an die Hypnose drängt sich fast zwangsläufig die Thematik von Macht und Anpassung auf. „Hypnose“ klingt zwar so sanft wie „Wiegenliedchen“. Aber jedermann weiß, was sich da alles dahinter versteckt: Eingeschläfert ist in Hypnose ja nur der freie Wille eines Menschen. Das Unbewusste wird ganz auf Empfang eingestellt und nimmt ohne Kontrolle des Ich kritiklos alles auf. Nun kann die subtile Macht der allmächtig gewordenen Suggestion des Hypnotiseurs ganz ungehemmt wirken. Perfekt, wenn dieser ein anerkannter Arzt oder Psychotherapeut ist, dann wird man gleich gesund. Gefährlich, wenn man in falsche Hände gerät. Wie auch immer, in den Wachzustand zurückgekehrt kann man nur noch das Fremdbestimmte tun und wollen. Und, weil man ja alles von diesen Suggestionen vergessen hat, ist man dazu noch felsenfest überzeugt, man handle ganz nach dem eigenen, freien Willen. Orwell läßt grüßen (Bei Orwell klappen übrigens diese Dinge auch ohne Hypnose ...). Und bitte, warum soll ein moderner Konsument – natürlich, eine genügende Produktgarantie vorausgesetzt – auf eine solchermaßen einfache Möglichkeit verzichten, lästige und sicher nicht in seiner Verantwortung liegende Symptome zu beseitigen?

Die eben etwas ironisch beschriebenen populären Machtphantasien, die der Hypnose zugeschrieben werden, lassen sich auf eine ziemlich einfache psychologische Erklärung zurückführen: Die Überzeugung ist hier nicht Kind der Einsicht oder des Wissens, sondern des heimlichen, nicht zugegebenen Wunsches. Viele Menschen geben sich zwar sehr autonom, überlassen dann aber ihre

Eigenverantwortung noch so gerne an Staat, Parteien, Kirchen, Ideologien oder eben auch an Hypnotiseure. Letztere inszenieren dann mit verschiedensten Tricks vor Kameras oder auf Bühnen genau das, was das Publikum bestätigt sehen will. Und schon ist aus der Überzeugung ein vermeintliches Wissen entstanden. Fragen wir uns noch einen Schritt weiter: Woher kann denn ein solch verborgener, unheimlicher Wunsch entstammen, sich einer so einschneidenden Manipulation freiwillig hinzugeben? Was kann einen Menschen dazu treiben, sich zu wünschen, die eigene Würde faktisch aufzugeben? Die naheliegendste Erklärung dafür heißt: Ohnmacht, das für viele Menschen schrecklichste aller Gefühle, das man niemals zugeben darf. Diese versteckte Ohnmacht kann individuell gesehen natürlich verschiedensten Umständen entspringen, doch deren Darstellung ist hier sehr infantil. Die Machtphantasien der Hypnose gegenüber spiegeln demnach eine im Grunde sehr regressive Haltung der eigenen Hilfsbedürftigkeit gegenüber. Wir könnten sie quasi als einen kodierte[n] Hilfeschrei des Kleinkindes im Erwachsenen deuten.

Machtvorstellungen in Fachkreisen

Doch nicht nur in der breiten Masse geistern solch irrationale Vorstellungen umher, auch in unseren Berufskreisen konnte ich schon öfters die Erfahrung machen, daß das Gefühl der Ohnmacht – hier ist es dann die therapeutische – in einer vielleicht subtileren Weise „hypnotische Blüten“ treiben kann. Diese zeigen sich typischerweise in zwei Arten von Szenarien. Entweder leuchtet einem Kollegen, der durch einen resistenten Patienten an den Rand seiner therapeutischen Geduld gedrängt wurde, in letzter Verzweiflung doch noch der Gedanke an die Hypnose auf, und dann appelliert er, meist in einer Feuerwehribung und mit erdrückendem kollegialen Nachdruck, an einen gutmütigen Hypnotherapeuten. Oder es ist ein anderer Kollege, der eigentlich die Hypnose schierem Blödsinn findet und bestenfalls als Placebo anerkennt, dann aber seine nicht-complianten Patienten zur Strafe zu einem Hypnosekollegen, gewissermaßen zur Umerziehung schickt. Beide Situationen möchte ich kurz mit einer prominenten, persönlich erlebten Vignette illustrieren.

Idealisierung

Ein ganz lieber Psychiatrieprofessor, der mich besser mochte als er die Hypnose kannte, schickte mir mit persönlicher Empfehlung einen seiner langjährigen Privatpatienten. In seinen Jugendjahren war dieser ein brillanter Staatsanwalt gewesen, war nun aber seit zwei Jahrzehnten von schwersten psychotischen Depressionen geplagt, die ihn die meiste Zeit in geschlossenen Abteilungen ver-

schiedener Kliniken gefangenhielten. Alle Psychopharmaka bis hinauf in die höchsten legal vertretbaren Dosen verabreicht, Schlafentzug, Elektroschock, alles war in den vielen Jahren schon ausprobiert worden. In Frage kam nun noch als Letztes – höchstens noch vor einem Pakt mit dem Teufel – ein Versuch mit Hypnose. Ich brauche Ihnen nicht zu schildern, wie dieser Versuch durch den dicken Nebel der Medikation gelang.

Entwertung

In einem andern Fall war ein Assistenzarzt der psychiatrischen Poliklinik mit einem entwurzelten Süditaliener, der offensichtlich als Lebensperspektive nur noch einen Rentenbezug sah, in eine therapeutische Ratlosigkeit geraten und fragte seinen Chef, einen andern Professor, ob er meine, Hypnose könnte da vielleicht weiterhelfen. „Schicken Sie ihn zum Zindel“, erhielt er als Antwort, „der macht Hypnose. Sie könnten Ihren Patienten aber ebensogut galvanotherapieren lassen.“ Der Patient kam zu mir, ich versuchte meine Künste an ihm, und natürlich bekam der Professor Recht ...

Warum im einen Fall eine solche Idealisierung der Hypnose und im andern diese Entwertung? Beiden Situationen gemeinsam sind zwei Dinge: Das Ende des Lateins bzw. die therapeutische Ohnmacht und die Entwertung der rettenden Methode. Im ersten Fall ist diese Entwertung zwar versteckt, zeigt sich aber darin, daß Hypnose erst in letzter Instanz eingesetzt wird – warum nicht schon vorher? Im zweiten Fall wird sie deutlich ausgesprochen. Daß auch hier – bei aller Habilitation – narzißtische, sprich frühkindliche Mechanismen im Spiel sind, ist leicht abzuleiten.

Es stellt sich nun die Frage, ob solche narzißtischen, frühkindlichen Mechanismen spezifisch etwas mit der Hypnose als solche zu tun haben, also der Hypnose inhärent sind, oder ob sie nur in der Phantasie zu wenig informierter Menschen entstehen?

Hypnose wissenschaftlich

Bevor wir darauf eine Antwort wagen, betrachten wir kurz, was Hypnose wissenschaftlich gesehen ist.

Loslassen

Das erste, oder besser: das zentralste Charakteristikum der Hypnose ist bestimmt das Prinzip des Loslassens. In Hypnose sinken heißt organismisch loslassen,

allmählich oder schnell. Körperlich stellt sich dieses Loslassen in der Regel als Muskelentspannung mit ihren vegetativen Begleiterscheinungen bzw. als trophoptrope Umschaltung dar. Auf der mentalen Ebene führt es beispielsweise zu einem Aufgeben des logischen, zielgerichteten, diskursiven Denkens zugunsten eines imaginativ-gestalthaft-assoziativen Denkens oder psychoanalytisch ausgedrückt, zu einer Regression vom sekundärprozeßhaften Modus zu einem primärprozeßhaften.

Veränderter Bewußtseinszustand

Damit verbunden ist auch eine Veränderung des Bewußtseinszustands, was man heute meist auch als Trance bezeichnet. Eigentlich verändert sich der Bewußtseinszustand ständig, auch ohne Hypnotiseur, als Anpassung an die wechselnden inneren und äußeren Bedingungen. Es entstehen dabei Fluktuationen des Wachheitsgrads bzw. der Vigilanz, der Aufmerksamkeit, der Emotionsbereitschaft, der Erinnerungsfähigkeit, der Erinnerungsqualität, der Körperwahrnehmung, des Assoziations- bzw. Dissoziationsgrads des Erlebens usw. Diese vielfältigen qualitativen Veränderungen innerhalb des Bewußtseinszustands führen schließlich zu den bekannten hypnotischen Phänomenen, wie beispielsweise die erhöhte Suggestibilität, die Hypermnesie oder Amnesie, die Ideodynamik, die Hypnoanalgesie, die Trance-Logik und noch weitere mehr, deren detaillierte Besprechung den Rahmen unseres Themas sprengen würde.

Eine Therapie, die Hypnose einsetzt, könnten wir also bezeichnen als ein absichtliches, gerichtetes Spiel mit den verschiedenen Bewußtseinsformen oder Trancen mit dem Ziel, die geeigneten autonomen Prozesse in Gang zu bringen und die zweckmäßigen hypnotischen Phänomene therapeutisch zu nutzen.

Kommunikationsform

Hypnose ist aber auch eine besondere Kommunikationsform. Normale Kommunikation richtet sich vorwiegend, zumindest offiziell, an die bewußten Anteile des Ich unseres Ansprechpartners. Hypnotische Kommunikation wendet sich hingegen viel zielgerichteter an die globale Persönlichkeit bzw. an die tieferen, vielleicht verborgenen Motivationen eines Menschen, manchmal sogar spezifisch an das, was wir üblicherweise als „Unbewußtes“ bezeichnen. Lassen Sie mich dies an einer Metapher erläutern: Eine Situation aus unserem Alltag. Frühmorgens auf dem Weg zur Arbeit marschiert uns auf demselben Trottoir eine umfangreiche, ältere Dame entgegen, deren finsterer Gesichtsausdruck ahnen läßt, daß mit ihr nicht gut Kirschen essen ist. Einen Meter neben ihr, an der Leine, wackelt etwas Keuchendes, Kugelförmiges, etwas, was sicher einmal ein reizendes

Hündchen gewesen sein muß. Sie hüten sich natürlich aufzufallen, indem Sie grüßen würden, geschweige denn, mit ihr das Gespräch zu suchen, weil Sie zu Recht befürchten, höchstens eine unerfreuliche Quittung dafür zu erhalten. Wenn Sie aber auf den Gedanken kommen, sich an den Hund zu wenden, ihm ein schönes Kompliment machen, was er denn für ein lieber Waldi sei – ich sage wohl: lieb, nicht schön!, das Kompliment soll stimmen –, dann werden Sie zu Ihrer Verwunderung das Ende einer Sonnenfinsternis auf dem Gesicht unserer Dame beobachten können, und ein freundlicher, angeregter und kurz vorher noch undenkbarer „small-talk“ über Hunde, Gott und die Welt wird einsetzen. Mit unserer gezielten Kommunikation haben wir tatsächlich eine Bewußtseinsveränderung geschafft.

In unserer Metapher steht der fette Dackel als Symbol für das Unbewußte der alten Dame. Wir haben uns also direkt an dieses Unbewußte gewandt, worauf sie nicht mehr über ihre bewußten und gewohnten Muster reagieren konnte, sondern gewissermaßen das Schwänzeln ihres Hundes zu ihrem maßgebenden Verhalten wurde. Wie oft verstricken wir uns mit unseren Patienten in Argumentationen, Doppelbindungen, solange wir uns in Diskussionen mit dem Bewußten unseres Patienten einlassen? Wenn wir aber in dieser Weise hypnotisch – sprich bewußtseinsverändernd – kommunizieren, dann erleben wir manchmal ganz erstaunliche therapeutische Reaktionen.

Welche Macht erhält offenbar, diesen Ausführungen zufolge, ein mit solchen hypnotischen Mitteln ausgestatteter Mensch! Hypnose verleiht tatsächlich in einem bestimmten Sinn Macht. Auf diese Feststellung folgt sogleich die Frage des Mißbrauchs. Frühe wissenschaftliche Experimente schienen zu beweisen, daß Hypnose zu selbst- und fremddestruktivem Verhalten zwingen könne. Im Labor konnten Forscher nämlich nachweisen, daß die meisten Probanden in Hypnose dazu gebracht werden konnten, jemandem konzentrierte Säure ins Gesicht zu werfen oder mit nackter Hand in eine Kiste mit Klapperschlangen zu greifen, was sie im Wachzustand nicht taten. Hypnose schien also Schlimmes zu ermöglichen, was ohne nicht möglich war. Dem müssen wir zwei Gegenargumente entgegenstellen. Erstens wußten die Versuchspersonen, daß sie sich in einem Experiment befanden und konnten davon ausgehen, daß die Verantwortung letztlich beim Versuchsleiter liegen mußte. Zweitens wies Erickson später in zahlreichen, viel klüger angelegten Experimenten nach, daß sich niemand in Hypnose auch nur zu kleinen Unartigkeiten, wie Kramen in fremden Handtaschen, bloßstellenden Späßen etc. durch die Hypnose verleiten läßt. Alle solchen Versuche endeten mit einem Abbruch der Hypnose und des Vertrauens zum Hypnotiseur. Die persönliche Macht des Hypnotiseurs, wenn sie den

bewußten oder unbewußten Ansichten, Erwartungen, Zielen des Hypnotisanden zuwiderläuft, ist weniger als gering. Anders wenn der Hypnotiseur oder Hypnosetherapeut eine unbewußte, vielleicht unmoralische oder destruktive Saite des Hypnotisanden ins Schwingen bringt, wie ich es vorhin metaphorisch mit dem fetten Dackel veranschaulichte.

Die therapeutische Macht der Hypnose liegt also nicht in der Benutzung der hypnotischen Zustände. Wir müssen sie auf einer anderen Ebene suchen.

Hypnotische Beziehung

Die eben beschriebene, besondere Kommunikationsform setzt ja zwangsläufig eine entsprechende, für die Hypnose spezifische Beziehungsform voraus bzw. geht mit ihr einher. Um dies zu verdeutlichen, stellen wir uns eine Situation aus dem Alltag vor. Sie sprechen in der Eisenbahn einen wildfremden Menschen an. Sie begrüßen ihn etwa mit „Guten Morgen!“ und reden dann über das Wetter. Dieses Szenario ist durchaus realistisch denkbar. Nun würden Sie aber einen andern Mitreisenden unvermittelt mit tiefer, ruhiger Stimmlage anreden, seine Augenlider würden jetzt schwerer, immer schwerer und schwerer, die Augen würden immer müder und müder. Sicherlich würden Sie eine Reaktion auslösen, kaum aber die gewünschte. Sogar mit einer eng befreundeten Person könnten Sie nicht einfach aus dem Nichts heraus Suggestionen für eine Augenlidkatalapsie mit Aussicht auf Erfolg eingeben, ohne mindestens zuerst eine Erklärung darüber abgegeben zu haben, was Sie damit beabsichtigen. Vor einer Hypnose muß also immer die Beziehungsqualität entsprechend strukturiert werden.

Die adäquate Gestaltung der Beziehung ist vielleicht das Entscheidendste an der Hypnosetherapie überhaupt. Wir arbeiten nämlich offensichtlich mit einer ganz speziellen Beziehungsqualität, die einer subtilen Handhabung bedarf. Die Natur dieser Beziehung ist nicht einfach zu beschreiben, doch es zeigen sich letztlich am meisten vergleichbare Züge mit einer symbiotischen Nähe, wie sie zwischen Mutter und Kleinkind im Idealfall besteht. Ich wurde zu diesem Schluß geführt, als ich vor Jahren mit Professor Benedetti zu forschen begann, wie Hypnose in die psychotherapeutische Arbeit mit schizophrenen Patienten eingebaut werden könnte. Mit solchen Patienten geht es ja darum, allmählich eine menschliche Beziehungsbrücke über den Autismus zu schlagen, was Benedetti über eine intensive Partizipation des Unbewußten des Therapeuten an der psychotischen Welt des Patienten suchte, also über eine Art symbiotischer Nähe der beiden Unbewußten. Die Frage war also: Kann die Hypnose die Entstehung

dieser speziellen Art von Beziehung fördern, und wenn ja: wie und aufgrund welcher Eigenschaft? Es erwies sich, daß über die Hypnose ein affektiver Zugang mit hypnotisierbaren Schizophrenen viel direkter geschafft werden konnte. Es bestätigte sich also, daß es diese spezifische, symbiotische Nähe ist – vorausgesetzt natürlich, sie wird abstinenter gehandhabt –, welche das wesentliche, gesuchte therapeutische Agens der Hypnose darstellt.

Auch ein Spaziergang durch die Geschichte der Hypnose bestätigt diese These der speziellen Nähe: Denken wir an die „Passes“ von Mesmer, diese zwar physisch nicht berührenden, streichelnden Handbewegungen über dem Körper der Patienten, die aber sehr wohl eine ganz intime Nähe suggerieren. Erinnert der hypnotische Blick des Abbé Faria nicht an das weitverbreitete Kinderspiel „Wer hält es länger aus?“ oder an die sehnsüchtig versinkenden Blicke frisch Verliebter? Immer geht es um intensive Nähe und um die Ambivalenz ihr gegenüber.

Doch symbiotische Nähe ist nicht grundsätzlich ein positives, sprich therapeutisches Phänomen. Sie kann ganz verschiedene Gesichter annehmen.

Positive Nähe

Positiv erlebt führt sie zwar in die Fülle der schönen Gefühle aus dem Zauberreich der Regression, in der wir Seiten der nahezu perfekten, innigen Vertrautheit von Mutter und Kleinkind wiederfinden können: „ozeanische“ Gefühle, solche von Geborgenheit, das Entschwinden in die eigene Traumwelt, und fast als Wichtigstes: eine Öffnung der Ich-Grenzen für das Gegenüber, für die ganze Welt, in einem Gefühl von Sicherheit, ohne irgendwelche Verletzungen befürchten zu müssen. Diese Durchlässigkeit der Ich-Grenzen wirkt stärkend, weil sie die Dualisierung ermöglicht und damit die Möglichkeit der Individuation fördert.

Negative bzw. traumatisierende Nähe

Aber Nähe, physisch oder seelisch, ist nicht immer so idyllisch. Sie kann, mit dem negativen Vorzeichen erfahren, sogar Ich-zerstörend wirken. Im Zusammenhang mit Gewalt, mit vampiristischem Mißbrauch führt sie zu schweren Traumatisierungen. Opfer einer solchen destruktiven Nähe müssen sich in Bewußtseinsveränderungen flüchten, meist in tiefe Dissoziationen, die sich dann als Reaktionsmuster fixieren. Manche Autoren reden deshalb von „Negativhypnosens“.

Die intensive Nähe – und in der Hypnose ist sie ja absichtlich maximiert – kann natürlich auch zu Sexualisierung verführen. Sexualität hat zwar immer etwas mit Nähe zu tun, mit positiver, negativer oder verneinter. Aber nicht immer hat umgekehrt Nähe etwas mit Sexualität zu tun. Das war beispielsweise das verhängnisvolle Mißverständnis in der berühmten Fallgeschichte Breuers von

Anna O. Es ist daher manchmal eine der vordringlichsten Aufgaben des Therapeuten, und ganz besonders des Hypnosetherapeuten, den asexuellen Charakter der therapeutischen, hypnotischen Nähe aufrechtzuerhalten. Allenfalls in der Übertragung entstehende sexualisierende Verhaltensmuster oder Phantasien des Patienten sind dann entsprechend zu thematisieren.

Hypnose und Macht

Aus alledem ergibt sich, daß das Wesen der Hypnose per se nichts mit Machtfragen zu tun hat. Hypnose hat vielmehr zu tun mit 1. unterschiedlichen Qualitäten der Selbstkontrolle – willkürliche Kontrolle versus autonome Kontrolle oder Kontrolle durch das Unbewußte – , 2. mit einer spezifischen, symbiotischen Beziehung, die eine tiefe, gegenseitige seelische Öffnung erlaubt, und 3. hat Hypnose zu tun mit einer Verschiebung der Ebene der Kommunikation. Die Macht der hypnotherapeutischen Situation liegt also nicht in einem Gefälle zwischen Therapeut und Patient, sondern hauptsächlich in der Möglichkeit, dem Patienten psychische Werkzeuge in einer direkten Weise mitzuteilen, die ihm gegen seine Ohnmacht behilflich sind. Sie ist die Macht des Vertrauens in das eigene Unbewußte und in die eigenen autonomen Prozesse, mit andern Worten die Macht des wachsenden Selbstvertrauens in der Begegnung mit Mitmenschen. Nie aber ist sie eine Macht des Hypnotiseurs über den Hypnotisanden, über die er ohne Hypnose nicht auch verfügen könnte. Eine andersartige Macht ist also durch allfällige andere Faktoren des Beziehungsrahmens gegeben.

Hypnose und Abstinenz/Neutralität

Der Rahmen einer hypnotherapeutischen Beziehung muß also besonders streng den wesentlichen Voraussetzungen einer therapeutischen Beziehung allgemein entsprechen. In erster Linie stehen da die Begriffe der therapeutischen Abstinenz bzw. der Neutralität. Diese Begriffe unterscheiden sich nicht immer deutlich, zumal sie nicht einheitlich verstanden werden und ihre Begriffsbereiche sich überlappen. Zudem beschreibt keiner von beiden auf taugliche Weise, was wirklich gemeint ist. „Neutralität“ ist – zumindest für einen Schweizer – ohnehin ein belastetes Reizwort, indem es nur allzu schnell mit „unbeteiligt sein am Schicksal der Welt“ in Verbindung gebracht wird. Kaum ein Therapeut wird hoffentlich eine solche Haltung im ernst als therapeutisch deklarieren wollen.

Negativformulierung

Aber auch das Wort „Abstinenz“ bringt kaum eine glücklichere Formulierung. Denn Abstinenz bedeutet nicht mehr als „Enthalte dich!“ bzw. „Dies oder jenes

sollst du nicht tun!“. Dieser Ausdruck ist also nur eine Negativformulierung und somit formlos und inhaltsleer, was logischerweise auch zu den skurrilsten Interpretationen einladen kann. Wie oft wird beispielsweise Abstinenz mit therapeutischem Nichtstun gleichgesetzt, auch wenn die Verweigerung dahinter eine offensichtliche Angstreaktion des Therapeuten versteckt oder gar aggressive Gegenübertragungen dissimuliert. Die Kunst der Negativformulierungen ist in unserer Kultur sehr hoch entwickelt, und wir haben uns dagegen weitgehend anästhesiert. Denken wir nur an die meisten der zehn Gebote, „Du sollst nicht“, oder an das traditionelle Verständnis der ehelichen Treue, das nur bestimmt, was verboten ist, nicht aber, was Treue positiv enthalten soll. So hat manches Ehepaar, ohne daß je der Eine oder der Andere ein Auge nach links oder nach rechts verloren hätte, die eigentliche Grundlage ihrer Beziehung, die Liebe, aufgegeben. Negativformulierungen schränken nur ein, und in einer Therapie suchen wir nicht Einschränkungen, sondern Richtungen.

Am Wort „Abstinenz“ können wir doch gelten lassen, daß es immerhin zu Recht beinhaltet, daß der Therapeut sich enthalten soll, eigene, den Zielen des Patienten fremde Inhalte einzubringen, so zum Beispiel eigene Triebwünsche, narzißtische Bedürfnisse nach einer reichen therapeutischen Trophäensammlung oder psychotherapeutische Theorien, die aus der Literatur übernommen und nicht aus der Realität der therapeutischen Situation entstanden sind. Abstinenz ist also im Sinne von „Uneigennützigkeit“ durchaus annehmbar.

Positivformulierung

Schwieriger wird natürlich eine Positivdefinition der „Abstinenz“. Ich will trotzdem versuchen, diese therapeutische Grundhaltung mit einem Bedeutungsinhalt zu füllen. Sie steht meines Erachtens auf drei wesentlichen Pfeilern: erstens auf einer tiefgreifenden Selbstreflexion des Therapeuten, zweitens auf einem echten Interesse an der Person des Patienten und schließlich auf einem authentischen Wunsch, Mitmenschen in ihrem Wachstum zu fördern.

„Abstinenz“ bedeutet also zunächst, daß der Therapeut seine eigenen Emotionen, Wünsche usw., die in ihm während der Therapie auftreten, erkennen soll, daß er sie als auf irgendeiner Ebene legitim anerkennen soll. Er soll sie dann vorerst in seinem Innenraum aushalten und nicht ausagieren, um sie nach ihrer Wertigkeit hinterfragen zu können. Dann kann er sie gegebenenfalls, je nach therapeutischer Nützlichkeit, in einer hilfreichen und taktvollen Weise einbringen. Oder er wird sie weiter in sich tragen, als innere Landkarte, die ihn in seiner Empathie und in seiner therapeutischen Führungsaufgabe selber führen kann. Dazu ist, nebenbei, die eigene Selbsterfahrung mit der Hypnose von großem

Nutzen: In der Trance lernen wir die Spannung von Widersprüchlichkeiten oder logischen Inkonsistenzen auszuhalten und kreativ wirken zu lassen. Abstinenz sein heißt demnach, sich dem Patienten als Erweiterung seiner Selbstwahrnehmung zur Verfügung zu stellen.

Zur „Abstinenz“ gehört aber auch ein echtes Interesse des Therapeuten an genau dem leidenden Menschen, der jetzt ihm gegenüber sitzt – was nicht gleichbedeutend ist wie ein allgemeines Interesse am Leiden der Menschen. Ein solches persönliches Interesse ist in dem Sinne abstinenz, ja sogar zentraler Inhalt der therapeutischen Abstinenz, als es ein Sich-berühren-lassen vom Gegenüber bedeutet. Zudem tritt es in positiver, konkreter Weise an die Stelle der „nicht-abstinenten“ Interessen des Therapeuten an seiner eigenen Person und füllt somit das Vakuum, das durch das alleinige „Nicht-dürfen“ der Abstinenz entstehen würde. Ohne dieses genuine therapeutische Interesse droht noch eine andere Falle, die gelegentlich bei „nur abstinenten“ Therapeuten zu beobachten ist: In den Mittelpunkt seines Interesses gerät anstelle des Patienten seine Theorie und Methode, was sich beispielsweise darin äußert, daß die Reinheit der Lehre gegenüber dem therapeutischen Ziel zu überwiegen beginnt, natürlich nicht zum Vorteil des Patienten. Die Hypnose, die sehr wenig eigenen theoretischen Schulstoff liefern kann, dafür aber eine intensive Nähe herstellt, ist somit ein vorzügliches Übungsfeld für diesen Aspekt der Abstinenz.

Auch kann ohne eine authentische, nicht narzißtisch begründete Freude des Therapeuten an der Förderung von Autonomie und Selbstverwirklichung bei seinen Patienten nicht wirklich die Rede von Abstinenz sein. Wenn der Therapeut nämlich nirgendwo in der Therapie selber eine legitime Befriedigung finden darf, dann wird erstens das Burn-out nicht lange auf sich warten lassen, und zweitens wird die Gefahr, auf andere Befriedigungen zurückzugreifen, entsprechend zunehmen. Zudem gehört Lebensfreude unbezweifelbar zu den naturgemäß definierten Existenzbedingungen, wie das Leiden selbstverständlich auch. Warum sollte nur dem Einen in der Therapie Platz geboten werden? Eine Therapie, in der sich Patient und Therapeut nicht auch in geeigneten Momenten freuen und lachen dürfen, riskiert ernsthaft, sich zu verkrampfen. Abstinenz sein bedeutet also auch die Kunst, in der Therapie nicht lustlos zu werden.

Die erwähnten Aspekte dieser Abstinenz miteinander verbunden, führen uns zu einem vielleicht treffenderen Ausdruck: „dienende Haltung“. Selbstverständlich ist hier „dienen“ nicht im Sinne einer Unterwürfigkeit dem Patienten gegenüber oder eines Mitagierens gemeint. Wirkliches Dienen entspringt der Einsicht um die eigene Freiheit. Dienen in einem höheren Sinn bedeutet gelebte Erkenntnis der Tatsache, daß wir in größere Zusammenhänge eingebunden sind – auch

in einer Therapie – und daß wir in diesen mitzuwirken haben. Mir fällt dazu keine bessere Analogie ein als die des Musikers, des echten, der seine Talente nicht narzißtisch einsetzt, um beispielsweise den Glanz der Virtuosität zu erlangen, sondern der sein Leben als eine ewige Suche in den Dienst der Musik mit einem großen „M“, der höheren Harmonie stellt.

Abstinente hypnotische Nähe

Nach diesen für die Psychotherapie allgemeingültigen Erwägungen über die Abstinenz kehren wir zurück zur Hypnose. Wir sahen, daß die Grundbeziehung in der Hypnose durch eine bestimmte Art symbiotischer, partizipierender Nähe gekennzeichnet ist. Die Gesetze der Abstinenz müssen nun auch für die hypnotischen Nähe gelten. Daraus ergibt sich eine Haltung in der Hypnosetherapie, die ich als „abstinente Nähe“ bzw. „dienende Nähe“ bezeichnen möchte. Tatsächlich macht dieser Begriff als Schlüssel für das Verständnis vieler therapeutischen Wirkungen der Hypnose einen Sinn.

Sie ist zunächst einmal real. Damit meine ich, daß sie nicht irgendeine projizierte, der Realität der Situation fremde oder unangemessene Übertragungserscheinung ist. Sie ist auch nicht nur symbolisch zu verstehen, sondern sie ist eine echte gegenseitige Gefühlslage, die als Rahmen der hypnotherapeutischen Arbeit inhärent ist. Ja, sie verkörpert sogar ein eigentliches Ziel der Therapie, nämlich die Fähigkeit, mit Nähe respektvoll und kreativ umzugehen, sie überhaupt zu akzeptieren und auf sie eingehen zu können. Dies bedingt aber, daß diese Nähe symmetrisch zugelassen wird, was konkret bedeutet, daß der Hypnosetherapeut auch eine intensive Nähe auf seiner Seite eingehen sollte. Wohl ist eine Hypnose auch von einem sehr distanzierten Therapeuten induziert denkbar, aber wenn sie eine therapeutische Potenz hat, so liegt sie ziemlich ausschließlich in den eigenen Ressourcen des Patienten.

Charakteristisch für die abstinente Nähe in der Hypnose ist auch, daß sie absichtlich und sehr aktiv durch die Induktion herbeigeführt wird. Wir warten nicht, wie beispielsweise in einer Analyse, daß sie entsteht bzw. vom Patienten aufgebaut wird. Der Hypnosetherapeut ist aktiv daran beteiligt, was nicht heißt, daß er dafür weniger respektvoll mit den Widerständen umgeht oder weniger abstant arbeitet. Nur führt er das Angebot an Nähe sehr explizit ein.

Die hypnotische Nähe ist, wie schon beschrieben, in mancher Hinsicht symbiotisch in der Art, wie eine gute Mutter-Kleinkind-Beziehung symbiotisch ist. Es geht da eben nicht um Fragen von Macht oder Anpassung, überhaupt nicht

um Forderungen, sondern vielmehr um Mitfühlen und gleichsinnigem Fördern. Es fehlt darin das libidinöse, ichbezogene „etwas vom Andern für sich wollen“. Wir können ja annehmen, daß das gestillte Kleinkind in seinem Erleben von seiner Mutter nichts „will“, sondern vermutlich vielmehr einfach „ozeanisch“ da ist, in einer eigenen Innenwelt, in die wohl Außenreize und die Präsenz der Mutter im Laufe der Entwicklung immer deutlicher einwirken. Eine einführende Mutter wird auch nicht mit ihren eigenen Wünschen in diese Welt einbrechen, sondern spiegelnd und bereichernd auch einfach da sein. So ungefähr verhält sich auch ein abstinenter Hypnosetherapeut.

Das Eintreten in jegliche Form von Nähe muß zwangsläufig strukturiert werden. Alle Menschen, und auch die Tiere, begrüßen sich, das heißt sie befühlen sich auf verschiedenen Ebenen nach streng ritualisierten Mustern, wenn sie sich einander nähern. Dieses Abtasten ist biologisch schlicht notwendig, um die eigene Sicherheit in einer Beziehung zu gewährleisten. So ist auch die hypnotische Induktion im Grunde nichts anderes als eine ganz besondere Art von Begrüßungsritual, die dazu dient, den Eintritt in die symbiotische Nähe zu strukturieren und sicher zu gestalten. Besonders am hypnotischen „Begrüßungsritual“ ist allerdings, daß dabei vor allem der Eine die Struktur bestimmt. Durch die Induktion wird nicht nur die in der Hypnose entstehende Nähe strukturiert, sondern es ist auch eine allgemein strukturierende Beziehung entstanden, die besonders bei tief gestörten Patienten wertvoll wird.

Therapeutische Relevanz

Somit kommen wir abschließend zur Frage der therapeutischen Relevanz all dieser theoretischen Überlegungen. Dabei ist es sinnvoll, von zwei verschiedenen therapeutischen Grundsituationen auszugehen. Handelt es sich psychodynamisch gesehen um einen neurotischen Patienten mit unauffälliger Ich-Struktur und gut integrierten und differenzierten Introjekten? Oder befinden wir uns vor einem Patienten mit spezifischen Problemen im Zusammenhang mit symbiotischer Nähe oder gar mit Defekten in der Ich-Struktur, sprich mit einer Persönlichkeitsstörung, einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation oder einem psychotischen Zustandsbild?

Bei Neurosen

Im ersten Fall wird es nicht sonderlich schwierig sein, eine genügende symbiotische Nähe zu erreichen, um das Loslassen in die Hypnose zu bewirken. Wir können auf stabile Introjekte aufbauen, um die Induktion abzustützen. Die Arbeit in der Hypnose selber wird vornehmlich eine Suche nach den inneren

Ressourcen und das Utilisieren von hypnotischen Phänomenen sein. Die Regression in die symbiotische Nähe wird dann selber eine Ressource sein und nicht ein Thema, das therapeutisch bearbeitet werden muß. Ein Paradebeispiel für eine solche Hypnosetherapie liefern die psychisch an sich gesunden Studenten, die vor einer Prüfung dekompensieren und häufig nach einer einzigen Hypnosesitzung seelisch wieder auf den Beinen stehen. Sie brauchen eigentlich nur diese kurze Symbiose, um das Loslassen wieder zu entdecken bzw. es sich wieder zuzutrauen und um die stärkenden Ressourcen aus dieser „Regression im Dienste des Ich“ wieder verfügbar zu machen.

Tief gestörte Patienten

Anders liegen die Dinge bei tiefer gestörten Patienten. Die erste Arbeit besteht darin, allmählich eine Beziehung aufzubauen, welche symbiotische Nähe überhaupt zuläßt.

Dies kann schon beispielsweise damit beginnen, daß zunächst am ganz einfachen Augenschluß gearbeitet werden muß. Für manche Patienten bedeutet schon das Schließen der Augen in Gegenwart eines Therapeuten und die damit verbundene Kürzung der Außenweltkontrolle eine derartige Herausforderung, daß sie nur beim Gedanken daran in Angst geraten. Der Therapeut kann dann beispielsweise vorschlagen, miteinander auf die Suche zu gehen, wieviel Loslassen mit offenen Augen möglich ist – vielleicht Muskelentspannung, vielleicht Imagination mit offenen Augen. Oder man kann mit dem Patienten abtasten, wie lange seine Augen geschlossen bleiben können, angefangen bei einem Augenzwinkern, dann weiter bei einem verlängerten Zwinkern usw. Dies darf aber nicht bei einem selbstzweckorientierten Training bleiben, sondern soll bewußt und explizit einer Annäherung auf die symbiotische Nähe hin dienen. Dieses Vorgehen muß in der Regel dem Patienten, ganz besonders dem tief gestörten, vorgängig erklärt werden. Es wird dann viel einfacher für ihn, sich auf dieses Wagnis einzulassen, wenn er kognitiv weiß, wozu er sich anstrengt. Er weiß dann, daß er dadurch auch das Loslassen zu kontrollieren lernt, und er kann – zunächst intellektuell – verstehen lernen, daß die symbiotische Nähe nicht einer Kontrolle durch den Therapeuten gleichkommt. Die Hypnose ist also ein privilegiertes Mittel, mit dem der Patient erfahren kann, wie er diese Annäherung in die symbiotische Nähe, in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten, selber mitstrukturieren kann.

Eine andere Ebene der Arbeit mit der symbiotischen Nähe der Hypnose findet in der schließlich erreichten Trance statt. Dann kann der Therapeut diese Nähe als Schutzschild gegen die Außenwelt benützen und in der Trance aktiv bei

der Strukturierung der inneren Bilder behilflich sein. Dies geschieht so beispielsweise bei der Methode der aktiven Introjektion. Dabei lässt sich der Therapeut in eine parallele Trance sinken, um seine eigene Empathie oder Partizipationsfähigkeit zu steigern, und hilft dann über ein symbolisiertes Therapeutenbild mit, Strukturmängel zu korrigieren. Für den tief gestörten Patienten ist die symbiotische Partizipation des Unbewußten des Therapeuten Grundlage für die Dualisierung seiner Innenwelt, d. h. die Grundlage für das fundamentale Erlebnis, daß das eigene innere Erleben bei einem andern Menschen Resonanz auslösen kann. Erst auf dieser Basis erhalten die Dinge der Innenwelt Wahrheitscharakter. Diese Dualisierung ist schließlich die Basis der Symbolisierung und der Affektkontrolle. Die hypnotische Nähe mit ihrer Öffnung der Ich-Grenzen erleichtert somit auch die Dualisierung und ihre therapeutischen Auswirkungen.

Unkontrolliertes Sinken und Hypnose

Schließlich gibt es noch eine Zwischensituation, die in der Praxis gar nicht selten vorkommt. Es handelt sich um Patienten, die sich in ihren Beziehungen allzu leicht in symbiotische Regressionen stürzen und sich darin verlieren und dies natürlich besonders auch in Hypnosen tun. Bei ihnen stellt sich als Erstes die Aufgabe, diese Nähe über die Hypnose zwar zuzulassen, sie aber auch gleichzeitig allmählich zu strukturieren. Ein konkretes Beispiel soll diese Situation veranschaulichen.

Mit einem etwa dreißigjährigen Computerfachmann und Musiker mit depressiver Persönlichkeitsstörung hatte ich schon mehrere Hypnosen versucht. Diese mündeten entweder in völlig passive und abhängige Zustände, in denen er sich zwar durchaus wohl fühlen konnte, aus denen auszusteigen aber sehr schmerzlich und äußerst schwierig war. Oder die Trance entartete in einen Horrortrip, gekennzeichnet durch Gefühle der Selbstauflösung und durch Hyperventilation. Eines Tages kam das Gespräch auf das Thema Körperberührungen, und er schilderte ausdrucksvoll, wie entsetzlich allein der Gedanken daran für ihn sei und wie ihn das in seinen alltäglichen Kontakten regelrecht behindere. Er erklärte sich einverstanden, über eine hypnotische Altersregression auf die Suche nach Erinnerungen an positive Berührungen zu gehen. Im letzten Moment aber schreckte er davor zurück, die Augen zu schließen, was ihm erstaunlicherweise in den früheren Hypnosen immer leicht gelungen war, vielleicht allzu leicht. Er begann nun mit offenen Augen zu hyperventilieren, was vermuten ließ, daß er mit offenen Augen in eine ziemlich tiefe Trance gefallen war. Sein starrer Blick ließ auch mutmaßen, daß es ein optisches Bild war, das ihn in diesen Zustand versetzte. Ich schlug ihm vor, die Erinnerungen an schöne Berührungen nicht in seinen

inneren optischen Bildern, sondern in seiner Haut zu suchen. Es brauchte nicht lang, und er beruhigte sich, seine Züge entspannten sich, und er berichtete, er spüre die Hand seiner ersten Freundin in der seinen ... und schloß die Augen. Er sank tiefer in eine offensichtlich wohltuende Trance. Diese Hypnose war die erste, die ihn in einen nicht ambivalenten und endlich strukturierten Zustand führte.

Es ließen sich verschiedene Aspekte dieser Vignette diskutieren, doch will ich mich an den der symbiotischen Nähe halten. Der Patient konnte aus seiner Lebensgeschichte heraus verschiedene, nicht nur positive Qualitäten symbiotischer Nähe. In seinen inneren Mustern brachen die negativen vorrangig in den Hypnosen durch. Aufgrund einer Atmosphäre von respektvoller großer Nähe des Therapeuten in der hypnotischen Situation und dank dessen genauen Beobachtung konnte es dem Patienten gelingen, sich von seinem negativen Trancemuster zu lösen und die Wiederentdeckung einer positiven Seite seiner Symbiosefähigkeit zu wagen.

Zusammenfassung

Die wirkliche Macht der Hypnose liegt nicht in einer Macht des Therapeuten über den Patienten, auch wenn es dieser aus seiner Lebensgeschichte heraus in seinen Phantasien und in seiner Übertragung durchaus so erleben und sich sogar wünschen mag. Vielmehr zeigt sie sich in der mobilisierenden Kraft der abstinenten symbiotischen Nähe und im Gewinn an Autonomie durch ein besseres Verfügen über die eigenen hypnotischen Potentiale. Hypnose ist also vielmehr ein machtvolleres als ein machterleihendes Instrument. Und wenn im Zusammenhang mit Hypnose von Anpassung die Rede sein soll, dann am ehesten von einer respektvollen, flexiblen Anpassung des Therapeuten an das Erleben des Patienten in der abstinenten Nähe. Sich in diese hineinzuarbeiten ist ein langer, vielleicht endloser, aber für uns Therapeuten außerordentlich spannender Prozeß.

Literatur

- Benedetti, G. (1983). *Todeslandschaften der Seele*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Zindel, J. Ph. (1988). Hypnose und tiefenpsychologische Arbeit. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 33, S. 183–192
- Zindel, J. Ph. (1994). Die Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nähe. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 10, S. 23–33.
- Zindel, J. Ph. (1996). Eine hypnoanalytische Methode zur aktiven Introjektion des Therapeuten bei tief gestörten Patienten. *Imagination* 4/1996, S. 29–47
- Zindel, J. Ph. (1998). Hypnose und Träume. In G. Benedetti, *Botschaft der Träume.*, (S. 233–290). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie

Sylvia Zwettler-Otte

gehen auf gegensätzliche therapeutische Grundhaltungen zurück, die sich zunächst recht klar unter dem Aspekt unseres Kongreßthemas **MACHT UND ANPASSUNG** unterscheiden lassen.

SUGGESTION beinhaltet die Vorstellung, daß der Therapeut seine Autorität und damit seine Macht einsetzt, den Patienten beeinflusst und ihm zu einer Form der Anpassung verhilft, die mit weniger Leidensdruck und mehr Entfaltungsmöglichkeiten verbunden ist als seine bisherigen Problemlösungsversuche.

Der **PSYCHOANALYTISCHE ANSATZ** dagegen impliziert, daß nicht der Therapeut, sondern das Unbewußte des Patienten die Führung übernimmt, Patient und Analytiker diesem folgen und dadurch so viel Einblick in die unbewußte seelische Dynamik erlangen, daß der Patient an Autonomie gewinnt und Symptome überflüssig werden. Das aus dem Griechischen stammende Wort „Autonomie“ steht zu Macht in engem Zusammenhang und bezeichnet die Fähigkeit, sich nach eigenen Gesetzen zu richten, also von fremder Macht weitgehend unabhängig zu sein.

Ein auf **SUGGESTION** basierender therapeutischer Ansatz setzt also absichtlich und gezielt die Macht, die der Therapeut aufgrund seiner Autorität und seines Wissens hat, ein.

Die **PSYCHOANALYSE** hält den Einfluß von Autorität so weit wie möglich zurück, verzichtet also von Anfang an auch möglichst auf Ermutigung und Stützung, um der Entfaltung jener Mächte Raum zu geben, die im verborgenen, unbewußten Seelenleben des Patienten dominieren und sich unweigerlich in der Übertragung manifestieren.

Für beide technischen Ansätze ist aber – ebenso wie für andere therapeutischen Eingriffe wie z. B. bei einer medikamentösen Behandlung – Voraussetzung, daß der Patient vom Therapeuten – zumindest auf der bewußten Ebene – Hilfe will, d. h. daß er den Therapeuten als solchen beansprucht, ihn aufsucht

und ihm damit – zumindest bewußt – die potentielle Macht zugesteht, ihm zu helfen. Wo dies nicht der Fall ist, z. B. in der Kindertherapie oder bei verordneten Therapien im Strafvollzug, spielt sich der Kampf um Macht und Anpassung eben nicht in einem Zweikampf, sondern in einem Drei- oder Vieleck ab.

Zunächst noch einige allgemeine Überlegungen zu MACHT und ANPASSUNG.

MACHT bezeichnet eine Relation, ein Verhältnis von Über- und Unterordnung zwischen einzelnen Personen oder Gruppen; sie schließt also die Unterordnung als eine besonders häufige, erwünschte und erwartete Form der Anpassung mit ein. In der Relation von Macht und Anpassung dominiert die Macht, was sogar im Layout unseres Kongreßprogramms seinen Niederschlag gefunden hat: mächtig thront das Wort „Macht“ über der zusammengedrängten „Anpassung“, die sich ihr anpassen mußte.

Es gibt freilich nicht nur Unterordnung, sondern auch andere Formen, sich auf gegebene Machtverhältnisse einzustellen und sich der Situation anzupassen; die Möglichkeiten reichen von der offenen Revolte gegen einen fremden Willen bis zu geschmeidigeren Formen von verborgenen Widerstandsbewegungen, doch diese gegen die Macht aufbegehrenden Tendenzen werden nicht mehr mit dem Begriff der Anpassung abgedeckt; „Anpassung“ impliziert in unserem Sprachgebrauch „Unterordnung“.

Der Macht liegt eine reale oder angenommene Überlegenheit über den oder die anderen zugrunde, ein realer oder angenommener Vorsprung an Stärke, an Wissen oder an Möglichkeiten. Solche Grundlagen werden auch oft mit der Macht selbst gleichgesetzt, wie z. B. das Sprichwort „Wissen ist Macht“ bezeugt.

Die Macht kann bei einzelnen Personen kulminieren („Der Starke ist am mächtigsten allein!“), d. h. er muß sich nicht mit dem Willen anderer koordinieren; oder aber sie entsteht gerade als Massenphänomen durch das Zusammenscharen vieler Gleichgesinnter, Gleichgerichteter (VIRIBUS UNITIS) und opponiert gegen eine andere Macht, wie das z. B. bei einer Revolution geschieht.¹

Wir könnten uns die Reaktionen auf Machtausübung als ein Kontinuum vorstellen, an dessen einen Ende eine totale Auflehnung gegen die Macht und an dessen anderem Ende eine totale Anpassung stünden.

Wird ein Machtanspruch von dem oder den Betroffenen nicht anerkannt und erfolgt trotz der bis zur Gewalt gesteigerten Bemühungen seitens des oder der Mächtigen keine Anpassung, dann gerät das Verhältnis von Über- und Unterordnung aus den Fugen.

Aber auch bei einer vollkommenen Anpassung kann sich das Machtverhältnis auflösen, wenn sich seitens des Mächtigen und seitens des Anpassungswilligen

die Bestrebungen zu einem mächtigen gemeinsamen Willen vereinen. Es erfolgt dann eine gemeinsame Unterordnung unter ein gemeinsames Ziel.

So kann sich Macht an beiden Enden des Kontinuums entweder durch ihr Scheitern oder ihr Überflüssigwerden auflösen.

Der Versuch, Macht auszuüben, kann nicht nur ge- oder mißlingen; er bewegt sich noch zwischen anderen Extremen: Macht kann ge- oder mißbraucht werden. Die Realisierung eines Vorsprungs oder einer Stärke, also das Ausüben von Macht kann ebenso „gut“ wie „schlecht“ sein. Man kann mit mächtigem Arm einen Ertrinkenden retten – oder ihn ertränken.

Unsere Bewertung hängt also von dem Ziel ab, das die Macht anstrebt und erreicht, sie selbst ist an sich neutral. Einen Mißbrauch der Macht versuchen wir durch die Normen und Kontrollsysteme der ETHIK zu verhindern. Dadurch aber können Ethik und Recht natürlich selber wieder zu Instrumenten der Machtausübung mit der Möglichkeit von Gebrauch oder Mißbrauch werden.

Ganz ähnlich wie Macht an sich noch zu keiner Wertung berechtigt, ist es auch mit der ANPASSUNG. Sie gehört einerseits zur normalen, gesunden Entwicklung und ist die Basis aller Lernprozesse. Sie kann aber ebenso Entwicklung blockieren und z. B. zur Etablierung eines falschen Selbst führen, das nach D. W. Winnicott² die Welt in Schach halten und das wahre Selbst vor ihr schützen soll, wodurch kein lebendiger, gesunder Austausch mehr möglich ist.

Auch Anpassung an sich ist also weder gut noch schlecht. Sie kann Veränderungen der eigenen psychischen Organisation betreffen, also AUTOPLASTISCH sein, oder auf Veränderungen in der Umwelt abzielen, was man mit ALLOPLASTISCH bezeichnet³. Für die Wertung ist entscheidend, wer sich wem wann und warum anpaßt.

Mit diesen Überlegungen wollte ich MACHT und ANPASSUNG von vorschnellen Wertungen und Vorurteilen befreien. Denn obwohl beide Begriffe an sich noch keine negative Bedeutung haben, haben sie doch meist eine recht schlechte Presse. Macht haben wollen ist verpönt, auch wenn noch gar nicht gesagt ist, wozu sie benützt werden soll. In Martin WALSERs Roman „OHNE EINANDER“ heißt es z. B.: „Macht macht ethikunfähig ... Von einem, der Macht hat, muß man sonst nichts wissen, um zu wissen, daß er ein Lump ist ... Nur der Schwächling braucht Macht. Nur der Schwächling strebt nach Macht. Nur der Schwächling bringt es über sich, Macht auszuüben.“ (S. 62 f). Und Anpassung ist nicht minder ein Schreckwort für viele, die damit das Scheitern jeder Selbstverwirklichung verbinden.

Ohne hier weiter auf die möglichen Ursachen einer solchen Abwehrhaltung gegenüber Macht und Anpassung eingehen zu wollen, müssen wir doch darauf vorbereitet sein, daß wir als Psychotherapeuten auf Ablehnung stoßen können, wenn nicht auch wir Macht und Anpassung von vornherein verwerfen und beide vielleicht sogar benützen.

Auf drei Ebenen spielen Macht und Anpassung in der Psychotherapie eine große Rolle:

- a) **in der „realen“ Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient.** Nennt man letzteren „Klienten“, betont man damit sogar den Aspekt der Abhängigkeit; das Wort stammt vom griechischen „klino“, das „sich neigen, anlehnen“ bedeutet; diese etymologische Konnotation ist aber für viele nicht mehr spürbar, im Gegenteil, das Wort, das uns aus der Anwalt-Klient-Beziehung vertraut ist, rückt für manche sogar die Person eher aus dem Bereich des Krankseins heraus, im deutlichen Gegensatz zum Wort „Patient“, das den „Leidenden“ charakterisiert. Eigentlich ist ja zu hoffen, daß der Therapeut einen Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten hat, der ihm die Macht gibt, diesem zu helfen; und daß sich der Patient dem therapeutischen Setting so weit unterordnen kann, daß der therapeutische Prozeß gelingt. Wir werden im Abschnitt über das ARBEITSBÜNDNIS ausführlich darauf eingehen.
- b) **in der Übertragungsbeziehung,** in der der Patient den Therapeuten unbewußt mit einer Fülle von Macht ausstattet und ihn nach den „vergessenen“ Vorbildern seiner Kindheit modifiziert. Auch diesem für die Psychoanalyse zentralen Bereich ist ein eigener Abschnitt gewidmet. Und
- c) **in den Beziehungen der einzelnen Therapieformen untereinander.** Auch hier wimmelt es von Machtkämpfen und Versuchen, sich anzupassen oder andere zur Anpassung zu zwingen. Dabei liefern suggestive und analytische Elemente oft Munition. Während sich die Suggestion offen zur Einflußnahme, also zur Ausübung von Macht bekennt, bemüht sich die Psychoanalyse, wie bereits erwähnt, weitgehend auf Autorität samt ihren beliebten Zusätzen von Ermutigung, Trost, Stützung u. dgl. zu verzichten, um die pathogenen, unbewußten Macht- und Anpassungsprozesse in der Übertragung besser sichtbar und behandelbar zu machen.

Aber gerade das Verhältnis zu Macht und Autonomie ist zu einem Angelpunkt in den Rivalitäten unter den Therapieformen geworden. Wir können dies bereits bei Sigmund FREUD sehen, der in seinem letzten Vortrag, den er am 12. Dezember 1904 vor einem offiziellen medizinischen Publikum, dem Wiener

medizinischen Doktorenkollegium, hielt, versuchte, einen häufigen Irrtum der ärztlichen Kollegen aufzuklären: man schicke ihm immer noch Patienten zur Hypnose; er „pflege solche Sendungen mit dem Rate, wer auf die Hypnose baut, möge sie selbst machen, zu retournieren“. ⁴ Freuds Experimente mit der Hypnose lagen damals beinahe ein Jahrzehnt zurück, das von ihm begründete Verfahren der Psychoanalyse war bereits den Kinderschuhen entwachsen, und die 1900 erschienene Traumdeutung hatte Freuds gutem Ruf als Neurologe den eines ernsthaften Forschers auf dem Gebiet der Hysterie und der Neurosen hinzugefügt. Die Behandlung dieser Erkrankungen galt ebenso wie die der sogenannten Neurasthenie als frustrierend, die gängigen „roborierenden Maßnahmen“ wie Kuren, Elektromassagen, Diäten, Suggestion und Hypnose brachten nur kurze Erfolge, und Freuds Kollegen interessierten sich zunehmend für seine neuen Wege, auch wenn sie ihm auf diesen nicht leicht folgen konnten. In dem Vortrag „Über Psychotherapie“ grenzte Freud die Psychoanalyse stark gegenüber anderen Therapieformen ab:

„In Wahrheit besteht zwischen der suggestiven Technik und der analytischen der größtmögliche Gegensatz, jener Gegensatz, den der große Leonardo da Vinci für die Künste in die Formeln per via di porre und per via di levare gefaßt hat. Die Malerei, sagt Leonardo, arbeitet per via di porre; sie setzt nämlich Farbhäufchen hin, wo sie früher nicht waren, auf die nichtfarbige Leinwand; die Skulptur dagegen geht per via di levare vor, sie nimmt nämlich vom Stein so viel weg, als die Oberfläche der in ihm enthaltenen Statue noch bedeckt. Ganz ähnlich, meine Herren, sucht die Suggestivtechnik per via di porre zu wirken, sie kümmert sich nicht um Herkunft, Kraft und Bedeutung der Krankheitssymptome, sondern legt etwas auf, die Suggestion nämlich, wovon sie erwartet, daß es stark genug sein wird, die pathogene Idee an der Äußerung zu hindern. Die analytische Therapie dagegen will nicht auflösen, nichts Neues einführen, sondern wegnehmen, herauschaffen, und zu diesem Zwecke bekümmert sie sich um die Genese der krankhaften Symptome und den psychischen Zusammenhang der pathogenen Idee, deren Wegschaffung ihr Ziel ist.“⁵

Sehen wir uns Leonardos Vergleich zwischen Malerei und Bildhauerei einmal näher an⁶, nicht nur aus historischem Interesse, sondern auch, weil wir mit der Distanz von beinahe 500 Jahren die Beweggründe der damaligen Kontroversen leichter erkennen als bei unseren aktuellen Diskussionen therapeutischer Methoden.

In der Renaissance gelangte die bereits bei Plato und Aristoteles angeregte Klassifizierung der Künste und Wissenschaften zur Hochblüte. Der Wettstreit, welche die vornehmste Kunst, die höchste Wissenschaft sei, beschäftigte nicht

nur Künstler und Theoretiker; auch in den exklusivsten Kreisen der Gesellschaft gehörten solche Streitgespräche zum guten Ton. Leonardo da Vinci führte selbst am Hof von Lodovico il Moro derartige „DUELLI“ und verglich die Malerei mit der Wissenschaft, mit der Dichtkunst, mit der Musik und der Bildhauerei. In dem Wettstreit, dem „PARAGONE“, nahm die Rivalität zwischen Bildhauerei und Malerei einen großen Raum ein. Leonardos Absicht war es, dem Malen unter den freien Künsten einen Platz zu schaffen; die Bildhauerei, die noch weniger Anerkennung fand als die Malerei, stellte Leonardo als Rivalin mit schlechteren Chancen dar.

In der Argumentation, die damals keine klare Unterscheidung zwischen Wissenschaft, Kunst und Philosophie machte, zeigt sich, wie nahe Leonardo da Vincis Auffassung von wahrer Wissenschaft den modernen Standards kam: an erster Stelle steht die „Erziehung des Auges“, die Kunst des Beobachtens, die Leonardo mit der Kunst der Malerei gleichsetzte; das Beobachten aber schloß für ihn eine innere Verarbeitung mit ein. Er spricht vom „OCCHIO TENEBROSO“, dem Auge, das dem äußeren Licht abgewandt ist.

In die Rivalität der Künste wird auch die Rivalität der Sinnesorgane einbezogen. Da der Verlust des Augenlichts die schlimmste Verletzung für einen Menschen ist, gilt das Auge als das vornehmste Sinnesorgan, und da die Malerei diesem Sinnesorgan dient, ist sie selbst vornehmer als etwa die Dichtkunst oder die Musik.

Für Leonardo ist die Malerei schöner, phantasievoller und umfassender (PIÙ BELLA, DI PIÙ FANTASIA E PIÙ COPIOSA) als die Bildhauerei; diese habe bloß einen einzigen Vorzug: ihre Werke sind haltbarer (PIÙ DURABILE). Alle anderen Vorzüge, die zugunsten der Bildhauerei vorgebracht würden, ließen sich leicht entkräften: man könne zwar bei bildhauerischen Werken herumgehen und so ein objektiveres, realistischeres Bild mit verschiedenen Ansichten gewinnen, während die Malerei nur eine Ansicht biete (höchstens mit dem Trick eines Spiegels zwei), aber die Malerei fordere mehr Gedanken und Geschicklichkeit, der Künstler müsse den Sinn der Natur erfassen, um als Dolmetscher zwischen Natur und Kunst auftreten zu können und zwischen verschiedenen Distanzen und Farben, Nebel und Regen, Schatten und Licht zu wählen. Leonardo da Vinci schwelgt in einer unübersehbar tendenziösen Schilderung der Arbeitsbedingungen des Malers und des Bildhauers:

Der Bildhauer habe zwar eine größere physische Anstrengung, aber gerade darin zeige sich, daß es sich um keine Wissenschaft, sondern eine rein mechanische Kunst handle, eine schweißtreibende und schmutzige Übung; sein Gesicht sei verschmiert von Marmorstaub, sodaß er wie ein Bäcker oder wie nach einem Schneesturm ausschaue, und seine Wohnstätte sei voll Staub und Steinstückchen.

Der Maler dagegen sitze in vollkommener Leichtigkeit vor seiner Arbeit, gut gekleidet, und beim Hantieren mit einem leichten Pinsel und fröhlichen Farben könne er Musik hören oder sich vorlesen lassen, ohne vom Hämmern oder anderem Lärm gestört zu werden.

Der Bildhauer führe zwar ins Treffen, daß er im Gegensatz zum Maler Fehler nur schwer korrigieren könne, aber so etwas würde eben nur Ignoranten passieren, die nicht Meister, sondern Verschwender des Marmors wären. Daß bildhauerische Werke beständiger sind und selbst Schatten produzieren, sei kein Vorzug der Bildhauerei, sondern nur ihres Materials.

Das Herausmeißeln der Statue wurde gewöhnlich nicht als schöpferischer Akt anerkannt. Der Bildhauer habe nur so viel vom Stein zu entfernen, bis man die in ihm enthaltene Statue entdecke. Wörtlich heißt es bei Leonardo: „Die Arbeit des Bildhauers besteht im Wegschaffen von Material, die des Malers im Hinzufügen von Material, aber während das Material, das der Bildhauer entfernt, immer dasselbe ist, fügt der Maler immer verschiedenes Material hinzu.“

Wenn der Bildhauer nicht selbst die Statue schafft, sondern nur das die Statue verdeckende Material wegschafft, bleibt entsprechend der damaligen mystisch-theologischen Interpretation nur Gott als der eigentliche Schöpfer. Er wird auch tatsächlich in einem Vergleich zwischen Malerei und Bildhauerei als erster Bildhauer bezeichnet, doch der Verteidiger der Malerei weist diesen Vorzug zurück: Gott habe den Menschen aus Lehm geformt, und diese plastische Methode (PLASTICA) gelte ebenso wie das Gießen einer Form (FUSORIA) nicht als echte Bildhauerei, nur PER VIA DI LEVARE (SCULPTURA) entstehe ein wahres bildhauerisches Kunstwerk.

Der damals so verbreitete Gedanke des immanent im Stein vorhandenen Kunstwerks kommt auch in einem Sonett von MICHELANGELO BUONAROTTI zum Ausdruck:

*Non ha l'ottimo artista alcun concetto
Ch'un marmo solo in se non circonscriva
col suo soverchio, e solo a quello arriva
La man che ubbidisce all'ingegno.*

*Auch der beste Künstler hat kein
Konzept, das nicht der Marmor
selbst in sich eingeschrieben hätte
in seiner Überfülle, und nur zu
jenem gelangt die Hand, die dem
Verstand folgt.*

Übertragen auf die Arbeit des Therapeuten würde das heißen: auch der beste Therapeut kann nur das Potential zum Vorschein bringen, das in dem Patienten verborgen liegt – eine weise Selbstbeschränkung der oft unbewußten Schöpfungs-

phantasien („Ich schaffe Menschen nach meinem Bilde“), die die Gegenübertragung und damit die Haltung des Therapeuten bestimmen können⁷. Seine Macht ist nicht nur durch seine eigenen Grenzen beschränkt, sondern auch durch die des Patienten, was durchaus zu negativer Gegenübertragung führen kann.

Verlassen wir langsam wieder die Bilder, denen wir – angeregt von Freuds Metapher – ein Stück weit gefolgt sind, und werfen wir einen abschließenden Blick auf die Stimmigkeiten und Unstimmigkeiten des Vergleichs der beiden Künste mit den suggestiven und analytischen Elementen der Psychotherapie:

Die Behandlung des Patienten mit Suggestion, also z. B. mit Ermutigungen, Ratschlägen, Empfehlungen mag tatsächlich Ähnlichkeit mit dem Hinzufügen von Farbhäufchen haben: es werden dem Patienten Vorstellungsinhalte geboten, die er selbst nicht produzieren und/oder realisieren konnte; warum er es nicht konnte, ist dabei unwichtig; die Leidenssymptome sollen überlagert und verdeckt werden. Wenn sie keine tiefliegenden Ursachen haben, kann das sehr hilfreich sein, den Heilungsprozeß nach einer oberflächlichen Verletzung etwa unterstützen, so wie ein Pflaster verdeckt und schützt.

In der KIP hat der Therapeut z. B. eine breite Palette mit Motiven und Regieprinzipien zur Hand, die ihm selbst kreative Aktivität im Einsatz suggestiver Elemente gestatten. Allein darin liegt eine Vielfalt von Möglichkeiten, die manchem die Arbeit mit der KIP als schöner, phantasievoller und umfassender erscheinen läßt als jede andere Therapiemethode, so wie Leonardo da Vinci die Malerei für „PIÙ BELLA, DI PIÙ FANTASIA e PIÙ COPIOSA“ als die Bildhauerei hielt. Wenn die Bildhauerei als unendlich mühselige Übung dargestellt wird, so ist auch das eine treffende Ähnlichkeit mit der Psychoanalyse, ebenso wie die Dauerhaftigkeit der Skulpturen – das war der einzige Vorzug, den Leonardo der Bildhauerei einräumte – mit den dauerhaften psychischen Veränderungen durch die Psychoanalyse vergleichbar ist. (Ich nehme nicht an, daß Sie die zentrale Bedeutung, die die Psychoanalyse in der Sexualität erkennt, als weitere Analogie für die „schmutzige“ Arbeit des Analytikers/Bildhauers nehmen wollen.)

Die Grenzen von Freuds Metapher liegen darin, daß wir es eben nicht mit lebloser Materie zu tun haben, die wir gestalten können; daß wir eben nicht die Oberfläche des Steins als pathogen erklären und sie abschlagen können, sodaß die ideale Statue einer reifen Persönlichkeit hervortritt. Auch das Hinzufügen und Anreichern mit vielfältigen bunten Ideen kann nur dann zur Wirksamkeit kommen, wenn sie aufgenommen und verarbeitet werden können. Die Lebendigkeit der Psyche und die Wechselwirkungen der beiden in Beziehung tretenden Partner fehlt uns in dem Vergleich.

Trotzdem haben natürlich die einfachen Formeln

suggestiv = hinzufügen

und

analytisch = wegnehmen

einen gewissen Reiz, vielleicht heute noch mehr als zur Zeit Freuds, denn heute gilt es, sich unter unzähligen Methoden auf der großen Landkarte der Psychotherapien zurechtzufinden, die seit dem Beginn dieses Jahrhunderts entstanden sind und die durch die verschiedenste Auswahl und Kombination therapeutischer Prinzipien charakterisiert sind.

Der Gegensatz suggestiv – analytisch hat Ähnlichkeiten mit anderen Bezeichnungen wie z. B. suppressiv – expressiv

manipulativ – explorativ

stützend – deutend

zudeckend – aufdeckend.

Auf diese Differenzierungen gegensätzlicher therapeutischer Techniken gehe ich hier nicht ein. Ich möchte am Beispiel der KIP zu zeigen versuchen, daß ein „auf tiefenpsychologischen Grundlagen beruhendes Verfahren“ (H. Leuner) einen engen Bezug zur Psychoanalyse haben kann, daß sie aber ebenso auch suggestiven Charakter anzunehmen vermag. Das liegt ganz in der Hand des Therapeuten. Es gibt viele Übergänge und Schattierungen zwischen dem suggestiven und dem psychoanalytischen Ansatz, auch die Psychoanalyse greift ja gelegentlich zu suggestiven Mitteln; es gibt aber auch Unvereinbarkeiten und gleichsam gesperrte oder gesprengte Brücken. Deshalb ist es schon notwendig zu wissen, auf welcher Seite man seine Hauptstützpunkte und sein Schwergewicht hat, sonst kann es einem passieren, daß man zwischen zwei Sesseln sitzt.

Um die suggestiven und analytischen Elemente zu untersuchen, die speziell in der KIP wirksam werden können, möchte ich mich auf folgende Themen konzentrieren:

- I. die Aktivität des Therapeuten – also der aktive Einsatz seiner Wissens-Macht
- II. das Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut – ein Machtausgleich
- III. die Handhabung der Übertragung – Raum für die Etablierung unbewußter Machtstrukturen
- IV. die Rolle der Verbalisierung – die Bemächtigung durch das Wort – und
- V. die therapeutischen Prinzipien – die als Technik zur Wissens-Macht des Therapeuten gehören.

Zunächst

I. Die Aktivität des Therapeuten

Im Unterschied zum Psychoanalytiker, der dem Patienten am Beginn einer Psychoanalyse lediglich die psychoanalytische Grundregel⁸ vorgibt, setzt der KIP-Therapeut eine Reihe von Aktivitäten. Dies ist zweifellos ein wesentliches suggestives Element: es suggeriert dem Patienten, daß der Therapeut die Führung übernimmt und daß er ein kompetenter Führer sein wird, der weiß, wo's lang geht. Man baut hier voll auf die positive Übertragung des Patienten. Die Aktivität des Therapeuten steht gleichsam am Gegenpol zur analytischen Abstinenz.⁹

Jürgen PAHL¹⁰ hat bereits 1982 die drei Setzungen des Therapeuten beschrieben:

- die Anhaltung des Patienten zur Produktion seiner inneren Bilder, Phantasien und Imaginationen,
- die Aufforderung zur Entspannung und
- die Zielvorgabe, nach der Produktion des Tagtraumes dessen Sinn und Bedeutung herauszufinden.

Die Vorgabe bestimmter Motive sowie die Anwendung verschiedener Regieprinzipien könnte man, meine ich, ebenfalls als Setzungen des Therapeuten hinzufügen.

Dem relativ hohen Anteil von Aktivitäten des Therapeuten scheint eine relativ große Passivität des Patienten gegenüberzustehen; er braucht nur zu tun, was der Therapeut verlangt. Aber der Schein trügt oft, und die Aktivität des Patienten pflegt gerade dann am größten zu sein, wenn er den Anregungen des Therapeuten seinen gesamten Widerstand entgegensetzt, ob völlig unbewußt oder vielleicht sogar bewußt. Er kann dann z. B. der Entspannungsinstruktion nicht Folge leisten und sich nicht entspannen, oder aber er tritt die Flucht nach vorne an und übertreibt die Entspannung, indem er einschläft, es tauchen die vom Therapeuten vorgeschlagenen Motive nicht auf, oder sie verschwinden gleich wieder, oder es gelingt ihm absolut nicht, irgendeinen Sinn in seinen Bildern zu finden. All dies sind Beispiele dafür, daß der Widerstand des Patienten mächtiger sein kann als die Macht des Therapeuten, auch dann, wenn sich der Patient voll anzupassen scheint und vielleicht keine Ahnung von seinen der Therapie widerstrebenden Kräften hat. Wie fremd dem Patienten oft die auf der Bildebene auftauchenden Inhalte erscheinen, d. h. wie stark die Abwehr dieser Inhalte ist, habe ich in der Arbeit „Der Therapeut, das Motiv und die Frage, wer ist der Täter?“

näher ausgeführt. Manchem wird es nur schwer begreiflich, daß er selbst der Regisseur seines Tagtraums ist.

Aber auch die völlige Unterwerfung unter den Willen des Therapeuten hat ihren geheimen Reiz für den Patienten, kann doch so der Therapeut nicht nur die Rolle des Führers, sondern auch des Ver-führers haben, der die Verantwortung für das im Bild erscheinende Material trägt.

Die Aktivität des Therapeuten stellt in gewisser Weise einen Gegenpol zur Abstinenz des Psychoanalytikers dar, der durch „seine neutrale, gleichmäßig akzeptierende Haltung“ dem Patienten Ersatzbefriedigungen für seine Symptome versagt¹¹. Obwohl die KIP im Gewähren von Befriedigungen großzügiger ist, hat doch auch in ihr die Abstinenz eine wichtige Bedeutung.

Es scheint mir besonders wichtig, auf die große Bandbreite hinzuweisen, die der KIP-Therapeut bei der Setzung der Aktivitäten hat. Er kann diese auf die grundlegenden technischen Vorgaben der Motive und spärliche Interventionen während des Bilderns beschränken, oder er kann, mit ausführlichen Entspannungsinstruktionen beginnend, das Motiv, das er vorgibt, breit schildern und den Patienten mit dichten Regieanweisungen durch den Tagtraum führen.

D. h. auch innerhalb des suggestiven Elements der Aktivitäten, die die KIP-Technik charakterisieren, kann das Verhalten des Therapeuten mehr stützenden, führenden, erzieherischen, übenden und manipulativen Charakter haben oder zurückhaltender sein, die Aufmerksamkeit mehr auf die innere Dynamik des Patienten richten und aufdeckende, analytische Ziele im Auge haben.

II. Das Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient

Hanscarl LEUNER¹² betonte die partnerschaftliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut und meinte, daß sie – im Gegensatz zur Psychoanalyse, wo der Analytiker nicht neben, sondern hinter der Couch sitze – auch im Setting der KIP zum Ausdruck komme.

Leuner wörtlich: „Das Miteinander der beiden Kontrahenten kann als eine Peer-Gruppierung, ein Miteinander von Gleichberechtigten betrachtet werden.“ Und etwas später: „Diese keineswegs gering einzuschätzende Peer-Beziehung *kontrolliert* (meine Hervorhebung) das regressiv Gefühlsmilieu der anaklitischen Hingabe und unterhält und gewährleistet die relativ stabile Therapeut-Patient-Beziehung.“ (S. 416f). Wenn aber der Therapeut die Kontrolle darüber ausübt, daß der Patient nicht aus der partnerschaftlichen Rolle heraus- und tiefer in die Regression hineinfällt, als der Therapeut möchte, taucht doch die Frage auf, wie

gleichrangig hier die Partner sind. Partnerschaft wäre doch durch Gegenseitigkeit gekennzeichnet, aber daß der Patient den Therapeuten kontrolliert, ist eigentlich nicht so leicht vorstellbar und wäre ein technischer Fehler des Therapeuten.

Die Betonung der Partnerschaftlichkeit und Gleichrangigkeit hat noch einen größeren Haken: es gibt vielleicht dem Therapeuten das befriedigende Gefühl einer ethisch korrekten Haltung, wenn er den Patienten als gleichrangig anerkennt, aber der Patient erlebt es mit Sicherheit anders. Er kommt mit seinem Leidensdruck zu dem Experten seelischer Probleme, er will Hilfe, und eine so unterschiedliche Ausgangsposition kann kein Erleben von Gleichrangigkeit erwecken. Wenn der Therapeut trotzdem darauf beharrt, ignoriert er womöglich ein richtiges Empfinden des Patienten und opfert es einer Illusion. Natürlich gibt es Patienten, die ein nahezu kumpelhaftes Verhältnis etablieren wollen; aber bei näherer Betrachtung wird regelmäßig deutlich, daß auf diese Weise das Auftauchen infantiler Abhängigkeitswünsche, libidinöse oder aggressive Impulse abgewehrt werden.

Das psychoanalytische Konzept des Arbeitsbündnisses, das so hervorragend zu Leuners Peer-Beziehung paßt, hat in den letzten 10 Jahren eine grundlegende Überarbeitung und Beschränkung erfahren. Ich stütze mich im folgenden – so nicht anders angegeben – auf die Kritik des Arbeitsbündnis-Konzeptes von Heinrich DESERNO¹³.

Schon in den Vorformen der Psychoanalyse gab es die Perspektive des Bündnisses: in den Studien über Hysterie (1895) von Breuer und Freud ist bereits von einem notwendigen „Rapport“ die Rede, der dem suggestiven Einfluß des Arztes gleichgesetzt war. Der Patient sollte zum Mitarbeiter werden und sich selbst mit dem objektiven Interesse des Forschers (also wie der Analytiker) betrachten. Auch 1912 und 1913 verwendete Freud noch immer die Ausdrücke „Rapport“ und „leistungsfähige“ Beziehung. Trotzdem fällt auf, daß er vorsichtiger wurde mit seinen Formulierungen über die Notwendigkeit eines Arbeitsbündnisses, je sicherer er in der psychoanalytischen Methode wurde.

Besondere Verbreitung fand das Konzept des Arbeitsbündnisses auf dem Hintergrund der psychoanalytischen Ich-Psychologie durch Ralph GREENSON. Er zeigte, daß das Arbeitsbündnis eine vom Analytiker ausgehende Aufforderung an den Patienten ist, sich mit ihm zu identifizieren. Der *suggestive Charakter* der Aufforderung ist sehr deutlich. Das Arbeitsbündnis soll dem Therapeuten eine „übertragungsfreie Ebene“ sichern, auf der der Patient unneurotisch, vernünftig und einsichtsfähig ist. Das bedeutet aber, daß das Arbeitsbündnis ein Niederschlag konventionellen Denkens ist und Normen und moralische Wertungen vorgibt.

Die Attraktivität von Greensons Konzept besteht darin, daß es dem Therapeuten gleichsam einen „*Archimedischen Punkt*“ in Aussicht stellt, der ihm zuverlässige Einwirkungsmöglichkeiten auf die vielfältigen irrationalen Prozesse innerhalb der Therapie ermöglichen und auch die Einhaltung der Grundregel garantieren soll.

Auch Richard STERBA beschrieb die Identifizierung des Patienten mit dem Analytiker und sah in der „Wir-Bildung“ den „*Hebel*“, mit dem sich auf das Chaos triebbedingter und triebhemmender Aktionen einwirken läßt. Er bezeichnete das „Wir“ als das Instrument für die therapeutische Ich-Spaltung, die den Patienten befähigt, sein Bewußtsein vom Erlebniszentrum des Affekts zum Zentrum der intellektuellen Betrachtung wandern zu lassen.

Mit dem Arbeitsbündnis werden dem Patienten stillschweigend eine Reihe von Bedürfnissen zugeschrieben, die er meist gar nicht haben kann und die vielmehr die des Therapeuten sind. Der Patient hat diese Bedürfnisse einfach zu haben, sie wurden vielfach als unabdingbare Voraussetzung seiner Behandlungsfähigkeit angesehen. Da sich der Neurotiker gewöhnlich von der ihm unerträglich scheinenden Realität abgewendet hat – wie Freud es 1911 in den „Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens“¹⁴ beschrieb, bedeutet der Entschluß, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, in gewisser Hinsicht tatsächlich eine Rückkehr zur Realität. Diese Gegenteilstendenz zur neurotischen Entfremdung habe ich kürzlich in einer Arbeit als „Hunger nach Realität“¹⁵ bezeichnet. Er kann an der Einleitung einer therapeutischen Behandlung beteiligt sein, doch mit der Entfaltung der Übertragungsneurose überlagert der „Übertragungshunger“ die reale Arbeitsbeziehung; sie ist eine wackelige Brücke, die sicher im Lauf der Behandlung „manchmal von hohen Wogen unbewußten Triebgeschehens überschwemmt und vielleicht auch gefährdet wird, die aber wahrscheinlich doch hält und wieder ans Tageslicht kommen wird“ (S. 222) gegen Ende der Therapie.

Mit Recht kritisiert Deserno die Forderung, der Patient müsse fähig sein, das Unvernünftige und das Infantile zu unterscheiden und zu akzeptieren; er muß dazu erst fähig werden. Die Wiener Psychoanalytikerin Erla Maria AMMERER¹⁶ hat deutlich gemacht, daß das Arbeitsbündnis ein Prozeß ist, und daß in einem dynamischen Prozeß kein wesentlicher Faktor statisch bleiben kann; die relativ ruhige und unauffällige Entwicklung der Arbeitsbeziehung rückt „schnell in den Hintergrund, sobald sich die intensiven konfliktbestimmten Übertragungsdynamiken bemerkbar machen“ (S. 215 ff). Als progressiv expandierender Prozeß wird das Arbeitsbündnis im Lauf der Behandlung internalisiert und eröffnet so die Möglichkeit zur „unendlichen“ Selbstanalyse.

Das Arbeitsbündnis soll also den Behandlungsprozeß überdauern.

Bei Greenson und den zahlreichen Autoren, die ihm folgten, ist das Arbeitsbündnis eine legitime technische Forderung, die aber trotz der vordergründigen Betonung der partnerschaftlichen gemeinsamen Sache eigentlich den Patienten in einer Position der Unterwerfung hält; denn die Aufforderung, sich an das Arbeitsbündnis zu halten, läuft letztlich doch auf die Aussage hinaus, der Patient sollte sich zusammenehmen und vernünftig sein. Deserno stellt dem entgegen, daß der Analytiker nur mit sich selbst ein Arbeitsbündnis schließen kann und dieses durch Hinterfragen der eigenen Erwartungen erneuern müßte, sobald er eine diesbezügliche Forderung an den Patienten richten möchte. Das Bestehen auf dem Arbeitsbündnis wäre eine Rückkehr zur Konvention der ärztlichen **Definitionsmacht**, auf die Freud zugunsten seiner Methode verzichtete.

Das Bedürfnis nach dem Arbeitsbündnis, das auch als „hunger for cooperation“ (S. 125) bezeichnet wurde, geht also vom Therapeuten aus und kann durch Suggestion auf den Patienten übertragen werden. Aus der Sicht der modernen Psychoanalyse kann das Beharren auf dem Arbeitsbündnis sogar einen Rückfall in eine konventionelle autoritäre Haltung, in eine veraltete Machtposition und dadurch den Verlust der analytischen Haltung bedeuten. Der Patient muß die Fähigkeit zum Arbeitsbündnis nicht mehr unbedingt mitbringen, sondern kann sie in dem dynamischen Geschehen der Therapie erwerben und internalisieren.

In Kürze wird voraussichtlich eine Arbeit zu diesem Thema von Nikolaus SCHINDLER erscheinen, einem Juristen und Kenner der Psychoanalyse. Seine Fragestellung: „Hat die Psychoanalyse mit Verträgen zu tun?“ kann uns bei der Differenzierung therapeutischer Grundhaltungen mit einem neuen Aspekt weiterhelfen. Er unterscheidet zwei Strukturen, die er auch als Figuren, als alternative Grundkonzeptionen oder therapeutische Erlebniswelten bezeichnet: den **Vertrag** und die **Gemeinschaft**. Vom Vertrag heißt es da: „Am Anfang der psychoanalytischen Kur sagt der Analytiker zum Patienten, er möge in den Sitzungen so gut er kann frei alles sagen, was ihm einfällt. Der Patient akzeptiert dies und das Honorar. [Diese pointierte Kurzfassung der Grundregel enthält bereits den Hinweis auf die Leistung des Analytikers und die Gegenleistung des Patienten.] Beide Seiten wollen diesen (auch juristisch recht komplizierten Vertrag) und seine Erfüllung. Die Erfüllungsversuche und -störungen, die Mühen mit der Erfüllung bzw. mit der Verletzung des Vertrags sind vertrags- und behandlungsimmanent und bleiben die relevanten und fruchtbaren Wegmarken der Kur.

Der Vertrag bindet und verbindet beide Seiten, erzeugt und begrenzt gleichzeitig die weitere Behandlung. Die Durchsetzung des Vertrags in der Kur (gegen

den Patienten, der abwehrt, und gegen den Analytiker, der gern selbst redet, was ihm einfällt) gerät immer wieder zur beiderseitigen Herausforderung.“

Die zweite Struktur ist die Gemeinschaft; sie „erzeugt und nutzt und lehrt vor allem Nähe und Hinwendung, sie schützt vor allem vor dem Außen, sie schafft aber auch ein eigentümliches Innenverhältnis. Sie ist nachgebildet der Mutter-Kind-Beziehung.“ Viele Therapien – und dazu zählen durchaus auch manche Psychoanalysen – entsprechen eher dem Gemeinschaftsmodell.

Doch in „der Freud’schen Analyse hält den therapeutischen Primat der Vertrag“. Er setzt vertragsfähige, getrennte Personen voraus und betrachtet den Patienten prinzipiell als autonom. Er ist im Hinblick auf Bindung sparsamer, weniger einnehmend, erfüllt das Prinzip vom kleinsten Zwang und ermöglicht auch Distanz; man „pickt“ nicht „aufeinander“ wie in der Gemeinschaft. Der Vertrag ist quasi „das Medikament mit der geringeren Nebenwirkung“. [Ich möchte hier einfügen: Wie mit der autoritären Macht hält sich der Analytiker auch mit der Bindung weitestgehend zurück, um auch dafür den Raum in der Übertragung zu öffnen und zu erweitern. Es ist aber klar, daß das Setting der Psychoanalyse selbst mit der hohen Stundenfrequenz von 4 Sitzungen wöchentlich als einschränkende Bemächtigung und als Überangebot von Bindung erlebt werden kann.] Wenn z. B. ein Patient mit einer narzißtischen Persönlichkeitsstruktur zur Psychoanalyse kommt, kann sich – wie Schindler anschaulich ausführt – ein erhebliches Problem ergeben, das ähnlich gelagert ist wie der berühmte historische Vertragsabschluß von Kaddesh (1258 v. Chr.) zwischen dem ägyptischen „Gottkönig“ Ramses II und den Hethitern; es ist die problematische Frage: „Wie bindet sich ein Gott?“ – „Will der Narziß sich denn verpflichten, will er eine Leistung erbringen müssen? Verpflichtet er sich denn, ist er überhaupt jemandem verpflichtet? Will er denn eine Leistung? Aber was dem biblischen Gott, dem Pharao passiert, kann halt auch [nach einer Formulierung von Hofmannsthal’s Rosenkavalier] einem Kavalier in der Wienerstadt passieren.“

Wenn die nutzbaren Ich-Leistungen für das Vertragsmodell nicht auszureichen scheinen, erhofft man sich oft, daß das Gemeinschaftsmodell „dem seelischen Prozeß Konzept, Technik und Hilfe“ liefert. Nähe und Trennung, Autarkie, Produzieren, Besitzen und Teilen werden innerhalb dieses Modells zum ständigen Thema.

Der Vertrag verknüpft dagegen viel essentieller von Anfang an Leistung mit Gegenleistung: der Patient will Leistung erbringen, und er braucht den Analytiker dazu, daß er „ihm diese Leistung entgegen- und abnimmt“.

Die Haltung des Analytikers gegenüber dem Vertragsmodell unterscheidet sich von der des Juristen insofern, als für letzteren die Einhaltung von Verträgen

das Ziel ist, während der Analytiker davon ausgeht, „daß der Vertrag zur Kur nicht geschlossen wird, um ihn einzuhalten, sondern um die Nichteinhaltung zu bewältigen und ... immer wieder zum Vertrag zurückzukehren“; für ihn ist also gleichsam der Weg das Ziel, und es geht um „die Kunst (bzw. Plage), sich selbst und den anderen zur Rückkehr zum Vertrag zu veranlassen“.

Dieser juristische Aspekt zeigt uns, daß man Therapien auch nach ihrem Modell-Primat und nach ihrem dem Patienten verbleibenden Autonomiegrad bewerten, klassifizieren und ordnen kann.

Während Schindler die klassische Analyse als einen Vertrag zwischen zwei vertragsfähigen Partnern betrachtet, hat Deserno – wie wir gesehen haben – hervorgehoben, daß in vielen Fällen das Arbeitsbündnis am Beginn der Therapie eigentlich eine Fiktion und mit der psychoanalytischen Haltung nur schwer zu vereinbaren ist. Wir haben also auch hier wieder eine Bandbreite von Möglichkeiten vor uns, wobei am einen Ende eine von Anfang an vorhandene Vertragsfähigkeit besteht, am anderen diese erst im Laufe der Behandlung erarbeitet werden muß. [Theoretisch könnte man annehmen, in der Ausbildung von Kandidaten hätte man es hauptsächlich mit vertragsfähigen Partnern zu tun – aber sicher nur theoretisch.]

Das Arbeitsbündnis hat jedenfalls suggestiven Charakter und spielt in der KIP nach wie vor in der Form der von Leuner beschriebenen Peer-Beziehung durchgängig eine wesentliche Rolle. Wiederum wird es – wie bei der Aktivität des Therapeuten – stark von der individuellen Ausrichtung des KIP-Therapeuten abhängen, wie sehr er auf die Peer-Beziehung baut und sie betont oder aber ihre Entwicklung mit dem Argwohn abwartet, der nur dem möglich ist, der auch um die negativen Übertragungsanteile weiß und bereit und in der Lage ist, mit ihnen zu arbeiten.

Mit der Metapher vom Taucher (dem Patienten) und dem Expeditionsleiter (dem Therapeuten) – übrigens handelt es sich dabei auch nicht um eine gleichrangige Beziehung! – hat LEUNER¹⁷ das „Nebeneinander einer anaklitischen und einer peerhaften Übertragungsbeziehung“ veranschaulicht. Es scheint mir nur sehr fraglich, ob sich die Patienten an diese saubere Trennung halten; und was passiert, wenn beim Taucher in der Tiefe plötzlich alte Ängste auftauchen und ihn am Wohlwollen des Expeditionsleiters zweifeln lassen, und das, obwohl er – im wahrsten Sinn des Wortes – von ihm abhängt? Wir können also dem Problem der Übertragung nicht länger ausweichen.

III. Die Handhabung der Übertragung

Leuner ordnete der Übertragung in der KIP eine wesentlich geringere Bedeutung zu als in der Psychoanalyse und sah gerade in der Eindämmung der Übertragungsneurose einen Vorteil. Die Strukturierung der Grundstufe, die Hervorhebung stützender und supportiver Motive und Interaktionen, die – wie er es nannte – „zweidimensionale“ Übertragung, die sich einerseits innerhalb der Peer-Beziehung, andererseits als „Projektionsneurose“ auf der Bildebene äußere, sowie die kürzere Dauer der Behandlung nannte Leuner (S. 418) als Faktoren, die die Entfaltung der Übertragungsneurose behindern.

Das theoretische Konzept der KIP führt also bewußt eine Spaltung zur Abschwächung der Übertragung ein; ihre positiven Anteile sollen in der Peer-Beziehung das Arbeitsbündnis sichern und festigen, während sämtliche konflikthaften Anteile auf der Bildebene leichter einer Behandlung zugänglich erscheinen. Diese künstliche Spaltung ist durchaus Sterbas Konzept der „therapeutischen Ich-Spaltung“ und Greensons Konzept des Arbeitsbündnisses vergleichbar und versucht gleichsam einen raffinierten Trick. Während – nach Leuner (S. 415 ff) – in der klassischen Psychoanalyse „alle aufkeimenden Übertragungsgefühle aus Mangel an einer anderen Projektionsebene auf den Therapeuten projiziert werden, erscheinen sie im Kathymen Bilderleben zwangsläufig auch auf der Projektionsschiene“. In diesen spezifischen Übertragungsbedingungen der KIP sah Leuner den Hauptakzent der stabilisierenden Wirkung; das Setting disponiere zu einer den Patienten befriedigenden und stabilen Übertragungsbeziehung.

Freud führte 1914 in seiner Schrift „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ aus: „Wir eröffnen dem Patienten die Übertragung als den Tummelplatz, auf dem ihm gestattet wird, sich in fast völliger Freiheit zu entfalten“ (S. 134).¹⁸ Und die KIP eröffnet nun – wenn ich diese Metapher fortsetzen darf – gleichsam einen zweiten Tummelplatz, sodaß eine bessere Verteilung und Abgrenzung möglich wird. Es kann zweifellos eine große Entlastung vor allem für den Therapeuten sein: das Agieren wird verschoben, die Rowdies werden sozusagen auf den zweiten Tummelplatz verbannt, weil man sie dort besser unter Kontrolle hat, und die Braven auf dem ersten Tummelplatz (in der Peerbeziehung) werden nicht gestört.

Auf diese Weise hofft die KIP, mehrere Vorteile zu gewinnen:

1. Sie sucht Schwierigkeiten mit der Übertragung zu vermeiden.
2. Sie nützt die Erhaltung der positiven Übertragung, um das Arbeitsbündnis zu festigen.

Im Sinn des Arbeitsbündnisses wird auch üblicherweise vom Patienten verlangt, daß er das in der Therapiestunde gebildete Motiv daheim malt. Auch dieser Auftrag, sozusagen eine „Hausübung“ zu machen, ist ein starkes suggestives Element und betont das Arbeitsbündnis. Es kann dadurch eine sekundäre Bearbeitung angeregt, manches vertieft und in der folgenden Stunde bei der gemeinsamen Betrachtung vielleicht auch mancher Widerstand aufgedeckt werden. Die Zeichnungen können den KIP-Therapeuten aber auch in die Lage versetzen, den Therapieverlauf gut zu dokumentieren und so den Anspruch der Wissenschaftlichkeit zu erfüllen. Er umgeht damit die Schwierigkeit, die Peter KUTTER bei der Psychoanalyse konstatierte: „Es ist (...) das ‚empirische Unglück‘ der Psychoanalyse, daß sie ihren Gegenstand, die Phantasien, nicht wie in einem unmittelbar und systematisch beobachtbaren psychischen Experiment demonstrieren kann.“¹⁹

3. Vor allem aber hofft die KIP auf eine kürzere Behandlungsdauer und eine niedrigere Stundenfrequenz: wenn sie den Störfaktor Übertragung mit seinen konflikthaftern und negativen Anteilen ausschalten oder zumindest erheblich reduzieren kann, dann könnte sie – gestützt auf die positiven Übertragungsanteile – rascher zum therapeutischen Ziel gelangen.

Es muß uns klar sein, daß die Abschwächung der Bedeutung der Übertragung *wegführt* vom analytischen Denken. Lediglich wenn sie durch die zusätzliche Umleitung auf die Bildebene für den Therapeuten und den Patienten leichter sichtbar und besser handhabbar wird – was möglich ist, wenn der Therapeut sie erkennt – bleibt die Nähe zu den analytischen Grundannahmen von Übertragung und damit verbunden vom Unbewußten und dem Widerstand erhalten. **„Es ist die Handhabung der Übertragung, die darüber entscheidet, ob eine Behandlung psychoanalytisch ist oder nicht“**, postuliert DESERNO (loc. cit. S. 33) zurecht mit aller Klarheit in seiner kritischen Studie über das Arbeitsbündnis.

Das Ausblenden der Übertragung geht leicht mit dem Ausblenden der Gegenübertragung Hand in Hand, die „als spezifische Antwort auf die Übertragung des Patienten ein unbewußter Vorgang“ (S. 67) und schwer zu erschließen ist. Die Gegenübertragung wurde früher selbst hauptsächlich als Störfaktor angesehen und ist erst seit Paula Heimann (1950) als wertvolles Instrument erkannt worden, um zu verstehen, welche Gefühle und Reaktionen der Patient unbewußt im Therapeuten hervorrufen will. Auch auf diese Chance verzichtet man, wenn man dem Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen wenig Bedeutung beimißt.

Es ist weder vorhersehbar noch vom Therapeuten festzulegen, welche „Kommunikationskanäle“²⁰ die Übertragung wählt und wie die unbewußten Objektbeziehungen zutage treten. Sie erscheinen – wie Leuner selbst vermerkt (loc. cit. S. 418) – a u c h auf der Bildebene, aber sie können sich ebenso in der vermeintlich ungetrübten Peer-Beziehung festsetzen und dort als „Übertragungs-Gegenübertragungs-Verfestigungen“²¹ zur Gefahr für die Therapie werden. Oder sie können, wie Kernberg es beschreibt, (loc. cit. S. 313) im „scheinbaren Fehlen jeder spezifischen Objektbeziehung“ bestehen und so eine besonders schwer erkennbare Form der Übertragung bilden.

Im Idealfall hat die Methode der KIP also besondere Möglichkeiten, „die Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehnisse als aktuellen Vollzug zu studieren und zu erfassen“ (Pahl 1982, loc. cit. S. 73). Wenn dem Patienten die zweidimensionale Übertragung auf der Bildebene und in seinem Verhalten vor und nach dem Bildern deutlich gemacht werden kann, kann die Evidenz eindrucksvoll sein und den Widerstand schwächen. Aber ich halte es für unwahrscheinlich, daß sich die Übertragung nur als „Projektionsneurose“ zeigt und daß der Patient nicht gerade in schwierigen Phasen gewaltig über den Bildrand kleckst.

Die Hoffnung auf eine kürzere Behandlungsdauer bei niedrigerer Behandlungsfrequenz teilt die KIP mit allen psychoanalytisch orientierten Verfahren, die sich bemühen, Kerninhalte der Psychoanalyse in modifizierter Form zur Anwendung zu bringen. Es ist ein Problem, das so alt wie die Psychoanalyse selber ist und so real, daß es sich hervorragend zur Verdeckung unbewußter Widerstände eignet. Zur Lösung des Problems gab es ebenfalls schon zur Zeit Freuds sowohl ernsthafte Versuche seiner Schüler (z. B. Sandor Ferenczi) als auch völlig abstruse Simplifizierungen und Modifikationen (z. B. Wilhelm Stekel). Die Verstärkung der Aktivität des Therapeuten und damit des suggestiven Elements spielt bei all diesen Ansätzen eine wichtige Rolle. Was für Patienten, aber auch potentielle Kandidaten so viel Verwirrung bringt, ist die Tatsache, daß die sogenannten „tiefenpsychologischen“ oder „analytischen“ Verfahren versprechen, dasselbe zu können wie die Psychoanalyse und doch Zeit und Geld zu sparen. Der französische Psychoanalytiker Daniel WIDLÖCHER, der nun seit einigen Wochen als Nachfolger von Otto F. Kernberg Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung ist, beschreibt in einer neueren Arbeit „Die Abstinenzregel heute“²² eindrucksvoll, wie Psychotherapien oft als „Psychoanalyse l i g h t“ (wie C o l a l i g h t) mißverstanden werden und warum sie nicht dieselbe Wirksamkeit entfalten können: „Denn was sie vermissen lassen, sind die Kraft der in die Übertragung investierten Energien und die notwendigen

Bedingungen, diese Energien einzubringen. An dem Mißverständnis sind wir Analytiker mitschuldig, denn unser Irrtum besteht oft darin „zu glauben und glauben zu machen, ... man könne den gleichen Effekt bei geringerem Aufwand erreichen.“ Daß Patienten von solchem kindlichen **Wunschdenken** beseelt sind, steht ihnen zu; **daß wir Gefahr laufen, demselben Mechanismus zu erliegen, ist das Bedenkliche.**

Wenn die KIP nicht nur irgendwelche Bruchstücke aus der psychoanalytischen Theorie herausreißt, sondern die psychoanalytischen Grundkonzepte vom Unbewußten, von der Verdrängung, der Übertragung und dem Widerstand ernst nimmt, braucht auch sie bzw. der Patient Zeit zum Durcharbeiten. So betont auch Josef BITTNER, daß die KIP verführerisch sein könnte: „Man könnte glauben, durch ein paar Operationen ließe sich auf der Symbolebene das Symptom wegzaubern. Abgesehen von extremen Kurztherapien basiert auch die KIP auf dem soliden Handwerk der Psychotherapie, und das heißt Durcharbeiten fixierter Abhängigkeitsverhältnisse.“²³

Wird die KIP als Kurztherapie von etwa 10–50 Stunden verwendet, kann sie eine wesentliche und unter Umständen ausreichende **Weichenstellung** sein, aber sie ist weder mit einer langjährigen KIP-Therapie noch mit einer mehrjährigen Psychoanalyse vergleichbar.

Entscheidend ist also die richtige Indikation.

In der Handhabung der Übertragung bestehen nicht nur die größten Uneinigkeiten und Unterschiede unter den einzelnen KIP-Therapeuten, sondern auch jeder einzelne Therapeut macht selbst eine Entwicklung durch, während der sich sein therapeutischer Stil wandeln und sich damit auch sein Umgang mit der Übertragung ändern kann. Leuner selbst ist dafür ein gutes Beispiel.^{24, 25} Es gibt keinerlei Garantie, daß mit zunehmender beruflicher Erfahrung auch die Kenntnis unbewußter seelischer Vorgänge wächst; sie ist stark von der psychischen Dynamik und Entwicklung des Therapeuten abhängig, und auch bei ihm gibt es eine Wiederkehr der Verdrängung, was zweifellos seine therapeutische Kunst wesentlich beeinflusst. So **wie bei einem Pianisten** weder die Begabung noch die einmal erworbene Fertigkeit genügen, um ihn ein Leben lang konzertreif zu machen, scheint es auch beim Therapeuten unerlässlich, sein Talent und sein therapeutisches Geschick zu trainieren, damit eine einmal errungene Fähigkeit nicht wieder verloren geht und einmal geschaffene Zugänge wieder verschüttet werden.

Bei einem Psychoanalytiker ist es ganz klar, daß er einen gravierenden technischen Fehler macht, wenn er die Übertragung nicht beachtet. Bei einem KIP-Therapeuten ist dies aufgrund der vielfältigen Ansatzmöglichkeiten der Methode keineswegs so klar. Er muß sich – unter der Voraussetzung, daß er es kann – bei jedem Patienten neu entscheiden, ob er analytisch arbeiten will. Das verlangt von ihm besonders viel Sensibilität und Erfahrung, und selbst dann werden oft Zweifel auftauchen. So hat z. B. Otto LANG bei der Behandlung einer schweren narzißtischen Störung eine Eigenart der Übertragung beschrieben, die absichtlich nicht systematisch angesprochen und gedeutet wurde. Trotz des erfolgreichen Therapieverlaufs ließ Lang am Schluß dieser interessanten Falldarstellung offen, ob es nicht viel zweckmäßiger gewesen wäre, „die negative Übertragung der bösen Mutterimago auf den Therapeuten“ analytisch zu bearbeiten, weil es dann vielleicht nicht zu einem so heftigen Agieren des Patienten gegenüber seiner Ehefrau, wohl aber vielleicht zu einer Gefährdung der Therapie gekommen wäre.²⁶

Unsere unterschiedliche Gewichtung der Übertragung erzeugt zweifellos auch Unsicherheit bei unseren Kandidaten und gibt auch jungen Kollegen zu denken. So äußerte z. B. Michael ROSNER in einem ernsthaften Bemühen um Verständnis seine Zweifel, „ob die grundsätzliche Prämisse, daß die Psychodynamik der Übertragung sich in der Regel im Bild prägnanter darstellt als in der direkten Übertragungsbeziehung in jeder Phase der Therapie richtig ist; ob nicht durch die Betonung der positiven Übertragungsaspekte manches Konflikt-hafte im Bild nicht erkannt wird, ...; ob dieses Modell nicht auch gleichzeitig einen guten Schutz für den Therapeuten darstellt, der sich nicht mit den negativen Übertragungsaspekten ... auseinandersetzen muß, und ob dieses Modell den Abwehraspekt ... nicht negiert.“²⁷

Zusammenfassend möchte ich wiederum eine große Bandbreite beim Umgang mit der Übertragung in der KIP festhalten:

am einen Ende des Spektrums steht die Möglichkeit, in suggestiver Weise ausschließlich die positiven Übertragungsanteile in der sogenannten Peer-Beziehung zu benützen;

im mittleren Bereich sprechen viele Kollegen von der Möglichkeit, die Übertragung „mitzulesen“ (d. h. aber, der Therapeut ist der Wissende, der Patient bleibt unwissend – also wieder ein starkes Macht-Gefälle und keine Gleichrangigkeit),

und am anderen Ende des Spektrums ist das Erkennen und Bearbeiten der Übertragung eine selbstverständliche und unabdingbare Voraussetzung. Hierfür wird natürlich – ebenso wie bei Analysen²⁸ – viel Zeit benötigt.

IV. Die Rolle der Verbalisierung

Es scheint mir von grundlegender Bedeutung, bei der KIP **zwei Stufen der Verbalisierung** zu unterscheiden (das ist meines Wissens bisher nicht explizit geschehen):

Die erste Stufe ist methodenimmanent und besteht im Arbeiten mit Symbolen. Um die Eindrücke und Vorgänge auf der Bildebene dem Therapeuten zu vermitteln, muß sie der Patient mit Worten beschreiben. Wenngleich die Fähigkeit dazu selbst bei schwer gestörten Patienten, bei Kindern und in stark belastenden Situationen zumindest in rudimentärer Form vorhanden sein muß, ist die Entfaltung dieser Verbalisierungsfähigkeit doch ein ganz entscheidendes Kriterium für den Fortschritt der Behandlung. Auf dieser ersten Verbalisierungsebene findet bereits die Integration abgespaltener und isolierter emotionaler Inhalte statt. Otto LANG betonte in seiner Arbeit „Die Macht der Symbole“²⁹: „Wir Psychotherapeuten wissen insbesondere von unseren schizoiden und zwanghaften, also abspaltenden und affektisolierenden Patienten sowie den Psychosomatikern, wie sehr sie der präsentativen Symbolik, der inneren Bilderwelt, letzten Endes des Katathymen Bilderlebens bedürfen, um emotional berührt zu werden und daran zu gesunden.“ (S. 25)

Mit dem Heraufheben unbewußter, verdrängter Inhalte auf diese vorbewußte Ebene der Bilder ist also der seelische Genesungsprozeß eingeleitet. Hanni SALVISBERG³⁰ hat es anschaulich als ein „Heraufangeln“ von Unbewußtem bezeichnet.

Die **zweite Stufe der Verbalisierung** ist nicht immer und nicht unbedingt mit der Methode der KIP verknüpft. Sie besteht in dem, was PAHL (1982) als die dritte Setzung des Therapeuten bezeichnete: das Herausfinden des Sinns und der Bedeutung des Tagtraumes. Dies geschieht meist im Nachgespräch oder in der Besprechung der daheim gezeichneten Bilder. Dabei kann dem Patienten vorher Unbewußtes bewußt werden: seine Verdrängung, seine unbewußten Konflikte, seine Abwehrmechanismen, sein Widerstand und auch seine Übertragung. In dieser Arbeitsphase spielen analytische Elemente eine wesentliche Rolle; die suggestiven dagegen können dabei auf ein Minimum reduziert werden. Wenn diese zweite Verbalisierungsebene erreicht wird, bringt sie dem Ich des Patienten größere Stabilität und Souveränität. Seine Selbstreflexion schließt dann das Erkennen unbewußter Tendenzen mit ein und kann zum dauerhaften Instrument werden; er kann Teile des Unbewußten in sein bewußtes Denken einbeziehen, und „bewußtes Denken ist immer sprachlich kodiert“, wie Cordelia

SCHMIDT-HELLERAU in ihrem umfangreichen metapsychologischen Buch über den „Lebenstrieb und Todestrieb“³¹ ihre Ausführungen über die Kriterien von Bewußtheit resümiert (S. 88). Für uns ist in diesem Zusammenhang auch ihre Beschreibung **zweier Formen von Bewußtheit** sehr wichtig und hilfreich:

im Schlaf (d.h. im Traum, und wir dürfen ergänzen, auch im Tagtraum) wird das BILD zur Bedingung von Bewußtheit, im Wachen erfüllt das WORT diese Bedingung .

„So wie sich auf der Regressionslinie Richtung Ubw die Worte verlieren, so reduzieren sich auf der Progressionslinie im Bw die Bilder.“ (S. 267)

Es wird nicht bei jedem Patienten indiziert und möglich sein, diese zweite Ebene sprachlicher Bewußtheit zu erreichen. Vom Therapeuten aber wäre es m. E. schon zu wünschen, daß er in der Lage ist, sich auf beiden Ebenen zu bewegen.

Ich komme nun zum letzten Abschnitt, den

V. Therapeutische Prinzipien

In den USA wurde in den Jahren 1952–1982 ein groß angelegtes Forschungsprojekt der Menninger-Foundation durchgeführt, das den Unterschied zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie sowie die Indikationen für

1. Beratung,
2. stützende Psychotherapie,
3. expressive Psychotherapie und
4. Psychoanalyse untersuchte.

Das Projekt wurde von WALLERSTEIN³² publiziert und in zahlreichen Artikeln referiert. Auch Leuner bezog sich auf diese Forschungsstudie³³. Ich möchte die Ergebnisse des Projekts vorwegnehmend zusammenfassen: die Resultate der Behandlungen konvergierten mehr als sie divergierten.

1. Die strukturellen Veränderungen hingen nicht unbedingt mit der Art der Behandlung zusammen.
2. Das Ausmaß der Veränderungen war dem Grad der erreichten Konfliktlösung proportional.
3. Eine effektive Konfliktlösung hing nicht unbedingt mit der therapeutischen Veränderung zusammen.

4. Stützende Therapien erreichten oft mehr strukturelle Veränderungen als angenommen.
5. Psychoanalyse als die Quintessenz der expressiven Therapieform war mehr beschränkt als angenommen.
6. Alle verwendeten mehr stützende Komponenten als angenommen.

Man zog bei dem Projekt eine einflußreiche Arbeit von Edward BIBRING³⁴ heran und unterschied **fünf therapeutische Prinzipien**:

1. Suggestion
2. Abreaktion
3. Manipulation
4. Klärung
5. Deutung

ad 1) Suggestion ist bei jeder Therapie, auch bei der Psychoanalyse beteiligt.³⁵ Auch in der Auseinandersetzung mit schmerzlichen Erfahrungen fehlt die suggestive Unterstützung meist nicht.

Als Symptomheilung oder Übertragungsheilung führt sie – nach Bibring – zu „parasitären Änderungen“.

ad 2) Die Abreaktion schafft oft eine enorme Erleichterung des Leidensdrucks. Diese emotionale Entladung wurde ursprünglich von Breuer und Freud als entscheidender Faktor zur Befreiung „eingeklemmter Affekte“ aufgefaßt und als „Katharsis“ bezeichnet. Sie spielt in der Wiederbelebung von Erinnerungen und bei der Verbalisierung von Gedanken, Gefühlen, Impulsen und Konflikten eine Rolle. Sie ist besonders dann indiziert, wenn es um Spannungsreduktion oder um Prävention nach einem traumatischen Erlebnis geht.

ad 3) Die der Suggestion in manchem ähnliche Manipulation besteht in ihrer Rohform aus Ratschlägen und Anleitungen und zielt direkt auf therapeutische Veränderungen. Das therapeutische Ziel der Manipulation ist die Neuorganisation des dynamischen Feldes durch Erfahrung.

Die Prinzipien 1-3 bringen kein Selbstverständnis. Ihr gemeinsamer Nenner ist das „Lernen durch Erfahrung“.

Bei den beiden folgenden Prinzipien dagegen besteht der kurative Faktor wesentlich im erweiterten Selbstverständnis des Patienten.

ad 4) Bei dem von Carl Rogers für die nichtdirektive Methode verwendeten Begriff der Klärung geht es ex definitione nicht um unbewußtes Material, sondern um einen Mangel an Wahrnehmung, wo Wahrnehmung möglich ist. Durch die Klärung soll ein höherer Grad von Selbstwahrnehmung und eine größere Differenziertheit der Selbstbeobachtung ermöglicht werden. Bibring spricht von einem „BIRD'S EYE VIEW“, also gleichsam einem distanzierteren Überblick über die Probleme – im Gegensatz zur „Froschperspektive“.

ad 5) Die Deutung bezieht sich nur auf unbewußtes Material, auf Abwehrmechanismen und verborgene Zusammenhänge, die der Therapeut erraten und vermitteln muß und die beim Patienten der Durcharbeitung bedürfen. Das Durcharbeiten gleicht einem empirischen Test der Arbeitshypothese des Therapeuten. Es inkludiert die Therapeut-Patient-Beziehung samt Übertragung und Gegenübertragung.

Die dynamischen Psychotherapien unterscheiden sich vor allem durch die Auswahl und Kombination dieser fünf therapeutischen Prinzipien.

Soweit Bibring und Wallerstein mit seinem Bericht über das Menninger-Forschungsprojekt.

Wenn wir überlegen, wie es sich in der KIP mit diesen therapeutischen Prinzipien verhält, so werden wir wiederum herausfinden, daß wir sehr variable Möglichkeiten haben:

Suggestion verstärkt einzusetzen oder nicht,

auf **Spannungsreduktion** besonders Wert zu legen (z. B. Vulkan-Motiv) oder sie hauptsächlich in der Verbalisierung zu suchen,

manipulativ raschere Veränderungen in der äußeren Realität zur Entlastung anzustreben, was eine Reduktion der Bedürfnisspannung, aber kaum Änderung der inneren Realität des Patienten bringt,

Einsicht durch **Klärung** als Vorstufe des Verbalisierens anzupfeilen

oder letztlich **Deutungen** zur Auflösung unbewußter Konflikte und zur „Entflechtung von Vergangenheit und Gegenwart“ (Harald LEUPOLD-LÖWENTHAL³⁶) mithilfe der Durcharbeitung der Übertragung zu geben.

Auf welche Prinzipien wir uns besonders stützen, sollte wesentlich mehr von der Indikation als von unseren persönlichen Bedürfnissen abhängen. Ein Therapeut, der weiß, daß z. B. Suggestion der Lust an der Herrschaft entgegenkommt, sollte auch durchschauen, „daß es sich bei der Ausübung von Herrschaft um eine

Notlösung handelt, also um die Lösung einer Not“, wie es Josef BITTNER³⁷ formulierte. Ich erinnere Sie an den anfangs erwähnten schlechten Ruf der Macht, der auch hier anklingt.

In der Hierarchie der therapeutischen Prinzipien steht die Deutung, die zur Einsicht in unbewußte Mechanismen führen soll, an oberster Stelle. Die Macht kulminiert hier im Wissen des Analytikers um etwas, was dem Patienten unbewußt ist – ein Wissen, das aber der Analytiker in der Deutung mit dem Patienten zu teilen bereit ist.

In der Psychoanalyse ist die Deutung das wichtigste Instrument, und die Forderung nach exakten Deutungen im rechten Moment erinnert an die strengen Erwartungen, die Lucius Aennaues Seneca, der berühmte Lehrer des nicht minder berühmten Kaisers Nero an einen guten Bogenschützen richtete:

„Er soll nicht hin und wieder treffen, sondern hin und wieder danebenschießen“.

(„Sagittarius non aliquando ferire debet, sed aliquando deerrare“.³⁸)

Psychoanalytisch orientierte Psychotherapien beschränken sich auf eine Auswahl von Deutungen; es werden solche vermieden, die das Gleichgewicht des Patienten allzu sehr gefährden. Von GLOVER³⁹ wurde das Konzept der „unscharfen Deutung“ („inexact interpretation“) beschrieben; sie ermöglicht durch Formulierungen mit einem weiten Spielraum, daß sich der Patient sozusagen selbst bedient und sich nur so viel Einsicht holt, wie er zu dem Zeitpunkt gut verträgt.

Die intensive Wirkung von treffsicheren Deutungen, die dem Patienten trotz seines Widerstandes zugemutet werden und die den Widerstand zu brechen versuchen, beschreibt Janice de SAUSSURE⁴⁰ eindrucksvoll: „In extremen Fällen können sie mit Gefühlen verglichen werden, die bei einem Erdbeben erlebt werden, wenn das Gefühl tiefer Sicherheit abhanden kommt.“

Freud konnte sich Kombinationen von suggestiver und analytischer Technik sehr wohl vorstellen. Er meinte, man werde für die Massenanwendung „das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion legieren“⁴¹ müssen“, wobei die wirksamsten Bestandteile gewiß immer die der strengen, tendenzlosen Psychoanalyse entlehnten sein würden.

Die Wertung der beiden gegensätzlichen Techniken tritt im Vergleich mit den Metallen noch deutlicher hervor als in dem mit der Malerei und Bildhauerei. Der bereits zitierte französische Psychoanalytiker Daniel WIDLÖCHER wies darauf hin, daß die französischen Übersetzer bis heute statt vom „Kupfer“ der Suggestion vom „Blei“ sprechen⁴²; während Kupfer und Gold eine Legierung

von hohem Wert für die elektrische Industrie bildet, können sich Blei und Gold nicht miteinander verbinden. Bei den Legierungen mit dem Gold der Psychoanalyse muß sich also immer erst erweisen, ob es eine wertvolle oder letztlich eine unmögliche Mischung analytischer und suggestiver Elemente ist. „Unmöglich“ ist die Verbindung dann, wenn die einzelnen Elemente einander aufheben: z. B. ist die analytische Haltung mit autoritärem Führungsstil unvereinbar, oder die Stützung der Abwehr bei gleichzeitigen Versuchen, die Abwehrmechanismen zu analysieren. Ich glaube, daß das Problem solcher Unverträglichkeiten hauptsächlich aus ähnlichen emotionalen Gründen entsteht, wie wir sie bei den Rivalitätskämpfen der Künstler und Wissenschaftler zur Zeit Leonardo da Vincis gefunden haben: aus dem narzißtischen und rivalisierenden Anspruch, der „besten“ Kunst zu dienen⁴³.

Richtig angewendet kann die KIP „je nach Ich-Stärke des Patienten und Fortschritt der Therapie von häufiger suggestiver Hilfestellung bis totaler Abstinenz in jeder Form dem Geschehen folgen“⁴⁴, wie Inge LANG ausführte.

Die „methodische Vielfalt“⁴⁵, die die KIP zuläßt, hat auch den Vorteil, daß man nicht gleich nach dem Erstgespräch den therapeutischen Weg – ob man mehr suggestiv oder mehr analytisch arbeiten möchte – genau festlegen muß.

Gerade wegen dieses Reichtums an Möglichkeiten sollte die KIP **nur dann als tiefenpsychologisches oder analytisches Verfahren bezeichnet werden, wenn sie wirklich**

- die suggestiven Mittel so wenig wie möglich einsetzt,
- die Arbeit an der Übertragung, den unbewußten Konflikten und dem Widerstand als wesentliche therapeutische Aufgabe ansieht und
- die zweite Verbalisierungsebene erreicht, also tatsächlich die Bedeutung der Bilder erkannt hat und der Weg vom Bild zum Wort gefunden worden ist.

Die vielfältigen Möglichkeiten der Arbeit mit Bildern erinnern an den heute schon verwendeten Vergleich des Therapeuten mit dem Pianisten. Von seinem Instrument, dem Klavier, heißt es, es sei das einzige, „das dem genialischen Künstler schier unbegrenzte Möglichkeiten bietet, aber gleichzeitig auch den Spieler von nur bescheidenem Talent eine einleuchtende, schöne und befriedigende Leistung erreichen lassen kann – das Chamäleon der Musik, das Universalinstrument“.⁴⁶

Ich möchte – vielleicht um einem wissenschaftlichen Anspruch zu genügen – mit einem Fragebogen schließen. Allerdings einem, der uns zurück an den Anfang führt, zu Leonardo da Vinci und seinem nicht weniger berühmten Zeitgenossen

Michelangelo, der mit Leonardo u. a. auch im Hinblick auf Malerei und Bildhauerei uneinig war. Der Fragebogen wurde 1546 von dem Historiker Benedetto Varchi in seinen Kunst-Vorlesungen an der Akademie in Florenz an berühmte Künstler ausgeteilt. Sie sollten entscheiden, ob der Malerei oder der Bildhauerei der Vorzug zu geben sei. Michelangelos Antwort kam 1549 aus Rom: „Es scheint mir, daß je mehr sich Malerei der Bildhauerei nähert, desto besser ist sie, und die Bildhauerei ist umso schlechter, je näher sie der Malerei kommt.“ (Auf die Psychotherapie übertragen hieße das: je mehr sich die Therapie analytischer Elemente bedient, desto besser ist sie; je mehr sich die Psychoanalyse suggestiver Elemente bedient, desto schlechter ist sie.) Doch man solle – endet Michelangelos Brief – solche Dispute beenden, die mehr Zeit vertun als man für das Hervorbringen einer Statue brauchen würde. Aber ganz zum Schluß holt ihn die Lust am Rivalisieren doch noch ein: wenn Leonardo die Malerei für vornehmer halte als die Bildhauerei und wenn er vielleicht von den anderen Dingen, über die er schrieb, auch nicht mehr verstand, dann hätte es sein Diener besser gemacht.

Es liegt also an uns zu beweisen, daß die vergangenen Jahrhunderte einen Fortschritt gebracht haben und wir nicht mehr rivalisieren und neidisch andere entwerten müssen, die auch Wertvolles zustande bringen. So könnten wir Leonardo da Vincis pessimistische Behauptung widerlegen, daß es „eher einen Körper ohne Schatten als einen Vorzug ohne Neid gebe“⁴⁷.

Anmerkungen

- 1 Zwettler-Otte, Sylvia: Symbole und Rituale der Revolution 1997
- 2 D.W. Winnicott: Human nature, London 1988, S. 108 f.
- 3 Leupold-Löwenthal, Harald: Handbuch der Psychoanalyse, 1986, S. 207 f.
- 4 Freud, Sigmund: Über Psychotherapie, 1905, GW V, S. 17.
- 5 Freud, Sigmund, loc. cit. S. 17.
- 6 Die folgenden Ausführungen basieren auf dem zweibändigen Werk von Jean Paul Richter: The literary works of Leonardo da Vinci, London 1939.

- 7 In einer früheren Arbeit (Der Therapeut, das Motiv und die Frage: Wer ist der Täter?) habe ich dieses Gegenübertragungsproblem als „Prometheushaltung“ beschrieben.
- 8 Durch die Grundregel wird „sichergestellt, daß das, was in das Bewußtsein des Patienten tritt, so weit wie möglich von innen bestimmt ist – d. h. daß die Gedanken, Phantasien und Gefühle, die der Patient wahrnimmt, Abkömmlinge des ständigen Drucks seiner unbewußten Konflikte sind“. (Harald Leupold-Löwenthal: Ein unmöglicher Beruf – Über die schöne Kunst, ein Analytiker zu sein, Wien 1997, S. 83.
- 9 Elfriede Fidal hat sich mit der „Abstinenz im psychotherapeutischen Prozeß“ (in: *Imagination* 2/1996, S. 5 ff, Wien) befaßt und auch für die KIP gezeigt, daß die Abstinenzregel „eingebettet“ ist in die psychoanalytische Theorie und Technik.
- 10 Jürgen Pahl: Über einige abgrenzbare Formen der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse während der Arbeit mit dem Katathymen Bilderleben; in: Hanscarl Leuner, Otto Lang (Hrsg.): *Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II*, Bern 1982
- 11 Harald Leupold-Löwenthal, *Handbuch der Psychoanalyse*, Wien 1986, S. 272.
- 12 Hanscarl Leuner: *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*, Bern 1985.
- 13 Heinrich Deserno: *Die Analyse und das Arbeitsbündnis*. München 1990
- 14 Sigmund Freud, *GW VIII*, S. 230.
- 15 Sylvia Zwettler-Otte: Hunger nach Realität und seine Bedeutung im psychoanalytischen Prozeß, S. 221 ff; in: Sylvia Zwettler-Otte, Albrecht Komarek (Hrsg.): *Der psychoanalytische Prozeß*, Wien 1996.
- 16 Erla Maria Ammerer: Das Arbeitsbündnis als Prozeß, in: Sylvia Zwettler-Otte, Albrecht Komarek (Hrsg.): *Der psychoanalytische Prozeß*, Wien 1996, S. 209 ff;
- 17 Hanscarl Leuner, loc.cit., S. 417.
- 18 Sigmund Freud: *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*; *GW X*, 1914.
- 19 Peter Kutter: *Psychoanalyse in der Bewährung. Methode, Theorie und Anwendung*. Frankfurt 1984, S. 64.
- 20 Otto F. Kernberg: Probleme mit der Übertragung bei schweren Charakterpathologien, in: Peter Kutter: *Die psychoanalytische Haltung*, München 1988, S. 311.
- 21 Jürgen Pahl, 1982, loc. cit. S. 73.
- 22 Daniel Widlöcher: Die Abstinenzregel heute. In: Sylvia Zwettler-Otte, Albrecht Komarek: *Der psychoanalytische Prozeß*, Wien 1996, S. 327.
- 23 Josef Bittner: Lust an der Herrschaft? in: *Imagination* 3/1997, Wien.
- 24 Hanscarl Leuner, loc. cit. S. 417
- 25 Angelika Seithe hat in ihrer Arbeit „Suggestion im Dienste des Ich“ (in: *Imagination* 1/1997, S. 22 ff) auf Leuners Schwanken zwischen Ablehnung und Empfehlung suggestiver Elemente hingewiesen.
Auch Michael ROSNER hat in dem Aufsatz: Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte in der KIP, in: *Imagination* 2/1998 Leuners Schwanken „zwischen einem explizit tiefenpsychologischen Verständnis von der Funktion und der Person des Therapeuten und einem mehr fast Rogerianisch anmutenden ... Führungsstil“ bemerkt.
- 26 Otto Lang: In *Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II*, Bern 1982, S. 150 f.
- 27 Michael Rosner, loc. cit.
- 28 s. auch Burian, Wilhelm: *Psychoanalysen brauchen Zeit*, in: *Bulletin d. WPV* 1996, Nr.6
- 29 Otto Lang: *Die Macht der Symbole*; in *Imagination* 3/1996, S. 20 ff
- 30 Hanni Salvisberg: *Die zwei Seiten der Wirklichkeit*, in: *Imagination* 1993/2, S. 45 ff, Wien

- 31 Cordelia Schmidt-Hellerau: *Lebenstrieb & Todestrieb, Libido & Lethe*, Stuttgart 1995
- 32 Robert S. Wallerstein: *42 Lives in Treatment: A Study of psychoanalysis and psychotherapy*, 1986;
Robert S. Wallerstein: *Psychoanalysis and Psychotherapy: A historical perspective 1*; *Int. Journal Psycho-Anal.* 70; 1989, S. 563 ff
- 33 Hanscarl Leuner: Beitrag der KIP zu einer progressionsorientierten, psychoanalytisch-systemischen Psychotherapie; in: *Imagination* 2/1994, S. 5 ff, Wien.
- 34 Edward Bibring: *Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies, 1954*, *Journal Amer. Psychoanalytic Ass.* 2, 745 ff
- 35 So unterstrich Leuner zurecht, „daß die vom Patienten erlebte Empathie des Therapeuten einen stark supportiven und auch suggestiven Wirkungsaspekt“ habe.
- 36 Harald Leupold-Löwenthal, 1997, loc. cit., S. 16 ff und 83 ff
- 37 Josef Bittner: *Lust an der Herrschaft?* In: *Imagination* 3/1997, S. 55 ff
- 38 Lucius Aennaenus Seneca: *Ad Lucilium* 29/3.
- 39 s. Robert S. Wallerstein 1989, loc.cit.
- 40 Janice de Saussure: *Dilemmas und Herausforderungen für den Psychoanalytiker von heute.* in: S. Zwettler-Otte, Albrecht Komarek (Herausgeber): *Der psychoanalytische Prozeß*, Wien 1996, S. 122.
- 41 Sigmund Freud: *Wege der psychoanalytischen Therapie*, 1918, GW XII, S. 183 ff
- 42 Daniel Widlöcher, loc. cit., S. 327
- 43 Mit der Gefahr, die KIP ungerechtfertigt als „tiefenpsychologisches Verfahren“ zu bezeichnen, habe ich mich in der konstruktiven Kritik „KIP als tiefenpsychologisches Verfahren oder Die rote Kappe des Bahnhofsvorstands“ (in: *Imagination* 1/1995, S. 23 ff) befaßt.
- 44 Inge Lang: loc. cit. S. 121.
- 45 Siehe Heinz Hennig: *Imaginationen im multimodalen Ansatz einer analytischen Psychotherapie*; in: *Imagination* 3/1996
- 46 Günther Batel: *Das Handbuch der Tasteninstrumente*, Braunschweig 1986, S. 196.
- 47 Jean Paul Richter, loc. cit. S. 82 f.

Literatur

- AMMERER Erla Maria: *Das Arbeitsbündnis als Prozeß*. In: Zwettler-Otte Sylvia, Komarek Albrecht (Hrsg.): *Der psychoanalytische Prozeß*, Wien 1996.
- BATEL Günther: *Das Handbuch der Tasteninstrumente*. Braunschweig 1986
- BITTNER Josef: *Lust an der Herrschaft?* In: *Imagination* 3/1997, Wien.
- BURIAN Wilhelm: *Psychoanalysen brauchen ihre Zeit*. In: *Bulletin/Zeitschrift der WPV*, Nr. 6, 1996, S. 121 ff
- DESERNO Heinrich: *Die Analyse und das Arbeitsbündnis*. München 1990.
- FIDAL Elfriede : *Abstinenz im psychotherapeutischen Prozeß*. In: *Imagination* 2/1996, Wien.
- FREUD Sigmund: *Über Psychotherapie*. 1905, GW V.
- FREUD Sigmund: *Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens*. 1911, GW VIII

- FREUD Sigmund: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. 1914, GW X.
- HENNIG Heinz: Imaginationen im multimodalen Ansatz einer analytischen Psychotherapie. In: *Imagination* 3/ 1996, Wien.
- KERNBERG Otto F.: Probleme mit der Übertragung bei schweren Charakterpathologien. In: Peter Kutter u.a.: *Die psychoanalytische Haltung*. München 1988.
- KUTTER Peter: *Psychoanalyse in der Bewährung. Methode, Theorie und Anwendung*. Frankfurt 1984.
- LANG Inge: Beiträge zu einer tiefenpsychologischen Anthropologie des Katathymen Bilderlebens. Dissertation der Universität Salzburg. Göttingen 1980.
- LANG Otto: Behandlung einer schweren narzißtischen Störung bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur – zugleich ein Beitrag zur Eigenart der Übertragung im Katathymen Bilderleben. In: Leuner Hanscarl, Lang Otto (Hrsg.) *Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II*. Bern 1982.
- LANG Otto: Die Macht der Symbole. In: *Imagination* 3/1996, Wien.
- LEUNER Hanscarl: *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Bern 1985.
- LEUNER Hanscarl: Beitrag der KIP zu einer progressionsorientierten, psychoanalytisch-systemischen Psychotherapie. In: *Imagination* 2/1994, Wien.
- LEUPOLD-LÖWENTHAL Harald: *Handbuch der Psychoanalyse*, Wien 1986.
- LEUPOLD-LÖWENTHAL Harald: *Ein unmöglicher Beruf. Über die schöne Kunst, ein Analytiker zu sein*. Wien 1997.
- PAHL Jürgen: Über einige abgrenzbare Formen der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse während der Arbeit mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner Hanscarl, Lang Otto: *Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II*, Bern 1982.
- PAHL Jürgen: Regression, Progression und Psychische Gesundheit. In: *Imagination* 3/1994, Wien.
- ROSNER Michael: Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte in der KIP. In: *Imagination* 2/1998, Wien.
- RICHTER Jean Paul: *The literary works of Leonardo da Vinci*, London 1939.
- SALVISBERG Hanni: Die zwei Seiten der Wirklichkeit. In: *Imagination* 2/1993, Wien.
- SCHINDLER Nikolaus: *Hat die Psychoanalyse mit Verträgen zu tun?* (Manuskript)
- SCHMIDT-HELLERAU Cordelia: *Lebenstrieb & Todestrieb, Libido & Lethe. Ein formalisiertes konsistentes Modell der psychoanalytischen Trieb- und Strukturtheorie*, Stuttgart 1955.
- SEITHE Angelika: Suggestion im Dienste des Ichs. In: *Imagination* 1/1997, Wien.
- WALSER Martin: *Ohne einander (Roman)*, Frankfurt am Main 1993.
- WIDLÖCHER Daniel: Die Abstinenzregel heute. In: Zwertler-Otte Sylvia, Komarek Albrecht: *Der psychoanalytische Prozeß*. Wien 1996.
- ZWETTLER-OTTE Sylvia: Der Therapeut, das Motiv und die Frage: „Wer ist der Täter?“ In: Gerber Gisela, Sedlak Franz (Hrsg.): *Katathymes Bilderleben innovativ*. München 1994
- ZWETTLER-OTTE Sylvia: KIP als tiefenpsychologisches Verfahren oder Die rote Kappe des Bahnhofsvorstands. In: *Imagination* 1/1995, Wien.
- ZWETTLER-OTTE Sylvia: Hunger nach Realität und seine Bedeutung im psychoanalytischen Prozeß. In: Zwertler-Otte Sylvia, Komarek Albrecht (Hrsg.): *Der psychoanalytische Prozeß*. Wien 1996.
- ZWETTLER-OTTE Sylvia: Symbole und Rituale der Revolution, in: Anton Szanya: *Brüder, zur Sonne, zur Freiheit!* Wien 1997.

Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung

Franz Sedlak

Vielfach wird das Autogene Training eingesetzt – als zeitgemäße Antwort auf Stress und Überlastung. Die Autogene Psychotherapie ist aber hinsichtlich ihrer Ressourcensteigerungs- und Copingqualitäten noch viel ergiebiger – das sollen die nachstehenden Anmerkungen für die Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie bewußt machen. Die nächstfolgenden 3 Punkte zur Theorie wurden bereits vom Autor nebst weiteren Ausführungen im Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Zuge des Anerkennungsverfahrens des Autogenen Trainings als Psychotherapie-Methode eingebracht und außerdem in der Zeitschrift „Imagination“ (Nr. 4/1994, Wiener Universitäts-Verlag) veröffentlicht. Sie werden hier nochmals – allerdings mit Kommentaren bezüglich der therapeutischen Möglichkeiten der Mittelstufe der ATP versehen – eingebracht.

1. Theorie des Autogenen Trainings

Die Autogene Psychotherapie (Psychotherapie mit dem Autogenen Training) besteht aus drei Bausteinen:

- Grundstufe
- Mittelstufe
- Oberstufe

In der *Grundstufe* wird durch eine naturwissenschaftlich fundierte Methode durch Drosselung des Informationsflusses zum Zentralnervensystem über die unmittelbar beeinflussbaren Informationskanäle (Immobilisierung, Schwere-,

Wärme- und Atmungs Erlebnis) ein Entspannungszustand erreicht, der nicht alleiniger Selbstzweck ist, sondern ein Instrument für eine basale Veränderung des Dystonus in einen Etonus – mit der auch eine basale Lockerung psychischer Hemmungen und Verdrängungen korreliert – sowie ein Instrument zur Gewinnung von verdrängten Daten. Auch die dabei verwendete Form der Autosuggestion ist nicht das Wesentliche der autogenen Psychotherapie, sondern nur ein Mittel zum Erreichen des förderlichen Versenkungszustandes.

Kommentar: Diesem physiologisch-biologisch betonten Schwerpunkt der Streßbewältigung und Spannungsbalance entspricht als Symbol die „Droschkenkutschhaltung“, wie sie von I. H. Schultz propagiert wurde: Der gestreßte Mensch findet seine Stütze in sich selbst, er läßt die Überanspannung los und ruht im eigenen Stützsystem. Heute hat man allerdings den Eindruck, daß der Streß nicht mehr die ausschließliche Problematik darstellt. Der „instant-verwöhnte“ Mensch hält sich nicht damit auf, einen Spannungsbogen zu errichten zwischen Wunsch und Erfüllung, er sucht nach Sofortbefriedigung.

In der *Mittelstufe* des Autogenen Trainings wird die autogene Sammlung und Ruhe ausgenützt, um aufsteigende problembesetzte Gedanken, Gefühle und Bilder aus einem inneren Zustand der Gelassenheit zu beobachten und damit Angst- und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen zu erreichen. Außerdem werden die im Entspannungszustand leichter zufließenden Gedanken, Gefühle und Bilder und dazu aufsteigende persönliche Einfälle in einer vorwiegend supportiven, kompensatorischen und prospektiven Weise aufgegriffen. Die sogenannten persönlichen „formelhaften Vorsätze“ basieren auf Gedanken, Gefühlen und Bildern aus dem inneren Zustand. Sie sind Autosuggestionen, die sich aus der kontinuierlichen Selbst-Definierung des Patienten ergeben, der seine Situation sich selbst und anderen gegenüber in einer prägnanten Weise zu verbalisieren versucht. Der dritte Baustein der autogenen Psychotherapie besteht in der Sammlung und Bearbeitung von in der *Oberstufe* des Autogenen Trainings in Bildern, Gefühlen und Gedanken aufsteigenden traumähnlichen Symbolinhalten. Hier kommt es zusätzlich zu den bisherigen Bausteinen zu einer retrospektiven Orientierung, verbunden mit einer biographischen Anamnese und der analytischen Aufarbeitung früher Traumata und Konflikte.

Ausgehend von einer basalen Eutonisierung, der ein psychisches Korrelat entspricht, überleitend zu einerseits desensibilisierenden Problemdistanzierungen und andererseits prägnanten formelhaften, prozeßhaften Selbstdefinitionen (formelhafte Vorsatzbildung) bis hin zur Bearbeitung der in der bildhaft-imagi-

nativen Assoziationsmethode gewonnenen Symbole zeigt sich das Autogene Training als ganzheitlich konzipierte Methode, die sich durch den Stufenaufbau der drei Bausteine besonders gut auch für sehr frühe, präverbale Störungen eignet.

Das Wesentliche des Autogenen Trainings als Psychotherapie ist daher nicht die Entspannung und nicht die Autosuggestion, sondern die gestufte Heranführung an die Bearbeitung belastenden psychischen Materials. Die umfassenden, positiven, nebenbei gewonnenen Veränderungen durch das Autogene Training im psychosomatischen und somatischen Bereich zeigen die tiefgreifende ganzheitliche Wirkung der Autogenen Psychotherapie.

2. Eine tiefenpsychologische Perspektive der Autogenen Psychotherapie

I. H. Schultz weist in seinem Grundlagenwerk (Das Autogene Training, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1976, Seite 372 ff) auf Fenichel hin, der bereits 1927 (im Vortrag auf dem 10. Internationalen psychoanalytischen Kongreß „über organlibidinöse Begleiterscheinungen der Triebabwehr“) von kortikalbedingten Änderungen der kortiko-subkortikalen Tonusverteilung spricht, deren wesentlicher Effekt eine funktionelle Beeinträchtigung der Willkürbewegungen durch erhöhte Muskelspannung oder durch Abwechslung von erhöhter und herabgesetzter Muskelspannung ist. Dabei handelt es sich psychoanalytisch gesehen um eine Funktionseinschränkung des Ichs, um eine Hemmung.

Für Fenichel ist es dabei sehr wahrscheinlich, daß solche dystonischen Erscheinungen von der Triebabwehrtätigkeit, speziell Verdrängungstätigkeit des Ichs abhängen. Die Verdrängung besteht in einer Abhaltung gewisser Regungen von Motilität. Das Ich des Kindes wird ja dazu angehalten, motorische Impulse der Autoerotik, Aggressionen etc. zu unterdrücken. Der Verdrängungskampf zwischen besetztem Trieb und Gegenbesetzung des Ichs kann sich deshalb physiologisch, wenn überhaupt, nur in funktionellen Veränderungen der Skelettmuskulatur widerspiegeln. Dies zeigt sich umgekehrt auch darin, daß, wenn in psychokathartischen Behandlungsverfahren an ein bedeutungsvolles Trauma gerührt wird, Affekte zur Abfuhr gebracht werden.

So zeigt sich nach Fenichel, daß der Dystonus ein Mittel ist, Verdrängtes in der Verdrängung zu halten, als ein physisches Korrelat des Verdrängungsaufwandes. Die Muskeldystonie hält ein Quantum Libido unzweckmäßigerweise durch den Kampf zwischen Trieb und Triebabwehr gebunden. Analog kämpfen daher

im dystonischen Muskel Bewegungsimpuls und Bewegungshemmung miteinander. Damit ist nun nicht behauptet, daß es nicht auch Verspannungen rein somatischen Ursprungs gäbe, aber in ganzheitlicher Sicht erweist sich die Korrelation zwischen psychischen Prozessen und physischen bzw. physiologischen Begleiterscheinungen als gesicherter Tatbestand. Eine Veränderung des Dystonus in einen Etonus ließe daher schon bei bloß somatischer Perspektive der Grundstufe des Autogenen Trainings dementsprechende korrelative Veränderungen im psychischen Haushalt bzw. Ansätze dazu erwarten; doch die Grundstufe des Autogenen Trainings ist kein somatisch orientiertes Entspannungsverfahren, sondern der erste Baustein einer Psychotherapie-Methode, die eine umfassende Rekonstruktion der Persönlichkeit ermöglicht.

3. Die spezifischen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie

Über die positive korrelative Wirkung der seelischen Beeinflussung des körperlichen Zustandes durch die Grundstufen-Entspannung des Autogenen Trainings ist eine weitere psychotherapeutische Vertiefung unumgänglich. Ein zweiter Baustein der Autogenen Psychotherapie besteht daher darin, in der autogenen Sammlung und Ruhe nicht nur die Entspannung und Problemabstanzung zu suchen bzw. eine neue innere Balance zu finden, sondern Gedanken und Bilder aufsteigen zu lassen (Mittelstufe des Autogenen Trainings). Dabei werden diese aufsteigenden, oft problembesetzten Gedanken, Gefühle und Bilder aus einem inneren Zustand der Gelassenheit und Ruhe betrachtet und können in einem Nachgespräch bearbeitet werden. Hauptansatzpunkt ist einerseits, Angst- und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen zu erreichen; andererseits kommt es zum Verwerten der im Entspannungszustand leichter zufließenden Gedanken, Gefühle und Bilder für die Sammlung von persönlich relevanten Einfällen, die aber vorwiegend noch in einer prospektiven, kompensatorischen und supportiven Weise aufgegriffen werden.

Das Nachgespräch mündet im Versuch, durch eine persönliche „Formel“, durch ein persönlich formuliertes Leitmotiv des Patienten neue Verhaltensziele anzupfeilen bzw. neue Verhaltenseinstellungen und -möglichkeiten zu probieren.

4. Die Mittelstufe und die Existenzialwerte in der Autogenen Psychotherapie

Die Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie (abgekürzt: ATP) basiert auf den Grundlagen, die der Schöpfer des Autogenen Trainings gelegt hat. Die Existenzialwerte nach I. H. Schultz (siehe Wallnöfer, in: Sedlak/Gerber (Hrsg.) (1998): Dimensionen integrativer Psychotherapie) gilt es im Rahmen einer bionomen Psychotherapie zu schützen. Dazu gehören

1. das körperliche Lebensgefühl (Vitalität; Gesundheit),
2. die störungsfreie Genußfähigkeit und Leistungsfähigkeit, (Glücklichkeit),
3. die Gemeinschaftsfähigkeit (beruflich, familiär, partnerschaftlich ... auch als Faktor der Sicherheit zu verstehen),
4. der richtige Umgang mit schwierigen Lebensphasen, mit dem Altern, mit dem Tod (weltanschauliche Basis),
5. die selbst-bewußte Entscheidungsfähigkeit und Selbsterkenntnis (Autonomie, Freiheit)
6. sowie die produktive, lebendige Selbstverwirklichung.

Die hervorgehobenen Existenzialwerte 3, 4 und 5 sind besondere Domänen der Autogenen Psychotherapie in der Mittelstufe. Geht es doch um die Entwicklung der Persönlichkeit und die Förderung der Gemeinschaftsfähigkeit. Beides ist im Rahmen einer Begleitung von Kindern und Jugendlichen während schwieriger Umstellungs- und Orientierungsphasen von großer Bedeutung.

5. Wichtige Bausteine der Autogenen Psychotherapie und die Mittelstufe

(nach Wallnöfer, in Gerber/Sedlak: Autogenes Training mehr als Entspannung. E. Reinhardt Verlag; und in Sedlak/Gerber: Dimensionen integrativer Psychotherapie)

Man kann die ATP in zwei große Teile gliedern. Der eine Baustein ist somatisch orientiert, der andere psychisch.

1. Psychophysiologische Basis: Übung (Lernen, Trainieren), Psychagogik, Suggestion
2. Analytische Aufbau: Selbstklärung, Persönlichkeitsentwicklung, Entwicklungsförderung

6. Die Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie im Stufenaufbau

(Nach Sedlak, in: Gerber/Sedlak: Autogenes Training mehr als Entspannung. E. Reinhardt Verlag)

Mit „Wärme, Rhythmus und Konstanz“ werden im Folgenden basierend auf einem Konzept von G.Bartl (ebd.) die positive, entwicklungsförderliche Beziehung und Zuwendung zu sich selbst und anderen; das lebendige Schwingen zwischen Assimilation und Akkommodation bzw. die Verlässlichkeit gegebener Rahmenbedingungen und der „rote Faden“ der sinnhaften Lebensgestaltung gemeint. Diese drei Faktoren sind wichtig für die Persönlichkeitsentwicklung und Gemeinschaftsförderung. Es ist daher sinnvoll, sie in der ATP aufzuspielen. Dabei zeigt sich, daß die drei Stufen der ATP auch drei verschiedene Schwerpunkte aufweisen.

<p>Unterstufe Ziel: Auffinden der bionomen Mitte</p>	<p>Wärme <i>Regeneration der Selbst-Beziehung</i></p>	<p>Rhythmus <i>Vertrauensbildung gegenüber eigenen bionomen Regelkreisen</i></p>	<p>Konstanz <i>Bionomes Selbstbewußtsein = Vertrauen in die eigene Verlässlichkeit (Wer es lernt loszulassen, der kann sich auf sich verlassen)</i></p>
<p>Mittelstufe Ziel: Stärkung der Eigenkompetenz</p>	<p>Wärme <i>Verbesserung der Selbst-und Objektbeziehung</i></p>	<p>Rhythmus <i>Verbesserung der flexiblen Anpassung zwischen Assimilation und Akkommodation, Aktivität und Passivität, Expansion und Rückzug</i></p>	<p>Konstanz <i>Selbstbehauptung gegenüber intrapersonalen Schwierigkeiten und interpersonalen Widerständen</i></p>
<p>Oberstufe Ziel: Analytische Selbsterfahrung und meditative Selbstentfaltung</p>	<p>Wärme <i>Beziehung zum Ganzen</i></p>	<p>Rhythmus <i>Selbstfindung zwischen Analyse und Synthese, Selbstimmanenz und Selbsttranszendenz</i></p>	<p>Konstanz <i>Analytische Selbsterfahrung bis hin zur Ergründung der Existenzialwerte</i></p>

Der hervorgehobene Bereich ist der Zielbereich der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie. In der Grundstufe der ATP ist der Schwerpunkt die „Beziehungswärme“ zu sich selbst, zum eigenen körperlichen und seelischen Erleben, zur Bionomie. Wer diese Beziehungswärme zu sich selbst gefunden hat, kann sie auch nach außen geben. In der Oberstufe der ATP liegt der Schwerpunkt auf der Konstanz der Sinnggebung der eigenen Lebensgestaltung, somit auch beim Aufspüren von Wurzeln des eigenen seelischen Erlebens und beim meditativen Erahnen zukünftiger Orientierungen.

In der Mittelstufe des Verfahrens, unserem Hauptaspekt, liegt der Akzent auf dem Rhythmus, denn dieser kennzeichnet unsere Schwingungsfähigkeit zwischen Selbstbehauptung und flexiblem Eingehen auf die Umwelt. Dies ist auch eines der Hauptziele der Erziehungsarbeit, nämlich die Verknüpfung von Sozialisation und Individuation.

7. Das praktische Vorgehen in der Mittelstufe

Ich lasse den/die Patienten/Patientin die autogene Entspannung selbst herbeiführen und dann im Zustand der Entspannung in einer wartenden, aufmerksamen Haltung verharren, um zu beobachten, welche Inhalte, ev. störende Gedanken oder sogar Probleme ins Bewußtsein drängen. Zum Unterschied von der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie wird das aufsteigende belastende Material nicht „weggeschoben“, sondern ruhig betrachtet. Dies hat schon einen wichtigen therapeutischen Effekt: Der/die Patient/in lernt, Störendes „spannungsfrei“ auszuhalten, sich auf eine ruhige Art im Sinne der Desensibilisierung mit Ängstigendem oder Belastendem zu konfrontieren. Oft tauchen dabei aber auch Lösungsideen auf, eigene Ansätze zur Veränderung der Problemsituation. Nach einer Zeit von einigen Minuten kehrt der/die Patient/in wieder zu den Grundstufen-Formeln zurück, achtet aber insbesondere darauf, ob für ihn oder sie bei der „persönlichen Leitformel“ eine Modifikation wichtig wird, d. h., ob er oder sie die persönliche Zielformel nun etwas abwandeln und seiner/ihrer Entwicklung angleichen möchte. Anschließend beendet der/die Patient/in die Entspannung und kann über das Erfahrende dem/der Therapeuten/in berichten. Im therapeutischen Dialog können die gewonnen Einsichten vertieft, bearbeitet, in Richtung konkreter Handlungsvorhaben aufgegriffen werden. Die Arbeit mit den persönlichen Vorsatzformeln kann als Herzstück der ATP-Mittelstufe angesehen werden. In einer Zeit der nicht abschätzbaren multiplen Einflüsse auf die Psyche des einzelnen ist die Arbeit an einer eigenen Lebensgestaltungs-Markierung von großem Wert, besonders auch für Jugendliche, die sich ja während des überwiegenden Teils der Schuldauer in der wichtigen Phase der Identitätsbildung befinden.

Wird die Autogene Psychotherapie-Mittelstufe in der Gruppe durchgeführt, ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten, die Persönlichkeitsentwicklung synton mit dem Ziel der Gemeinschaftsförderung zu verbinden. Der Austausch in der Gruppe vermittelt das Erlebnis der Gemeinschaft, aber auch der Individualität im Rahmen des Gemeinsamen. Eine reflexionsfördernde Maßnahme ist z. B. der nachfolgende vom Autor entwickelte Fragebogen, der in regelmäßigen Abständen vorgegeben werden kann, wobei auf den jeweiligen Entwicklungsstand der Gruppe bei der Bearbeitung (auf welcher Stufe befindet sich die Gruppe in der ATP, ist ev. auch eine Vereinfachung der Fragestellung notwendig?) Rücksicht genommen werden muß

.

Fragebogen zu den Ziele der Autogenen Psychotherapie in der Gruppe (Sedlak)

GRUNDSTUFE: *Grundlegende Veränderung von Verspannungen (Dystonus) in einen Zustand von Spannkraft (Eutonus) mit der auch eine Lösung psychischer Hemmungen und Verdrängungen verbunden ist.*

Sowie dementsprechende korrelative Veränderungen im psychischen Haushalt bzw. Ansätze dazu. Ziel: Auffinden der bionomen Mitte, Entwickeln von Selbstakzeptanz und Selbstempathie, Vertrauen in die eigenen bionomen Regulierungen.

(Vereinfacht: Statt Verspannung und Erschlaffung den eigenen Weg zu Spannkraft und wohliger Entspannung finden und damit auch mit sich selbst besser zurecht kommen)

Welche Veränderungen im oben genannten Sinn konnte ich im Verlauf des Grundstufen-Trainings bei mir bzw bei Gruppenmitgliedern feststellen:

MITTELSTUFE:

Angst- und Spannungsreduzierung gegenüber spezifischen Problemthemen erreichen; Verwerfen der im Entspannungszustand leichter zufließenden Gedanken, Gefühle und Bilder für die Sammlung von persönlich relevanten Einfällen. Das Nachgespräch mündet im Versuch, durch eine persönliche „Formel“, durch ein persönlich formuliertes Leitmotiv des Patienten neue Verhaltensziele anzupeilen bzw. neue Verhaltenseinstellungen und -möglichkeiten zu probieren. Ziel: Stärkung der Selbstbehauptung, des Einsatzes von eigenen Fähigkeiten, sicheres flexibles Bewegen zwischen Nähe und Distanz, Expansion und Rückzug.

(Vereinfacht: Sich den eigenen Problemen stellen und eigene Lösungen dafür entwickeln und ein eigenes Motto für das Leben finden)

Welche Veränderungen im oben genannten Sinn konnte ich im Verlauf des Mittelstufen-Trainings bei mir bzw. bei Gruppenmitgliedern feststellen:

OBERSTUFE:

Sammlung und Bearbeitung von in der Oberstufe des Autogenen Trainings in Bildern, Gefühlen und Gedanken aufsteigenden traumähnlichen Symbolinhalten. Bildhaft-imaginative Assoziationsmethode. Ziel: Analytische Tiefenselbsterfahrung und meditative Selbst-entfaltung.

(Vereinfacht: Durch die innere Sammlung sein eigenes Wesen ergründen)

Welche Veränderungen im oben genannten Sinn konnte ich im Verlauf des Oberstufen-Trainings bei mir bzw. bei Gruppenmitgliedern feststellen:

(Der in unserem Zusammenhang interessierende Bereich der Mittelstufe wurde hervorgehoben).

Welche Übung/ welche persönliche Erfahrung war insgesamt bisher für mich am wichtigsten:

Welche Erfahrung in der Gruppe war für mich besonders wertvoll:

Welche Erfahrung hinsichtlich der Gruppenleitung war für mich besonders wichtig:

Resümee

Während der Streßabbau und die damit verbundene Bewältigung psychosomatischer Störungen die vergangenen Jahrzehnte vornehmliches Ziel der autogenen Entspannung war (die Tonus-Reduzierung in der Übung wurde auch trefflich durch die sogenannte „Droschkenkutscherhaltung“ symbolisiert), ist eine Antwort auf die derzeitigen Hauptprobleme auch in der bewußten, selbstverantwortlichen Lebensgestaltung zu sehen. Nicht mehr das – wenn auch kontrollierte – „Sich-gehen-lassen“ dominiert allein, sondern ebenso wichtig wird die Anleitung zu Problembewußtsein, Verantwortungsbewußtsein und Kompetenzbewußtsein, zum „Ich kann meine Persönlichkeit entwickeln“, „Ich setze mir meine Entwicklungsziele selbst“.

Die Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie lässt sich daher sehr gut mit pädagogischen Zielen der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung verbinden.

Durch die Mittelstufe der ATP gibt es daher eine Erweiterung der Indikationsbreite des Verfahrens: Zur Streß-Entlastung und Reduzierung psychosomatischer Befindlichkeitsstörungen einerseits und zur tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Behandlung andererseits kommt die anagoge Begleitung in vulnerablen Zeiten der Persönlichkeitsformung.

Literatur im Zusammenhang:

- GERBER, Gisela / SEDLAK, Franz (Hrsg.), 1990, Autogenes Training – mehr als Entspannung. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Autogenen Trainings in Ausbildung, Vermittlung, Supervision. München: Ernst Reinhardt.
- SEDLAK, Franz, 1981, „Gedanken zum dialogisch-kommunikativen Charakter des Autogenen Trainings“, in „Ärztl. Praxis u. Psychotherapie“ Heft 1/1981, Hrsg. v. d. Österr. Gesellschaft f. Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie. Wien.
- SEDLAK, Franz, 1987, „Vom Dabeisein zum Dasein“, in: PESENDORFER (Hrsg.)“ I. H. Schultz zum 100. Geburtstag“, Wien: Literas Universitätsverlag.
- SEDLAK, Franz, 1987, „Logotherapie u. Autogenes Training, von der bionomen Selbstregulation zur personalen Sinnorientierung“. In: „Psychologie in Österreich“, 3/1987.
- SEDLAK, Franz, 1995, Die Autogene Meditation des Leibes. In: E. Zundel u. P. Loomanns: Im Energiekreis des Lebendigen. Körperarbeit und spirituelle Erfahrung. Freiburg: Herder
- SEDLAK, Franz, 1990, „Wärme, Rhythmus und Konstanz. Das Konzept von Günther Bartl als Urmatrix therapeutischer Begegnung“ in: GERBER, Gisela/SEDLAK, Franz (Hrsg.). 1990, „Autogenes Training – mehr als Entspannung.“ München: E. Reinhardt.
- SEDLAK, Franz und GERBER Gisela (Hrsgs) 1998. Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien: WUV

Buchbesprechung

Edith Kneiff:

Allein in der Nacht

Diana Verlag , 1999

ISBN 3-8284-0029-9

Wer den sexuellen Partialtrieb, der sich in aktiver oder passiver Form auf das Schauen bezieht, studieren und sich mit ubiquitären Ausformungen von Voyeurismus und Exhibitionismus befassen möchte, kann dies jetzt eingebunden in die spannende Handlung eines Kriminalromans tun und so seinem rigiden Über-Ich einen Streich spielen. Man erfährt dabei nicht nur eine Menge über die sexuelle Schaulust, sondern gewinnt auch Einblick in manche anderen seelischen Untiefen, denn die Autorin, die bereits mit dem Theodor-Körner-Preis für Literatur und dem Glauser-Preis für Kriminalliteratur ausgezeichnet wurde, ist als hauptberufliche Psychoanalytikerin tatsächlich eine Expertin des Seelenlebens.

Ihr Stil gleicht über manche Strecken freien Assoziationen der Protagonistin, Gefühle, Phantasien und Wahrnehmungen verschwimmen miteinander, verschleiern den Blick und steigern die Spannung. Es ist die Geschichte der 40jährigen Journalistin Vera, die nach ihrer Scheidung die Idee verwirklicht, in ein Loft zu übersiedeln; sie kommt aber nicht dazu, die Atmosphäre der großen Räumlichkeit, die früher einer Textilfirma gehört hatte, zu genießen, denn sie fühlt sich zunehmend beobachtet – die Jalousien sind natürlich nicht rechtzeitig geliefert worden – und von anonymen Anrufern (also von Männern, die sie hören, aber nicht klar unterscheiden und vor allem nicht sehen kann) bedroht. Bald gibt es im Kreis ihrer Bezugspersonen niemanden mehr, der unverdächtig bleibt. Vera wehrt sich vom Beginn bis zum hochdramatischen Schluß mit aller Brutalität, zu der sie ebenso fähig ist wie ihr(e) Gegner; sie ist durchwegs – nicht nur durch ihre Notwehr, sondern auch durch ihre eigenen Wünsche und Begierden – nicht nur Opfer fremder Triebhaftigkeit, sondern auch Täterin.

Die Autorin involviert die Leser nicht nur durch die spannende Handlung, sondern zusätzlich auf zweierlei Weise: erstens durch das sorgfältig gemalte Lokalkolorit von Wien und Umgebung (der geheimnisvolle Friedhof der Namen-

losen war schon einmal der Schauplatz in einer Kurzgeschichte von Kneifl); die Atmosphäre in den Bars und Lokalen, in Geschäften und auf dem Naschmarkt wird lebendig durch die Menschen, die dort auftauchen. Zweitens ist Edith Kneifl aber auch unabhängig von der Wiener Szene eine Meisterin der Schilderung alltäglicher Erlebnisse, die unsere Stimmungen zu beeinflussen scheinen, in Wirklichkeit aber doch oft von uns unbemerkt inszeniert werden: das regelmäßig zu früh kommende bestellte Taxi, der Ärger über die lästige Garderobierin in Café Landtmann, das Betrachten des eigenen Spiegelbilds im Lokal, der verlorene Schirm – lauter Momentaufnahmen, die ein starkes Vertrautheitsgefühl im Leser wecken können.

Vor diesem Hintergrund spielt die Handlung, durch die sich wie ein roter Faden ein Geflecht von exhibitionistischen und voyeuristischen Szenen hindurchzieht: immer wieder geht es ums lustvolle oder bedrohliche Gesehen- und Beobachtetwerden und ums lustvolle und verbotene Sehen. So z. B. ist es Vera selbst, die den künftigen jungen Liebhaber auf dem WC hinter einem Paravant beobachtet, wobei ihre Phantasien und die Realität – wie an vielen Stellen – verschwimmen. Die Angst gipfelt immer wieder in Situationen, in denen das Sehen z. B. durch herausgedrehte Sicherungen oder durch (tatsächliche oder vorgetäuschte?) Blindheit unmöglich erscheint. Die mysteriösen Anrufe beziehen sich immer wieder auf Inhalte, von denen nur jemand wissen kann, der Vera auch in den intimsten ebenso wie in den schlimmsten Augenblicken dieser Tage gesehen haben muß. Die Vorstellung, daß es jemanden gibt, der alles sieht, paßt dazu, daß das gesamte Geschehen, das den Zeitraum einer Woche umspannt, von Bibelzitate begleitet wird – eine Schöpfungsgeschichte des Grauens, die ihren dramatischen Höhepunkt am Schluß durch das Nicht- und das Zu-spät-Erkennen-Können in der Dunkelheit erreicht.

Ein abschließender frommer Wunsch führt mich zur Autorin zurück: was müßte für ein wunderbares harmonisches Klima in den Vereinigungen herrschen, wenn mehr Kollegen diese schriftstellerische Begabung hätten, aggressive Strebungen und mörderische Impulse nicht „live“, sondern auf der sublimierten Ebene eines Krimis auszuleben?!

Sylvia Zwettler-Otte

Register 1991–1999

<i>Ulrich Bahrke</i>	
Imaginationen in der Psychoanalyse – erläutert an einem Behandlungsfall einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung	3/97
<i>Till Bastian</i>	
Ich und Er: Selbstreflexion zur männlichen Sexualentwicklung	1/94
<i>Konrad Bernard</i>	
Die gelenkte Alterprogression – ein Regieprinzip in der KB-Therapie bei Kindern und Jugendlichen	4/93
<i>Dieter Birnbacher und Leonore Kottje-Birnbacher</i>	
Ethische Probleme in der Ausbildung von Psychotherapeuten	2/98
<i>Josef Bittner</i>	
Hingabe, Aufgabe, Abgabe – Metamorphosen von Gesundheit	4/92
<i>Josef Bittner</i>	
Zum Procedere des Therapeutenkolloquims	1/95
<i>Josef Bittner</i>	
Zur Tiefe der Tiefenpsychologie	3/95
<i>Josef Bittner</i>	
Lust an der Herrschaft? Aspekte der Interaktion zwischen Klient, Therapeut und Symptom	3/97
<i>Bernhard Brömmel</i>	
Sterbebegleitung einer stationären Karzinompatientin im Schnittpunkt unterschiedlicher Erwartungen	1/98
<i>Elisabeth Brunner-Karré</i>	
Gespräch und therapeutische Beziehung in der KIP	1/99
<i>Barbara Burian-Langegger</i>	
Adoleszenz	2/99
<i>Renate Chiba</i>	
Persönlichkeitsentwicklung und Gemeinschaftsförderung in der Tagtraumtherapie	1/97

<i>Renate Chiba</i> Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	2/99
<i>Heide Dellisch</i> Sexueller Mißbrauch und Inzest	3/93
<i>Michael Jay Diamond</i> Die interaktionelle Basis der hypnotischen Erfahrung Über die Beziehungsdimension der Hypnose	2/93
<i>Jadranka Dieter</i> Bindungsforschung und ihre Bedeutung für die Katathym Imaginative Psychotherapie	2/99
<i>Wilfried Dieter</i> Katathym-imaginative Psychotherapie bei depressiven Störungen	4/93
<i>Wilfried Dieter</i> Das innere Bild von Mann und Frau – Geschlechtspezifische Gegenübertragung in der Imagination	3/95
<i>Wilfried Dieter</i> Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symolen	3/96
<i>Wilfried Dieter</i> Symbole in Therapie und Kunst – Die Symbolbildung auf der paranoid-schizoiden und auf der depressiven Position	3/97
<i>Wilfried Dieter</i> Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Träumen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten	3/98
<i>Wilfried Dieter</i> Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten	3/99
<i>Angelika Drews</i> Von der Verleugnung zur Verneinung	1/96
<i>Hannelore Eibach</i> Die Heilkraft im Schlangensymbol – Eine KB-spezifische Kreativität	1/93
<i>Traude Ebermann</i> AUTOSTOP - Fahren Sie mit? Fahren Sie mit!	1/99
<i>Hannelore Eibach</i> Neues Wagen von Lebenswegen, Lebenszielen und ihre Grenzen	4/97

<i>Rotraud Erhard und Marianne Martin</i>	
§§ für PsychotherapeutInnen in Österreich: Verschwiegenheitspflicht	1/95
<i>Elfriede M. Fidal</i>	
Psychoanalytische Betrachtung zur Verneinung im Rahmen der Therapie mit dem Katathymen Bilderleben	3/92
<i>Elfriede M. Fidal</i>	
Überlegungen zum Setting in der Katathym Imaginativen Psychotherapie	1/95
<i>Elfriede M. Fidal</i>	
Interview mit einem Schüler des Autogenen Trainings	2/95
<i>Elfriede M. Fidal</i>	
Abstinenz im psychotherapeutischen Prozeß	2/96
<i>G. Gastaldo, M. Ottobre, M. Prior</i>	
Autogene Psychotherapie in vier Stufen: Statistische Analyse von 2000 Fällen	2/95
<i>Mandana Gharari-Bofinger</i>	
Die symbolische Relevanz des Ödipusmythos	3/99
<i>Felicitas Goodman</i>	
Rituelle Körperhaltungen und ekstatische Erlebnisse	2/96
<i>Edgar Hättich</i>	
Kindheit, die Quelle der Genesung	3/92
<i>Matthias Hartmann</i>	
Psychotherapeutische Arbeit mit den gesunden Anteilen bei krebskranken Patienten	3/93
<i>Peter Heintel</i>	
Warum gibt es nur eine Gesundheit und so viele Krankheiten?	3a/92
<i>S. Hemke</i>	
Psychotherapie mit dem KB bei Torticollis spasmodicus – Behandlungsbeispiele	2/93
<i>Heinz Hennig</i>	
Imaginationen im multimodalen Ansatz einer analytischen Psychotherapie	3/96
<i>Heinz Hennig</i>	
Zum Übertragungs- und Gegenübertragungsprozeß in der Katathym Imaginativen Psychotherapie	1/99

<i>Martina Hexel</i> Tiefenpsychologische Theorien über die Entwicklung des Kindes	1/96
<i>Walter Hollstein</i> Veränderung der Männlichkeit	1/94
<i>Günther Horn</i> Katathymes Bilderleben – und was noch? Eine Selbsthilfegruppe zum Zweck der eigenen Psychohygiene	3/94
<i>Günther Horn</i> Die Abgestufte Altersregression – Informationen zur Organisation der B3-Seminare für interessierte DozentenkollegenInnen, Co-LeiterInnen und interessierte TherapeutenInnen	1/99
<i>Günther Horn</i> Über die Bedeutung des Settings als Ausdruck des personalen Bezuges für neue Ansätze in der Kindertherapie	2/96
<i>Eva Jaeggi</i> Psychotherapie zwischen Abstinenz und Bemutterung	4/97
<i>Hans Kanitschar</i> Hypnose als Psychotherapie	4/95
<i>Hans Kanitschar</i> Imagination in der Hypnosetherapie im Vergleich zur KIP	3/99
<i>Victor G. Kann</i> Grenzüberschreitung, Erkenntnis und Neubeginn oder: Der fremde Spiegel und die Lösung des Ganapati	3/96
<i>Verena Kast</i> Das Symbol in der Psychotherapie	4/96
<i>Hans Kaufmann</i> Gewahrsein	3/93
<i>Michael Kierein</i> Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie – das Psychotherapiegesetz	4/97
<i>Edda Klessmann</i> Daheim und unterwegs	3/98
<i>Leonore Kottje-Birnbacher</i> Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften von Männern und Frauen	2/94

<i>Leonore Kottje-Birnbacher und Dieter Birnbacher</i> Ethische Aspekte der Psychotherapie	1/98
<i>Leonore Kottje-Birnbacher</i> Die Katathym-imaginative Psychotherapie als tiefenpsychologisch-systemische Therapie	4/98
<i>Wolfgang Kuntze</i> Nur der Geliebten weih' ich mein Leben	3/95
<i>Wolfgang Ladenbauer</i> Imagination und Hypnose bei Krebs	1–2/92
<i>Wolfgang Ladenbauer</i> Einführung in die Psychosomatik des Halte-, Stütz- und Bewegungsapparates	3/94
<i>Wolfgang Ladenbauer</i> Die Grundlagen der analytischen Oberstufe des Autogenen Trainings	2/95
<i>Dr. Wolfgang Ladenbauer</i> Systematik der Techniken in der Begleitung katathymer Bilder (KB)	1/99
<i>Inge Lang</i> Empathie in Beziehung zu Intuition und Phantasie	3/92
<i>Inge Lang</i> Eine Randbemerkung zum „falschen Selbst“ oder Zur „ausgeborgten“ Vitalität und sexuellen Identität speziell strukturell ich-gestörter Klienten	3/96
<i>Inge Lang</i> Motivwahl und Durcharbeiten in der K.I.P.	2/97
<i>Inge Lang</i> Durcharbeiten in der Psychoanalyse und in der KIP	3/98
<i>Otto Lang</i> Die Macht des Symbols	3/96
<i>Otto Lang</i> Der Moortümpel und die Brücke	1–2/92
<i>Otto Lang</i> Das Symbol als therapeutisches Agens	2/97
<i>Otto Lang</i> Emotionen in der Katathym-Imaginativen Psychotherapie (K.I.P.) und ihr Zusammenhang mit der Symbolik	2/97

*Hanscarl Leuner***Pesendorfers Angriff. Eine Richtigstellung** 1–2/92*Hanscarl Leuner***Beitrag der katathym-imaginativen Psychotherapie zu einer progressionsorientierten, psychoanalytisch-systemischen Psychotherapie** 2/94*Rolf Werner Lippmann***Das Symboldrama bei der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten** 2/94*Andrea Loebenstein***Der Receiver des Telephons** 4/96*Marga Löwer-Hirsch***Dynamik und Auswirkungen sexuellen Mißbrauchs in der Psychotherapie** 4/98*Marianne Martin***Der verlorene Ansatz** 1/93*Marianne Martin***§§ für PsychotherapeutInnen in Österreich: nützliches Wissen** 4/94*Marianne Martin***Imagination und Utilisation bei Raucherentwöhnung** 1/96*Harald Meller***Einmal Eldorado und zurück** 4/97*Ingrid Mohr***Vom gestirnten zum gestalteten Himmel** 3/95*Bernhard Mohr***Ganzheitliches Erleben in der Katathym-imaginativen Psychotherapie** 2/96*Michaela Moratelli***Modell einer psychotherapeutischen Kindergruppe mit begleitender Elternarbeit** 2/95*Michaela Moratelli***Bindung – Autonomie – Aggression
Autogenes Training in einer Kindergruppe** 2/99*Jürgen Pabl***Regression, Progression und psychische Gesundheit
Die Begriffe und ihre Phänomenologie innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses** 3/94

<i>Mathilde Pichler</i> Psychotherapie im Krankenhaus: Erfahrungen aus der psychosomatischen Ambulanz einer Internen Abteilung	2/98
<i>Mathilde Pichler</i> Macht und Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen	4/99
<i>C. Pratzka, W. Rosendabl und H. Hennig</i> Möglichkeiten und Grenzen der Kathathym-imaginativen Psychotherapie bei der Behandlung von Alkoholikern	1/97
<i>Johannes Ranefeld</i> Hamlet ohne den Prinzen aufführen?	4/96
<i>Johannes Ranefeld</i> Schicksale der Lust	4/98
<i>Georg Rasch</i> Das Über-Ich – „Urheber aller Neurosen“?	3/99
<i>Lutz Rosenberg</i> Kraftquellen und Ressourcen in der KB-Therapie	2/98
<i>Michael Rosner</i> Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte in der KIP	2/98
<i>Jörg Walter Roth</i> Das Katathyme Bilderleben als spirituelle/transpersonale Therapie	1/93
<i>Ulrich Sachsse</i> Zwischen Ver-nicht-ung und Ver-zwei-flung	2/98
<i>Hanni Salvisberg</i> Die zwei Seiten der Wirklichkeit –Wörtliche und symbolische Bedeutung	2/93
<i>Yuji Sasaki</i> On Makyo Phomena During Autogenic Training	2/95
<i>Raoul Schindler</i> Wieviel Krankheit braucht die Psychotherapie?	4/92
<i>Claudius Schnieder-Stein</i> Suizidale Phantasien und Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Psychotherapie chronisch suizidaler Patienten	4/95
<i>Franz Sedlak</i> Katathymes Bilderleben und Gesundheit	4/92

Franz Sedlak

Leistungsfähigkeit und seelisches Wohlbefinden: Überlegungen aus der Sicht der Triarchischen Intelligenztheorie 4/93

Franz Sedlak

Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym-imaginative Psychotherapie – Hypnose – Wissenschaftliche Grundlagen, wesentliche Kriterien, Konzepte der Therapieführung 4/94

Franz Sedlak

Strukturierung von Kolloquienarbeiten 4/94

Franz Sedlak

Die Autogene Meditation des Leibes als Seins- bzw. Existenz Erfahrung 2/95

Franz Sedlak

Neue Wege – neue Motive in der KIP 3/95

Franz Sedlak

Handreichung zur Fallbearbeitung und zur Abschlußarbeit der Therapieausbildung 4/95

Franz Sedlak

Integratives Denken und Handeln als (nicht nur) pragmatische Konsequenz unserer Erkenntnisunsicherheit 1/96

Franz Sedlak

Diagnostische Reflexionen in der KIP 3/97

Franz Sedlak

Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung 4/99

Maria Sedlak

Die Kommunikation im KB – eine Kombination von Therapiegespräch und Traumkommunikation 3/95

Angelica Seithe

Schöpferische Imagination und sprachliche Gestaltung 4/94

Angelica Seithe

Kreativität als Ressource 4/96

Angelica Seithe

Die Suggestion im Dienste des Ich 1/97

Helene M. Socher

Aggression und Gewalt in der Schulklasse 1/98

<i>Gernot Sonneck</i> Das Burnout-Syndrom – Entstehung – Folgen – Bewältigung	4/92
<i>Claudius Stein</i> Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie – Von der Umkehr des Täter-Opfer-Verhältnisses	3/97
<i>Rosemarie Steinhage</i> Das Trauma des sexuellen Mißbrauchs	2/94
<i>Michael Stigler</i> Von der gesunden Achtung und der inzestuösen Mißachtung des „Einen“ und seines „Anderen“	3/92
<i>Michael Stigler</i> Der chronische Schmerzpatient	4/93
<i>Michael Stigler</i> Koordinierte psychodynamische und deskriptive Diagnostik	4/95
<i>Michael Stigler</i> Psychotherapieforschung: Methoden und Ergebnisse	1/97
<i>Franz Strunz</i> Bergsteigen und Träume	3/94
<i>Franz Strunz</i> Woody Allen und Ingmar Bergmann	1/95
<i>Wolfgang Till</i> Homosexuelle Männer: Zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit – zwischen Aktivität und Passivität	1/94
<i>Rolf Verres</i> Subjektive Steuerungs- und Erkenntnisprozesse in der Gesundheitsforschung	3/93
<i>Heinrich Wallnöfer</i> Autogenes Training als Psychotherapie	1–2/92
<i>Heinrich Wallnöfer</i> Das Phänomen Hypnose	1/93
<i>Henriette Walter</i> Stellenwert der Hypnose in der Therapie	2/93
<i>Henriette Walter, Brigitte Anderl, Marianne Martin</i> Weiterbildungscurriculum für zahnärztliche Hypnose und Kommunikation	1/96

<i>Henriette Walter</i> Neu in Österreich – ZahnärztInnen lernen Hypnosetechniken	4/94
<i>Reinhard Walter</i> Die Vielfalt in mir	3/94
<i>Reinhard Walter</i> Der kleine Stern der Ewigkeit	4/95
<i>Susanne F. Wernegger</i> Body-Image-Störung als persistentes Symptom nach überwundener Adipositas	1/97
<i>Peter Widmer</i> Schlängliches	1/95
<i>Renate Wimberger</i> Überlegungen zur Dauer von Psychotherapien und der Verleugnung von Sterben und Tod in der Therapie	1/98
<i>Philip Zindel</i> Eine hypnoanalytische Methode zur aktiven Introjektion des Therapeuten bei tief gestörten Patienten	4/96
<i>Philip Zindel</i> Hypnose im Spannungsfeld zwischen Machtphantasien und abstinenter Nähe	4/99
<i>Sylvia Zwettler-Otte</i> Über die Bedeutung von Deckerinnerungen in der K.I.P.	1/94
<i>Sylvia Zwettler-Otte</i> KIP als tiefenpsychologisches Verfahren oder Die rote Kappe des Bahnhofsvorstandes	1/95
<i>Sylvia Zwettler-Otte</i> Gespräch mit Prof. Dr. Otto Lang zu seinem 70. Geburtstag	2/97
<i>Sylvia Zwettler-Otte</i> Die Fresken des Goldegger Rittersaales als katathyme Bilder	2/97
<i>Sylvia Zwettler-Otte</i> „Iuvat vivere!“ – Psychoanalytische Überlegungen zur Lust	4/98
<i>Sylvia Zwettler-Otte</i> Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie	4/99
 Curriculum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	 2/99
