

Wirkfaktor Beziehung

Daß die Beziehung zwischen Patient und Therapeut ein wichtiger Wirkfaktor für jegliche Psychotherapie ist, ist eine Binsenweisheit.

Wie aber kann man diesen Wirkfaktor gezielt einsetzen?

In diesem Buch werden erstmals die Bedeutung und die gezielte Anwendung unterschiedlicher Beziehungskonzepte und Interaktionsmuster in der Psychotherapie und ihr Einfluß auf die Gesprächstechnik systematisch beschrieben.

Der Autor definiert hierzu vier Beziehungskonzepte, die grundsätzlich für alle Therapierichtungen Bedeutung haben können: Arbeitsbeziehung, Alter-Ego-Beziehung, Dialog- und Übertragungsbeziehung.

Besondere Stärken dieses Konzepts sind:

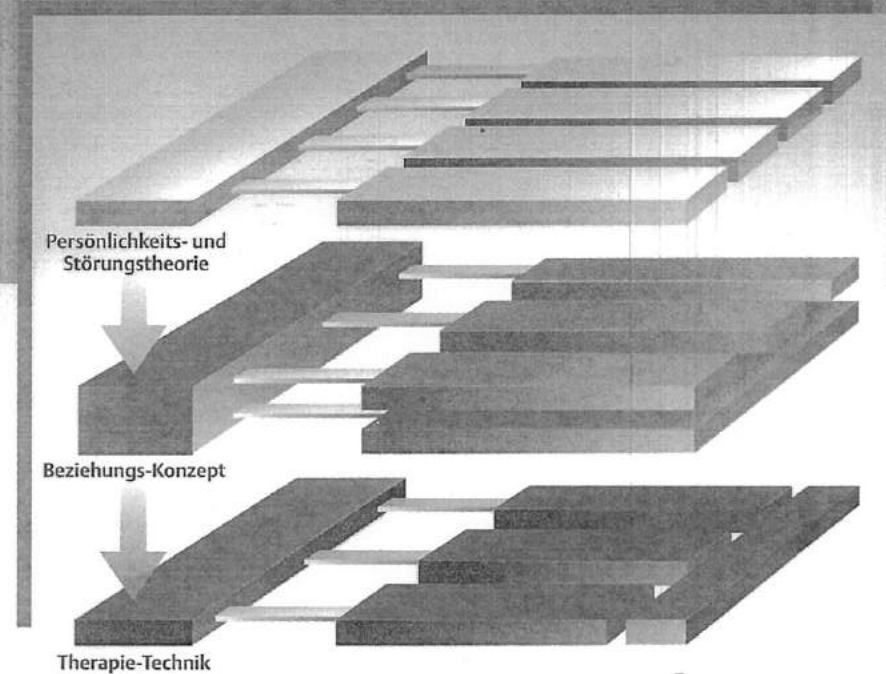
- Vermittlung wichtiger Grundkompetenzen für jede Art von Psychotherapie und Beratung
- Entwicklung eines integrativen Ansatzes aus der Sicht der verschiedenen konfliktzentrierten Verfahren
- Angebot von grundlegenden Hilfestellungen für ein strukturiertes therapeutisches Vorgehen und für eine darauf abgestimmte Gesprächstechnik

Dr. med. Jobst Finke, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychotherapeutische Medizin, ist Oberarzt und Weiterbildungsbeauftragter an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Essen. Hier Organisation und Durchführung der Facharztweiterbildung, besonders in den Bereichen Tiefenpsychologie (Hauptverfahren) und Gesprächspsychotherapie (Zweitverfahren).

an der Ärztekammer ermächtigter Weiterbilder für tiefenpsychologische Psychotherapie sowie Dozent und Supervisor am tiefenpsychologischen Weiterbildungsinstitut „Rhein-Ruhr“, Düsseldorf. Ausbilder in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG).

vielfältige Publikationen zu spezifischen Aspekten tiefenpsychologischer und gesprächspsychologischer therapeutischer Behandlungspraxis und deren theoretischer Fundierung sowie zur empirischen therapiebegleitforschung.

Jobst Finke



ISBN 3-13-116021-7



Thieme

Herrn Prof. Dr. W. M. Pfeiffer und Herrn PD. Dr. L. Teusch bin ich für geduldige Durchsicht des Manuskriptes und wichtige Korrekturvorschläge sehr zu Dank verpflichtet. Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Th. Scherb vom Thieme-Verlag für die engagierte Begleitung bei der Entstehung des Buches und für aufmerksame Hinweise auch zu inhaltliche Fragen. Danken möchte ich auch Frau S. Matzke-Sager für die zügige und korrekte Schreibaarbeit.

In ganz besonderer Weise danke ich meiner Frau, H. Feldhammer, für ihre unermüdliche Hilfe bei der Organisation und Betreuung der einzelnen Arbeitsschritte und kritische Hinweise sowie die grafische Gestaltung der Abbildungen.

Essen, im September 1998

Jobst Finke

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Die therapeutische Beziehung als Methode	4
1.1 Der Zusammenhang von Beziehungskonzept und Therapietechnik	4
1.2 Die Gemeinsamkeiten konfliktzentrierter Psychotherapie – Umriss eines integrativen Modells	8
2 Die Arbeitsbeziehung	14
2.1 Charakteristik der Arbeitsbeziehung: Zwischen Engagement und distanzierter Beobachten	14
2.2 Die Funktion der Arbeitsbeziehung	16
2.3 Leitlinien der Arbeitsbeziehung	17
2.4 Die Praxis der Arbeitsbeziehung	20
2.5 Widerstandsanalyse in der Arbeitsbeziehung	23
2.6 Indikation und Risiken der Arbeitsbeziehung	24
3 Die Alter-Ego-Beziehung	26
3.1 Charakteristika der Alter-Ego-Beziehung: Die stellvertretende Introspektion	26
3.2 Die Funktionen der Alter-Ego-Beziehung	27
3.3 Das Konzept der Alter-Ego-Beziehung in den verschiedenen Psychotherapieverfahren	32
3.4 Leitlinien der Alter-Ego-Beziehung	38
3.5 Die Praxis der Alter-Ego-Beziehung	42
3.6 Widerstandsanalyse in der Alter-Ego-Beziehung	52
3.7 Indikation der Alter-Ego-Beziehung	57
3.8 Risiken und Kontraindikation der Alter-Ego-Beziehung	59
4 Die Übertragungsbeziehung	62
4.1 Die Charakteristik der Übertragungsbeziehung	62
4.2 Die Funktionen der Übertragungsbeziehung	65
4.3 Die Übertragungsbeziehung in den verschiedenen Psychotherapieverfahren	68
4.4 Leitlinien in der Übertragungsbeziehung	75
4.5 Die Praxis der Übertragungsbeziehung	80
4.6 Widerstandsanalyse in der Übertragungsbeziehung	91
4.7 Indikation der Übertragungsanalyse	101
4.8 Kontraindikation und Risiken der Übertragungsanalyse	104
5 Die Dialogbeziehung	105
5.1 Die Charakteristik der Dialogbeziehung: Der Therapeut als der reale andere	105
5.2 Die Funktionen der Dialogbeziehung	106
5.3 Die Dialogbeziehung in den verschiedenen Psychotherapieverfahren	109
5.4 Leitlinien der Dialogbeziehung	115

1 Die therapeutische Beziehung als Methode

1.1 Der Zusammenhang von Beziehungskonzept und Therapietechnik

Dem Therapeuten stellt sich in einer zeitlich begrenzten Therapie, in der im besonderen Maße seine Aktivität und Strukturierungsarbeit gefordert ist, von Beginn an eine komplexe Aufgabe. Er ist gefordert, die manifeste Erzählung des Patienten zu hören und sich zu fragen, was der Patient meint, ohne es direkt auszudrücken. Gleichzeitig muß er sich überlegen, welches, dem Patienten selbst vielleicht noch unbewußte Thema, sich in dieser Erzählung ankündigt und wie dieses mit dem vermuteten Grundkonflikt im Zusammenhang stehen könnte (Boothe 1994, 61f). Ebenso ist er gehalten, mögliche Beziehungsanspielungen des Patienten wahrzunehmen und außerdem das Ausdrucksverhalten des Patienten wie seine eigene Gegenübertragung zu beobachten. Schließlich hat er darauf zu achten, Widerstandsphänomene schnell genug zu erkennen.

Angesichts einer so vielschichtigen Wahrnehmungs- und Verstehensaufgabe empfahl Freud (1964, VIII, 376ff) dem Therapeuten die Haltung einer „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“, um zu verhindern, durch eine einseitige Ausrichtung der Aufmerksamkeit Wahrnehmungseinschränkungen zu unterliegen. Da dies jedoch, besonders für den weniger Geübten, eine sehr schwierige Aufgabe ist, soll hier eine andere Einstellung beschrieben werden, nämlich die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf einen bestimmten, in der zeitlichen Abfolge allerdings auch wechselnden Phänomenbereich. Ein solches Fokussieren der Aufmerksamkeit bringt zwar die Gefahr der Ausblendung von Phänomenen jenseits des jeweiligen Fokus mit sich, aber es schärft innerhalb desselben die Wahrnehmung und macht so die Entdeckung mancher Phänomene erst möglich. Man sieht das, worauf man besonders gut achtet.

Da der Therapeut in seiner Suchhaltung zudem flexibel sein soll, ergibt sich auch kein absoluter Gegensatz zu der Empfehlung Freuds. Diese Suchhaltung ist, wie später erläutert wird, eng geknüpft an das jeweilige Beziehungskonzept, mit dem der Therapeut dem Patienten begegnet.

Wenn dem Therapeuten die oben skizzierte komplexe Wahrnehmungsaufgabe tatsächlich gelungen ist, stellt sich für ihn die Frage, auf welcher Ebene er intervenieren soll, auf welche der vielen Beobachtungen er eingehen, welches der vielen Signale des Patienten er in seiner Intervention aufgreifen soll. Ist es angebracht, zunächst auf die Inhalte der Erzählung des Patienten einzugehen und die Thematik des manifesten Beziehungskonfliktes herauszuarbeiten? Oder müßte er die Erzählung auf der Folie des vermuteten unbewußten Grundkonfliktes deuten, oder aber die Übertragungsanspielung aufgreifen? Oder soll er zuerst den in dieser oder jener Äußerung vermuteten Widerstand ansprechen?

Wie immer der Therapeut sich hier entscheidet, er muß sich darüber im klaren sein, daß er mit der Art seiner Intervention auch die Beziehung zu seinem Patienten strukturiert. Denn eine Interaktion ist nie völlig beziehungsneutral. Ob der Therapeut Widerstandsaspekte aufgreift, ob er die Erzählung des Patienten empathisch mitvollzieht oder ob er versteckte Übertragungsanspielungen deutet - in jedem Fall definiert er damit auch die Position, die Rolle, die er in den Augen des Patienten einnimmt.

In der Psychoanalyse gab es in den 30er bis 50er Jahren unter dem Einfluß des Objektivitätsideals der Naturwissenschaft und „in Analogie zur vermeintlichen Nicht-Beziehung zwischen Experimentator und Versuchsperson“ (Mertens 1993, 13) die Vorstellung, daß die freie Entfaltung der Übertragung des Patienten in keiner Weise beeinflusst werden dürfte und daß deshalb der Therapeut nur die Rolle des dem Beziehungsfeld völlig entrückten Beobachters einzunehmen habe. Dieses Objektivitätsideal des nur beobachtenden und nur deutenden Analytikers ist natürlich im Rahmen eines interaktionellen Übertragungskonzeptes, welches konzediert, daß der Therapeut „nicht nicht kommunizieren kann“ (Watzlawick et al. 1969, 50ff) und daß er auch seine Gegenübertragung nie völlig kontrollieren kann, längst aufgegeben worden (Thomä u. Kächele 1985, 55ff).

Die Tätigkeit des Deutens selbst ist beziehungsgestaltend. Durch den Akt des Deutens begibt sich der Therapeut in eine Interaktion mit dem Patienten und beeinflusst dessen Übertragung. Für das Erleben des Patienten, für seine Beziehungserwartungen und -befürchtungen ist es nicht gleichgültig, in welchem Ton der Therapeut spricht, welche Inhalte er mit seiner Deutung aufgreift, ob er eine Widerstands- oder eine genetische Deutung gibt. Die Art des therapeutischen Vorgehens beeinflusst die Atmosphäre der therapeutischen Situation und schafft eine bestimmte Form von Beziehung. Das therapeutische Interventionsverhalten ist nie beziehungsneutral.

Insofern ist der gelegentlich sowohl in Kreisen der Psychoanalyse wie auch der Gesprächspsychotherapie postulierte Gegensatz von Beziehung und Technik unsinnig (Mertens 1990, II, 137; Tscheulin 1992, 99ff). Dieses Postulat ist nur plausibel, wenn unter „Beziehung“ lediglich eine ganz bestimmte Form von Beziehung, z.B. eine *Alter-Ego-Beziehung* (s. Kapitel 3) verstanden wird, mit der dann in der Tat Techniken, die anderen Beziehungsformen zuzuordnen sind, nicht kompatibel sind.

Insgesamt kann gesagt werden: Jedes Beziehungskonzept benötigt zu seiner Realisierung eine bestimmte Technik bzw. bestimmte Interventionen. Umgekehrt gilt: Jede Therapietechnik, jede Klasse von Interventionen konstituiert eine bestimmte Beziehung. Von verschiedenen Autoren wurde darauf hingewiesen, daß ein intensives Aufgreifen von Übertragungsanspielungen erst die Übertragungsbeziehung voll zur Entfaltung kommen läßt (Gill 1996, 78; Ermann 1993, 51; Thomä u. Kächele 1985, 59ff). Ebenso kann ein konsequentes Ausrichten der therapeutischen Interventionen auf die Selbstobjekt-Bedürfnisse des Patienten diese aktivieren und so eine *Alter-Ego-Beziehung* konstellieren. In diesem Sinne plädierte auch Balint (1970, 193) dafür, daß der Therapeut beziehungsgestaltend wirken sollte.

Die therapeutische Beziehung wird aber auch ohne ausdrückliche beziehungsgestaltende Absicht vom Therapeuten mitgeprägt. Denn schon die gewählte Technik konstituiert ein bestimmtes Beziehungsangebot des Therapeuten. Dieses entscheidet mit darüber, welche Art der Beziehung sich faktisch etabliert. Die faktische Beziehung wird freilich nicht ausschließlich vom Angebot des Therapeuten gestaltet. Selbst wenn der Patient häufig auf das Beziehungsangebot des Therapeuten eingeht und in reziproker Weise auf dessen Interventionen antwortet, können Interferenzen bestehen. So könnte ein Patient auf die einführend-verstehenden Interventionen des Therapeuten zwar einerseits mit einer „Selbst-Empathie“ und einer „Selbstobjekt-Übertragung“ (s. Kap. 3) antworten, gleichzeitig aber auch zunehmend Wut und Enttäuschung (i. S. einer objektalen Übertragung) gegenüber dem Therapeuten erleben. Die faktische Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist häufig vielschichtig.

Die Aufgabe des Therapeuten ist es, die Interferenzen zwischen unterschiedlichen Beziehungs- bzw. Übertragungsmodi zu erkennen und, die Beziehungsebene wechselnd, entsprechend zu bearbeiten. Auch in ihm selbst kann es zur Interferenz von

unterschiedlichen Haltungen kommen, wenn er auf der bewußten Ebene intendiert, sich als Alter Ego einfühlsam-verstehend dem Patienten zur Verfügung zu stellen und auf einer eher unbewußten Ebene Gefühle von Verachtung oder Ärger gegenüber dem Patienten empfindet. Daß hier der Therapeut sein eigenes Erleben (Gegenübertragung) vergegenwärtigen und hinsichtlich seiner Ursprünge klären muß, versteht sich von selbst. Es sei demgegenüber jedoch noch einmal betont, daß sich nicht nur die unbewußte Einstellung auf die bewußt intendierte auswirkt, sondern daß es auch eine Wirkung in umgekehrter Richtung gibt.

Beschreibungen bestimmter Beziehungskonstellationen gehen in der Literatur häufig vom Erleben und Verhalten des Patienten aus. Die Beziehungserwartungen des Patienten, seine Rollenzuweisungen und seine Interaktionsmuster sind dann Gegenstand der Betrachtung und die Basis für die Definition der Beziehung. Auch etwa bei Greenson (1975, 163ff u. 228ff; 1982, 151ff u. 364ff), der besonders dezidiert unterschiedliche Beziehungsformen – die Übertragungsbeziehung, die Realbeziehung und das Arbeitsbündnis – herausgestellt hat, erfolgt deren Beschreibung vorwiegend von der Position des Patienten aus.

Hier soll die therapeutische Beziehung von seiten des Therapeuten definiert werden. Die Haltung und die Rolle, die der Therapeut einnimmt, soll das die Beziehungsform definierende Kriterium sein. Wenn hier also von einer bestimmten Beziehungsform oder Beziehungsebene die Rede ist, so ist zunächst das Beziehungskonzept und das Beziehungsangebot des Therapeuten gemeint. Dieses Beziehungsangebot ist durch eine jeweilige Rolle des Therapeuten zu beschreiben. Diese Rolle impliziert eine bestimmte Suchhaltung des Therapeuten und den Modus des Interventions.

Für den therapeutischen Prozeß werden vier Beziehungsformen als maßgeblich angesehen. Durch sie läßt sich die Behandlungspraxis in ihren wichtigen Dimensionen beschreiben:

- Die **Arbeitsbeziehung** als Hintergrund und Rahmen der anderen drei Beziehungsformen (Kap. 2).
- Die **Alter-Ego-Beziehung**, in der der Therapeut, die Perspektive des Patienten übernehmend, sich um ein empathisches Verstehen bemüht (Kap. 3).
- Die **Übertragungs-Beziehung**, in der der Therapeut die auf ihn gerichteten Erwartungen zu verstehen und zu deuten sucht (Kap. 4).
- Die **Dialog-Beziehung**, in der der Therapeut als reale Person dem Patienten antwortet, indem er sein Erleben der therapeutischen Situation (Gegenübertragung) selektiv mitteilt (Kap. 5).

Diese Beziehungsformen stellen den Therapieprozeß organisierende Muster dar. Die Orientierung an ihnen erleichtert es dem Therapeuten, seine Einstellungen und seine Interventionen zu koordinieren. Sie sind insofern Strukturierungshilfen und Ordnungsraster, nach denen er den Therapieprozeß ausrichten und seine eigene Position in der Interaktion mit dem Patienten jeweils bestimmen kann. Mit der Wahl einer definierten Beziehungsform legt sich der Therapeut auch auf bestimmte Funktionen fest, die er dem Patienten gegenüber jeweils erfüllen will. Gleichzeitig entscheidet er sich damit für eine bestimmte Klasse von Interventionen.

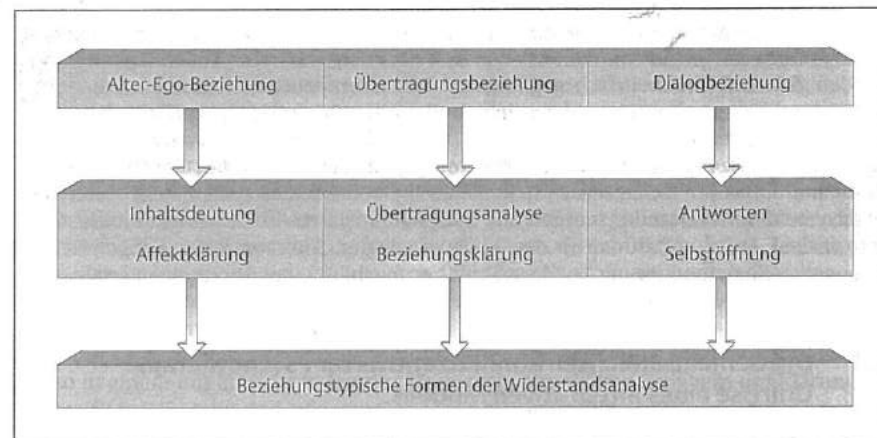


Abb. 2 **Beziehung und Behandlungstechnik.**

Die Charakteristika einer Beziehungsform definieren die spezifische Rolle und Funktion des Therapeuten. Aus ihnen ergeben sich die für die jeweilige Beziehung typischen Interventionen.

Das jeweilige Beziehungskonzept ermöglicht nicht nur die Koordination von therapeutischer Einstellung, Suchhaltung und den Interventionen. Vielmehr legt es auch die Notwendigkeit einer Rollenflexibilität nahe, also die Bereitschaft, bei geänderter Situation die Angemessenheit der eingenommenen Rolle zu überprüfen und gegebenenfalls einen Rollenwechsel vorzunehmen. Dem Patienten wird also nicht, völlig losgelöst vom tatsächlichen interaktionellen Kontext, ständig ein bestimmtes Beziehungsmuster aufgedrängt. Der Therapeut wird im Gegenteil während der Therapie zwischen verschiedenen Beziehungsformen oszillieren. Dies geschieht nicht willkürlich, sondern der Wechsel einer Beziehungsform setzt jeweils eine Indikationsentscheidung voraus.

Bei diesen Indikationsentscheidungen spielt insbesondere das Beziehungsangebot des Patienten eine Rolle, d.h. seine (oft unbewußten) Rollenzuweisungen, seine Beziehungserwartungen, seine Beziehungsanspielungen sind für den Therapeuten ein Anlaß, sein Beziehungskonzept entsprechend auszurichten. So wird der Therapeut sich dafür entscheiden, aus der Übertragungsbeziehung heraus zu intervenieren, wenn der Patient mehr oder weniger deutliche Übertragungsanspielungen macht. Wenn jedoch ein schwer gestörter Patient in sehr direkter Form unmittelbar die Beziehung anspricht, wird der Therapeut aus der Dialogbeziehung heraus intervenieren.

Bei solchen Indikationsentscheidungen spielt auch die jeweilige Therapiephase eine Rolle. In den ersten Phasen einer Therapie wird der Therapeut in der Regel vorwiegend auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung intervenieren. Wenn sich dann eine Vertrauensbasis und eine gegenseitige „Bekanntheit“ etabliert hat, wird der Therapeut nachdrücklicher auf Beziehungsanspielungen des Patienten achten und diese, auf der Ebene der Übertragungsbeziehung, aufgreifen.

In den letzten Therapiephasen wird nicht selten auch ein Interventions aus der Dialogbeziehung bedeutsam sein. Hier spielen aber auch Indikationen eine Rolle, die sich an der Art der Störung und an der Persönlichkeit des Patienten orientieren, so daß solche Interventionen unter Umständen auch schon früher wichtig werden.

In den einzelnen Kapiteln, die die jeweiligen Beziehungsformen erörtern, sollen die dazu gehörenden Interventionen ebenso systematisch wie anschaulich beschrieben werden. So wird ein mehrfach gegliederter Plan therapeutischen Handelns erstellt. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit einer insgesamt stärkeren Strukturierung des gesamten Therapieprozesses. Dies kommt zwar der allgemeinen Tendenz zu einer Manualisierung von Psychotherapieverfahren entgegen (Luborsky 1988; Kernberg 1993; Hoffmann u. Bassler 1995; Teusch u. Finke 1995), könnte aber auch als ein erstarrtes Regelsystem mißverstanden werden und in der praktischen Arbeit wie ein Prokrustesbett wirken. Indes sollte man in den hier vorgelegten Interventionskatalogen keine einengende Reglementierung, sondern Orientierungshilfen und Anregungen sehen.

1.2 Die Gemeinsamkeiten konfliktzentrierter Psychotherapie – Umriss eines integrativen Modells

Die Bemühungen um die Integration verschiedener psychotherapeutischer Ansätze reichen schon bis in die 30er Jahre zurück (Huber 1996). Sowohl von Seiten der Psychotherapie-Praktiker wie der Psychotherapie-Forscher wird aber besonders in der letzten Zeit die Überwindung des Schulen-Denkens gefordert. Manche praktizierenden Therapeuten beklagen im Namen ihrer Patienten die verwirrende Vielgestaltigkeit des Psychotherapie-Angebotes. Die empirisch Forschenden diskutieren in ihrem Bemühen um eine Identifizierung der therapeutischen Wirkfaktoren die Idee einer schulenübergreifenden Psychotherapie (Bastine 1994, 209ff). Mit ihrem vieldiskutierten „Generic Model of Psychotherapy“ hatten Orlinsky und Howard (1986) versucht, einen Ansatz zu einer solchen Therapie zu skizzieren. Heim und Mitarbeiter (1990) hatten in der Problemorientierten Therapie (POT) einen Ansatz konzipiert, der psychodynamische und behaviorale Aspekte integriert. Auch die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) nach Klearman und Weissman (Schramm 1996) beruht auf einer Integration solcher Aspekte. Die Entwicklung einer schulenübergreifenden „Allgemeinen Psychotherapie“ ist auch die Forderung von Grawe. Aufgrund der Auswertung von fast 900 Psychotherapie-Studien postuliert er vier allgemeine Wirkfaktoren, die eine solche Psychotherapie enthalten müsse: Problemlösung und Problem- bzw. Erlebnisaktivierung, Problembewältigung und Ressourcenaktivierung. Dabei wird der Beziehungsgestaltung für das Wirksamwerden dieser Faktoren eine große Bedeutung zugemessen (Grawe et al. 1994, 749ff; Grawe 1996, 139ff).

Hier soll ein integratives Modell von Psychotherapie vorgestellt werden, das weniger umfassend ist und bei dem der verbindende Rahmen insofern spezifischer abgesteckt ist, als nur die konfliktzentrierten Verfahren eingeschlossen sind. Diese Beschränkung hat den Vorteil, daß die neurosen- und theapietheoretischen Modelle, also die Störungs- und Änderungskonzepte der hier angesprochenen Verfahren in ihren Grundlinien nicht aufgegeben werden müssen, da sie, zumindest in den wichtigsten Teilaspekten, für alle hier genannten Verfahren gültig sind. Diese Verfahren wurden in der Einleitung schon im einzelnen genannt, und es wird in den Kapiteln 3,4 und 5 von ihnen noch die Rede sein.

Zwei Gruppen sind zu den konfliktzentrierten Therapien zu rechnen: die unmittelbar sich auf die Psychoanalyse beziehenden Verfahren und jene, die oft unter dem Etikett der humanistischen Psychotherapie zusammengefaßt werden, wie die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie und das Psychodrama. Die vor fast 40 Jahren sich konstituierende Bewegung der humanistischen Psychologie, der neben Charlotte

Binder, Kurt Goldstein und Carl Rogers auch einige Analytiker wie Ruth Cohn und Erich Fromm nahestanden (Quitmann 1985, 35), wollte sich einerseits gegen den behavioralen Ansatz, andererseits aber auch gegen jene („orthodoxe“) Richtung der Psychoanalyse absetzen, die wegen ihrer Betonung triebenergetischer und deterministischer Konzepte damals nicht als „humanistisch“, sondern als biologistisch verstanden wurde. Die humanistische Psychologie wollte psychanalytisch orientierte Grundgedanken mit Aspekten der Gestalt- und Ganzheitspsychologie (der Berliner und Leipziger Schule) sowie der Phänomenologie und der Existenzphilosophie verbinden (Wallerstein 1997, 53). Inwieweit damals, vor 40 Jahren, dieser Blick auf den „Mainstream“ der Psychoanalyse berechtigt war, sei dahingestellt. Daß die heutige Psychoanalyse wohl keinerseits mehr als biologistisch bezeichnet würde, mag den Wandel der Zeiten in vielfacher Hinsicht anzeigen.

Der gemeinsame Nenner der Verfahren beider Gruppen ist in einem „Aufdecken“, also in einem um Einsicht in latente Motivzusammenhänge, in einem um Klärung unbewußter Wünsche und widersprüchlicher Erwartungen bemühten Vorgehen zu sehen. In dieser Schwerpunktsetzung ergibt sich ein gemeinsamer Unterschied zu allen verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Methoden, denen es primär um Problemlösung und -bewältigung geht. Wegen dieser grundsätzlich unterschiedlichen Methodik wurde auch von den „beiden Welten“ der Psychotherapie gesprochen, der „Welt der bewältigungsorientierten Therapien und der Welt der klärungsorientierten Therapien“ (Grawe 1998, 59).

Hier soll also von der Welt der klärungsorientierten Therapien die Rede sein, wobei jedoch auch auf die Beachtung von bewältigungsfördernden Aspekten hingewiesen werden wird.

Die vorliegende Darstellung erfolgt unter der Voraussetzung einer zeitlichen Limitierung der Behandlung, wobei im Durchschnitt von einer Therapiedauer von 30 bis 100 Stunden ausgegangen wird. Dieser Vorbehalt ist wichtig, nicht nur wegen der damit verbundenen Notwendigkeit einer Begrenzung der Therapieziele und einer thematischen Fokussierung und damit eben auch stärkeren Strukturierung der Therapie; vielmehr hängt damit auch zusammen, daß gerade wegen der zeitlichen Limitierung ebenso bewältigungsfördernde Aspekte zu berücksichtigen sind. Dies bedeutet, daß der Therapeut neben der „Konfliktaufdeckung“ dem Patienten eben auch Impulse zur Konfliktbewältigung geben und durch die Art seines Vorgehens die Ressourcen des Patienten mobilisieren muß. So sind z.B. das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen und der Veränderungsoptimismus des Patienten zu stärken (Dührssen 1988, 17; Luborsky 1988, 49ff; Strupp u. Binder 1993, 69).

Die vier Beziehungsformen: die Alter-Ego-Beziehung, die Übertragungs-Beziehung, die Dialog-Beziehung und die Arbeits-Beziehung, beschreiben unterschiedliche Interaktionsentwürfe, die mit verschiedenen Rollen und Suchhaltungen des Therapeuten verbunden sind. Da bei den genannten konfliktzentrierten Verfahren der therapeutischen Beziehung eine hohe Bedeutsamkeit zugemessen wird, ist es naheliegend, in den genannten Beziehungskonzepten Beschreibungsmuster zu sehen, durch die den Therapieverfahren gemeinsame Aspekte erschlossen werden können. Zwar bestehen hier wiederum unterschiedliche Akzentuierungen dieser Aspekte, jedoch lassen sich gemeinsame Leitlinien herausziehen.

Zweifelsohne bestehen zwischen diesen Verfahren insgesamt vielfältige Unterschiede. Diese werden nachdrücklich anerkannt, ihnen im einzelnen nachzugehen ist hier aber nicht beabsichtigt. Vielmehr sollen Grundmuster einer konfliktzentrierten Behandlungspraxis aufgezeigt werden, die allen Verfahren gemeinsam sind, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Diese Gemeinsamkeiten sind zu kennzeichnen

einmal auf der Ebene der neurosen- und therapietheoretischen Entwürfe, sodann auf der Ebene der Therapieprinzipien oder der Therapiestrategien (das sind die im folgenden dargestellten Beziehungskonzepte) und schließlich auf der Ebene der Therapie-technik. Auf dieser letztgenannten Ebene sind die Interventionenformen zu beschreiben. Zunächst sollen die gemeinsamen Aspekte der therapeutischen Grundpositionen kurz skizziert werden.

Alle hier genannten Verfahren gehen von der zentralen Bedeutung eines lebensgeschichtlich entstandenen, intrapersonalen Konfliktes aus, der dazu führt, daß bestimmte Aspekte der Person dieser selbst nicht bewußt sind. Das führt zu Brüchen und Einseitigkeiten der inneren Bilder, der Repräsentanzen oder Schemata, die das Erleben und Verhalten bestimmen. Diese sind der Ansatzpunkt einer klärungsorientierten Psychotherapie. Diese Kurzformel des gemeinsamen konzeptuellen Hintergrundes soll erklärt werden:

1 Die Konfliktthese

Das gemeinsame Hauptmerkmal ist die Annahme eines intrapsychischen Konfliktes (bzw. der Inkongruenz) als Ursache neurotischer Störungen. Damit verbunden ist auch die Konzeption des dynamisch Unbewußten bzw. die Annahme unbewußter, von der Gewährwerdung ausgeschlossener aber handlungssteuernder Prozesse. Dies hat therapeutisch das Bemühen um Anerkennung und Integration der inkompatiblen und deshalb abgewehrten Persönlichkeitsaspekte zur Folge. Es hat auch zur Konsequenz, die oft für den Patienten unverständlichen Handlungen als Brüche der Sinnkontinuität zu verstehen und ihnen einen „Doppelsinn“ (Ricoeur 1974, 21), einen manifesten und einen latenten, zuzuschreiben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit des therapeutischen Bemühens, die Kohärenz von Sinnfiguren wiederherzustellen. Das Änderungskonzept besteht also bei den hier genannten Verfahren u.a. in einem klärenden, ein-sichtsvermittelnden Vorgehen, das unbewußte Motive, Werthaltungen und Erwartungen deutlich werden läßt. Das zentrale Instrument dieser Änderungs-bemühungen ist das Verstehen (s. Kap. 6).

2 Die Latenzthese

Diese Annahme besagt, daß der genannte Konflikt unbewußt ist, so daß es zu Brüchen im Selbstverstehen des Patienten, zur Ausblendung wesentlicher Aspekte des Selbst und infolgedessen zur Selbsttäuschung kommt. Diese Täuschung hat auf dem Hintergrund früh verinnerlichter Normen eine selbstwertregulierende Funktion, so daß der Patient ihrer Aufhebung Abwehr entgegensetzt. Die Abwehr und mit ihr die Selbsttäuschung, die „Lebenslüge“ sind indes auf dem Hintergrund dieser Funktion zu verstehen und entsprechend „verständnisvoll“ zu bearbeiten. Durch diese Arbeit sollen die von dem Selbstverstehen, von der Selbstkommunikation bisher ausgeschlossenen Aspekte dem Patienten wieder zugänglich gemacht werden.

3 Die entwicklungspsychologische Hypothese

Die Prägung der Persönlichkeit durch lebensgeschichtliche Erfahrungen, insbesondere in der Kindheit, ist eine Grundannahme, die von den hier genannten Verfahren insgesamt geteilt wird. Diese Annahme hat jedoch für das therapeutische Vorgehen meist nur indirekte Konsequenzen, wie auch bei den unmittelbar aus der Psychoanalyse abgeleiteten Kurztherapie-Verfahren behandlungspraktisch die Bedeutung der Vergangenheit zugunsten aktueller Konflikte und Belastungen sehr zurücktritt (Dührssen 1988, 15; Faber u. Haarstrick 1989, 39; Heigl-Evers et al. 1993, 188). Die hier aner-

kannte Bedeutung von frühen Interaktionserfahrungen für die gegenwärtigen Beziehungserwartungen und Kommunikationsmuster hat zur Folge, daß der therapeutischen Beziehung als Medium von Veränderungsmöglichkeiten eine hohe Aufmerksamkeit zukommt. Kennzeichnend für die zeitlich limitierten Verfahren ist aber die Tendenz, die übertragungsbedingten Beziehungsstörungen nicht nur verstehend-deutend, sondern auch durch ein konstruktives Beziehungsangebot des Therapeuten, also mittels korrekativer Erfahrungen, zu behandeln.

4 Die Repräsentationshypothese

Diese Hypothese besagt, daß das Handeln des Individuums nicht die unmittelbare Folge von frühen Beziehungserfahrungen ist. Vielmehr sind solche Erfahrungen als vielfache Überarbeitungen im Kontext individueller und soziokultureller Einflüsse zu verstehen. So ist auch die aktuelle Übertragungsreaktion nie die unmittelbare Wiederholung von Kindheitserlebnissen, sondern die Aktivierung von Repräsentanzen dieser Erfahrungen, in denen letztere vielfältige, lebensgeschichtlich bedingte Umschichtungen durchgemacht haben. In der Psychoanalyse ist z.B. von Selbstrepräsentanzen, Objektrepräsentanzen und Repräsentanzen von Eltern-Beziehungen die Rede, und es werden damit die vielfach überformten, kognitiv wie affektiv geprägten inneren Bilder, also gefühlsbesetzte Vorstellungen, gemeint. Diese wirkmächtigen Bilder sind sowohl das Ergebnis der frühen wie der späteren Vergangenheit. Aber auch Eindrücke der Gegenwart gehen in sie ein. Sie sind in dieser Vielschichtigkeit weder völlig realitätsgetreue Abbilder der Vergangenheit noch der Gegenwart. Sie sind aber andererseits auch keine absoluten Entstellungen und so auch nicht ohne jeden Wirklichkeitsbezug (Mertens 1990, II, 179ff).

In der analytischen Psychologie Jungs ist in einem vergleichbaren Sinne von Imagines und von Komplexen die Rede. Komplexe sind Verdichtungen von Bildern, die, wenn sie „konstelliert“, d.h. aktiviert werden, das Verhalten steuern (Seifert 1981, 285ff).

In der Gesprächspsychotherapie spricht man vom Selbstkonzept und vom Bezugssystem (frame of reference, Rogers 1959), wobei in das letztere auch unbewußte Erfahrungen, Bewertungen und Zielsetzungen eingehen („organismische Erfahrungen außerhalb der Gewährwerdung“). Dieses Bezugssystem hat ebenfalls eine verhaltensregulierende Wirkung, und die Forderung von Rogers, das Erleben und Handeln des Patienten aus dessen Bezugssystem heraus zu verstehen, heißt eben, es von seinen auch unbewußten Determinanten her zu sehen.

Diesen Konzepten eines wahrnehmungssteuernden Repräsentationssystems entspricht das von Piaget stammende Konstrukt des Schemas, das in der heutigen empirischen Psychologie wieder aufgegriffen und über den kognitiven Aspekt hinaus erweitert wurde (Grawe 1998, 340ff). Schemata haben eine wahrnehmungselegierende Funktion, und sie werden als grundlegende Organisationseinheit psychischer Prozesse angesehen. So können Erfahrungen, z.B. durch Umdeutung, an das Schema assimiliert werden. Erfahrungen können aber auch eine Änderung des Schemas (Akkommodation) herbeiführen, was eben das Ziel von Psychotherapie ist. Grawe sieht in diesem Schema-Konstrukt das theoretische Fundament der von ihm anvisierten Allgemeinen Psychotherapie.

Im folgenden wird häufig von der Perspektive die Rede sein, z.B. wenn es heißt, daß innerhalb der Alter-Ego-Beziehung der Therapeut die Perspektive des Patienten übernehmen soll. Auch hier besteht eine Analogie zu den Begriffen der Repräsentanz, des Bezugssystems oder des Schemas. „Perspektive“ ist keinesfalls nur im kognitiven Sinne gemeint, sondern es geht darin auch die emotionale Wertung und die motivationale

Ausrichtung ein. Die Perspektive gibt Sinnstrukturen vor und ist gerade deswegen auch motivierend. Die Änderung dieser Perspektive ist wichtiges Ziel der psychotherapeutischen Verstehensaufgabe.

Diese Grundpositionen sind den hier als „konfliktzentriert“ zusammengefaßten Verfahren gemeinsam. Es bestehen freilich innerhalb dieses grobes Rasters jeweils spezifische Akzentsetzungen und entsprechende inhaltliche und terminologische Unterschiede. Die Gemeinsamkeiten ergeben jedoch einen genügend konsistenten Rahmen, um eine methodenübergreifende, einheitliche Behandlungspraxis zu beschreiben.

Die beiden Kernkonzepte der psychoanalytischen Therapietheorie, die Widerstands- und die Übertragungsanalyse, lassen sich, als deren behandlungspraktische Konsequenz, aus diesen Grundpositionen ableiten, nämlich die Widerstandsanalyse aus der Konflikt- und der Latenzhypothese und die Übertragungsanalyse aus der entwicklungspsychologischen und der Repräsentationshypothese. Da die Begriffe der Widerstands- und der Übertragungs-Analyse sehr komprimierende und vor allem spezifizierende Beschreibungen bestimmter therapietheoretischer Grundannahmen darstellen, sind sie nicht ohne weiteres auf alle der hier genannten Verfahren übertragbar. Jedoch sind die Grundentwürfe, aus denen sich die Konzepte der Widerstands- und der Übertragungsanalyse ableiten, sehr wohl auch für die anderen Verfahren verbindlich. Diese Grundentwürfe, die sich aus den oben genannten neurosentheoretischen Positionen ergeben, sind wie folgt zu skizzieren:

- Der pathogene, intrapersonale Konflikt hat seine Ursache in der Abwehr von Erfahrungen und Wahrnehmungen. Da diese Abwehr eine wichtige Funktion für die Stabilisierung des innerpsychischen Gleichgewichtes und des Selbstwerterlebens hat, ist konfliktzentrierte Psychotherapie immer auch Arbeit an der Abwehr. Der Therapeut rechnet ständig mit ihr und ist bemüht, dem Patienten zu helfen, sie zu überwinden.
- Der pathogene Grundkonflikt ist aus mehr oder weniger frühen konflikthaften Beziehungserfahrungen entstanden. Die Beachtung und das Verstehen der therapeutischen Beziehung ist deshalb so bedeutsam, weil der Patient einerseits das Bedürfnis hat, positive Beziehungserfahrungen zu machen, d.h. die Gültigkeit seiner negativen Erfahrungen zu widerlegen. Andererseits fällt ihm gerade dieses nicht leicht, und so erlebt er die therapeutische Beziehung oft im Spiegel der Vergangenheit, weil die Änderung seiner inzwischen stereotypen Erwartungsmuster auch die Änderung seines Selbstkonzeptes und insofern die Auflösung von Abwehr voraussetzt.

Da die Widerstands- und die Übertragungsanalyse Spezifizierungen dieser von allen konfliktzentrierten Verfahren geteilten Grundpositionen sind, ist auch eine erweiterte Fassung der Konzepte der Widerstands- und Übertragungsanalyse für diese Verfahren insgesamt gültig.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß auch innerhalb der Psychoanalyse sich sowohl für die Technik der Widerstandsanalyse als auch für die der Übertragungsanalyse (die letztere auch in konzeptueller Hinsicht) in den letzten Jahrzehnten Akzentverschiebungen ergeben haben bzw. daß solche zumindest diskutiert werden. Davon wird später noch die Rede sein. Für eine zeitlich begrenzte Psychotherapie, z.B. die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, wird von den meisten Autoren eine diesbezügliche Modifizierung ohnehin nahegelegt.

Die im folgenden dargestellten therapietheoretischen und therapiepraktischen Positionen haben natürlich innerhalb der hier zusammengeführten Verfahren nicht immer die gleich ausgeprägte Bedeutsamkeit. Abgesehen von solchen Unterschieden in der Akzentsetzung besteht jedoch hinsichtlich der Grundpositionen inhaltlich eine recht große Übereinstimmung; das kann von der Terminologie nicht in gleicher Weise gesagt werden, mit der diese Inhalte abgebildet werden. Hier wird zur Vermittlung dieser Inhalte vorwiegend die psychoanalytische Begrifflichkeit gebraucht. Da dies aber immer mit dem Bemühen um große Praxisnähe verbunden ist, können auch die Vertreter der anderen Schulen in dem hier Dargestellten sich bzw. ihre Arbeit wiedererkennen.

Bei den folgenden Darstellungen der vier Beziehungsformen wird jeweils das gleiche Gliederungskonzept eingehalten. Es werden die Charakteristika der jeweiligen Beziehungsform und sodann ihre Funktionen untersucht, bzw. die Aufgaben der Rolle, die der Therapeut hier einzunehmen hat. Mit den Leitlinien einer Beziehungsform werden die Einstellungen und Handlungsbereitschaften des Therapeuten beschrieben, die er in der Beziehung haben muß. In dem Abschnitt über die Praxis werden die verschiedenen Interventionen genannt, erörtert und durch Beispiele veranschaulicht, die jeweils einem spezifischen thematischen Fokus zugeordnet sind. Die Praxis eines jeweiligen Beziehungskonzeptes wird sodann hinsichtlich der hier typischen Form der Widerstandsanalyse beschrieben. In dem Abschnitt zur Indikation wird aufgezeigt, bei welchen Patienten, in welchen Konfliktkonstellationen ein Intervenieren auf dieser Beziehungsebene besonders angemessen ist. Schließlich werden Risiken und Gefahren aufgezeigt, die sowohl auf Seiten des Patienten wie des Therapeuten mit dem jeweiligen Beziehungskonzept verbunden sind.

2 Die Arbeitsbeziehung

Die Arbeitsbeziehung ist das gemeinsame Fundament der anderen drei Beziehungsformen. Sie umfaßt zwei sehr unterschiedliche therapeutische Haltungen und Funktionen, die die spezifischen Aufgabenstellungen in den anderen Beziehungsformen ergänzen.

2.1 Charakteristik der Arbeitsbeziehung: Zwischen Engagement und distanzierter Beobachten

Der Terminus Arbeitsbeziehung bzw. Arbeitsbündnis meint in der Psychoanalyse eine Ebene eines prinzipiellen Konsenses zwischen Therapeut und Patient über Ziele und Methoden der therapeutischen Arbeit. Diese Ebene wird in der Regel als eine die gesamte weitere Therapie tragende, stabile Beziehung gesehen, welche auch das Durchstehen schwieriger und konflikthafter Situationen erlaubt. Der Therapeut rekurriert dabei auf jene Aspekte des konfliktfreien, unneurotischen Ichs des Patienten, die es gestatten, daß der Patient trotz des in der Übertragungsneurose mobilisierten Affektdrucks immer wieder zu einer für die Selbstreflexion nötigen Distanznahme einerseits und zu einer Vertrauenshaltung gegenüber dem Therapeuten andererseits fähig ist. Diese in die Arbeitsbeziehung eingehenden Aspekte des Patienten sind es, die trotz aller vorübergehenden Irritation die Kontinuität der Arbeit ermöglichen (Greenson 1975, 202ff; Mertens 1991, 151; Körner 1993, 309).

Dort wurde die Arbeitsbeziehung ganz über die Position des Patienten beschrieben. Bei dem Ansatz des vorliegenden Buches soll jedoch die Definition der jeweiligen Beziehung, der Arbeitsbeziehung wie der anderen Beziehungsformen, in erster Linie von seiten des Therapeuten aus erfolgen. Mit welcher Einstellung bzw. aus welcher Rollenposition und mit welcher Suchhaltung tritt hier der Therapeut dem Patienten gegenüber? Dies soll die jeweils leitende Frage sein.

Die Rolle des Therapeuten in der Arbeitsbeziehung besteht aus zwei sehr unterschiedlichen Komponenten, die aber aus therapeutischen Gründen in einem Aufeinander-Bezogen sein zu sehen sind. Diese beiden Komponenten sind als die mütterliche und die väterliche Haltung, als die Technik der haltgewährenden, korrigierenden Erfahrung und die Technik des Deutens polarisiert worden (Cremierus 1979). Sie dürfen jedoch im konkreten Vollzug der Therapie nicht auseinanderfallen. Manches was im folgenden über die Arbeitsbeziehung zu sagen sein wird, mag sich in seiner Bedeutung vielleicht erst nach der Lektüre der Kapitel über die anderen Beziehungsformen erschließen. Aus systematischen Gründen schien es aber sinnvoll, das Kapitel über die Arbeitsbeziehung voranzustellen.

2.1.1 Die fördernde Haltung

Diese haltgebende, den Patienten ermutigende und ihn zur therapeutischen Arbeit motivierende Komponente realisiert sich in der Arbeitsbeziehung in einem unausdrücklichen und unspezifischen Sinne. Eher indirekt und weitgehend auch nicht-

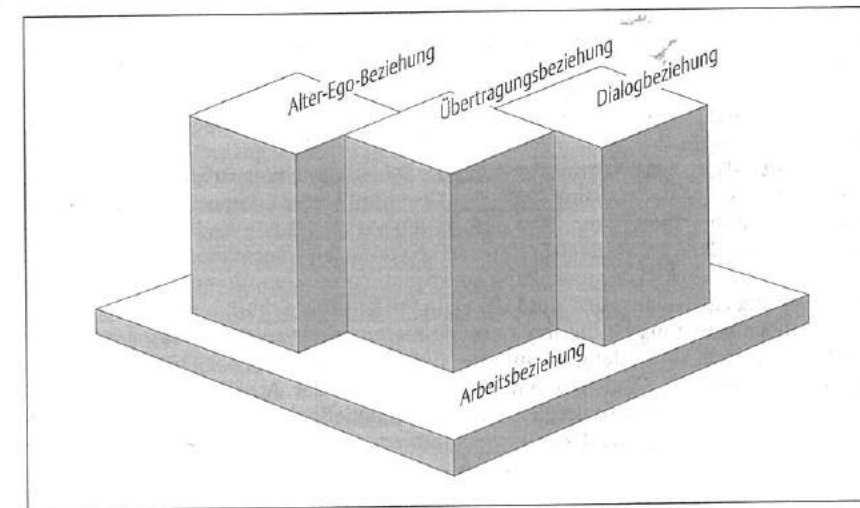


Abb. 3 Die Beziehungskonzepte.

Die Arbeitsbeziehung ist die gemeinsame Basis der anderen drei Beziehungsformen. Diese sind im praktischen Vollzug in typischer Weise (therapeutisches Oszillieren zwischen den Beziehungsformen) miteinander verschränkt.

sprachlich macht der Therapeut durch seine Zugewandtheit, gestisch und mimisch, sowie durch die anteilnehmende Art seiner Interventionen dem Patienten deutlich, daß er ihm mit Wohlwollen begegnet und Interesse an seiner Entwicklung hat. Ein darüber hinausgehendes Vorgehen, nämlich direkt bestätigende, Solidarität bekundende und ermutigende Interventionen, ist Aufgabe der anderen Beziehungsformen, vor allem der Dialogbeziehung.

Aus diesem Hinweis ergibt sich, daß die Arbeitsbeziehung nicht als eine eigenständige Beziehungsform anzusehen ist, die etwa in einer Ergänzungsreihe zu den anderen hier dargestellten drei Beziehungsformen, der Alter-Ego-Beziehung, der Übertragungsbeziehung und der Dialogbeziehung, stünde. Vielmehr ist die Arbeitsbeziehung eine Art gemeinsamer Hintergrund dieser drei Beziehungsformen, von dem ausgehend der Therapeut dann jeweils eine spezifische Rolle und dementsprechende Suchhaltung einnimmt.

2.1.2 Die beobachtende Haltung

Auch bei einer anderen Komponente der Arbeitsbeziehung zeigt sich, daß diese nur einen bestimmten Aspekt therapeutischer Tätigkeit darstellt. Gemeint ist die beobachtende, vergleichende und schlußfolgernde Haltung des Therapeuten. Auch hier besteht zu den anderen Beziehungsformen keine kategoriale Differenz; das Verhältnis der Arbeitsbeziehung zu ihnen ist eher als ein Kontinuum zu denken, bei dem der Therapeut mal mehr auf dem einen und mal mehr auf dem anderen Pol dieses Kontinuums arbeitet (s. auch König 1991, 46). Die Erkenntnisleistung des Therapeuten ist nämlich ein mehrstufiger Prozeß (Mertens 1990, II, 41ff). Ihre Basis oder, um im Bild zu bleiben, der andere Pol ist das intuitive Erfühlen, das empathische Erahnen der Wünsche, Affekte, Neigungen und der unausgesprochenen Phantasien des Patienten

Hierzu gehört auch das Erspüren der eigenen Gefühle und Phantasien (Gegenübertragung). Auf einer sehr basalen (regressiven) Ebene dieses intuitiven Erspürens kann dann unter Umständen allerdings die Grenze zwischen der Wahrnehmung des anderen (des Objektes) und der emotionalen Reaktion auf diesen zunächst nicht mehr scharf zu ziehen sein.

In der *Alter-Ego*-, der *Übertragungs*- und der *Dialog-Beziehung* spielt dieses intuitive Erfassen jeweils eine bedeutsame Rolle. Der Gegenpol dieser Erkenntnisleistung ist typisch für die Arbeitsbeziehung. Hier erfolgt die vergleichende und schlußfolgernde Analyse der aus den drei Beziehungsformen gewonnenen Informationen und Einsichten auf dem Hintergrund der jeweiligen neurosentheoretischen Vorannahmen. Die Arbeitsbeziehung ist also der „Ort“ des kritischen Prüfens und Schlußfolgerns.

Die Arbeitsbeziehung ist die umgreifende Klammer der später zu beschreibenden Beziehungsformen. Sie ist der gemeinsame Hintergrund, auf den der Therapeut immer wieder rekurriert, um Eindrücke und Einsichten aus der Arbeit auf diesen Beziehungsebenen miteinander zu vergleichen, um so schließlich zu einem diagnostischen Urteil und einer umfassenden Deutung zu kommen.

2.2 Die Funktion der Arbeitsbeziehung

Die Aufgabe der Arbeitsbeziehung besteht in einer kognitiven, d.h. vergleichenden und zuordnenden Bearbeitung des auf den drei Beziehungsebenen intuitiv-einfühlend wie verstehend gewonnenen „Materials“. Aufgrund seiner neurosentheoretischen Vorannahmen einerseits und der Informationen über den Patienten (aus anamnestischem Bericht und Beobachtung) andererseits entwirft der Therapeut ein hypothetisches Modell. Hier macht er vorläufige Aussagen zur Persönlichkeitsstruktur, zum Grundkonflikt und zu der zur Zeit für den Patienten vorherrschenden Thematik. Von diesem Vorverständnis ausgehend, versucht der Therapeut, die Angaben des Patienten auf ihren latenten Sinn hin zu erfassen. Dieses Vorwissen soll das Bemühen um eine intuitive Einfühlung in den Patienten zielgerichteter werden lassen. Einschränkend ist allerdings zu sagen, daß die Bedeutung der Hypothesenbildung für das verstehende Erfassen von Sinn nur eine indirekte ist. Das zur Deutung führende Verstehen hat meist viel unmittelbarere, eher intuitive Quellen (Lorenzer 1976, 61ff. Näheres dazu auch in Kap. 3).

Die Erfahrungen des Therapeuten, z.B. in der *Alter-Ego-Beziehung*, werden manche Aspekte seiner Hypothesenbildung bestätigen, bei anderen wird sich eine Unstimmigkeit ergeben. So kehrt der Therapeut aus der *Alter-Ego-Beziehung* wieder zur Arbeitsbeziehung zurück, um diese Unstimmigkeit zu untersuchen und die Erfahrungen mit seinen Erwägungen und bisherigen Konzepten abzugleichen, was eine Korrektur des Vorverständnisses bzw. der ursprünglichen Hypothese bedeutet. Mit dem so korrigierten Vorverständnis wird der Therapeut erneut versuchen, den Patienten nun noch präziser zu verstehen.

Der hier dargestellte „hermeneutische Zirkel“ beschreibt also auch das Verhältnis der Arbeitsbeziehung zu den anderen drei Beziehungsformen. Er ist der Kreisgang, der von einem theoriegeleiteten wie auch lebenspraktischen Vorwissen, durch das überhaupt erst eine bestimmte Aufmerksamkeitszentrierung und Suchhaltung möglich wird, seinen Ausgang nimmt und von den praktischen Erfahrungen eines einführenden Verstehens auf dieses Vorwissen zurückwirkt.

Seitens des Patienten läuft ein Prozeß in analoger Weise ab. Auch er muß zwischen einer (selbst-) beobachtenden und einer eher regressiv-erlebnishaften Haltung oszillieren. Dies wurde *Ich-Spaltung* genannt (Sterba, 1934), wobei aber zu beachten ist, daß diese Ich-Spaltung kein gleichzeitiges, sondern ein sukzessives Geschehen ist.

Durch diesen Vorgang versucht der Patient, sich selbst (mit Unterstützung des Therapeuten) jeweils aus einer bestimmten Sinnperspektive zu verstehen. Dieses Verstehen ändert wiederum, fast unmerklich, diese Perspektive.

Wenn das Verstehen auf einer bestimmten Ebene zum Stillstand kommt, der Patient auf der Stelle tritt, muß der Therapeut aus der objektivierenden Distanznahme der Arbeitsbeziehung die Indikation für den Wechsel der Beziehungsform stellen. Wenn der Therapeut sich entscheidet, direkt auf der Ebene der Arbeitsbeziehung zu intervenieren, bedeutet dies die Aufforderung an den Patienten, zu sich selbst in Distanz zu treten und aus dem Modus des kausalen oder intentionalen Erklärens sich selbst zum Objekt der Beurteilung zu machen (Körner 1985, 87), um so von einem geänderten Vorverständnis auch wieder neue Sinngehalte erschließen zu können. Dieses Oszillieren zwischen unterschiedlichen Erkenntnis- und Beziehungsebenen, diese immer wieder erneute Inblicknahme eines Konfliktthemas aus je verschiedenen Perspektiven wird in der Psychoanalyse *Durcharbeiten* genannt (Mertens 1991, III, 91).

2.3 Leitlinien der Arbeitsbeziehung

Die Arbeitsbeziehung als Rahmen und Hintergrund der gesamten Therapie ist durch Prinzipien charakterisiert, die sich aus der Verpflichtung ableiten, welche der Therapeut beim Arbeitsbündnis eingeht, nämlich seine Kompetenz und sein Engagement dem Patienten zur Verfügung zu stellen. Seine Aufgabe besteht grundsätzlich auch darin, die beiden Pole der Arbeitsbeziehung, die stützende und die verobjektivierende Haltung, die „mütterliche“ und die „väterliche“ Einstellung zu einer Einheit zusammenzuführen, wobei im Einzelfall natürlich eine unterschiedliche Akzentuierung dieser Pole erfolgen kann.

2.3.1 Die haltgewährende Zuwendung

Das Interesse und die Zuwendung, die der Therapeut dem Patienten gegenüber zu erkennen gibt, sein grundsätzliches Wohlwollen und Engagement haben für den Patienten auch eine haltgebende und motivierende Funktion. In dem Begriff des *Arbeitsbündnisses* kommt schließlich das Sich-Solidarisieren des Therapeuten mit den Entwicklungszielen des Patienten zum Ausdruck. Dieses stützende wie Ressourcen mobilisierende Moment ist besonders in einer zeitlich limitierten Psychotherapie wichtig. In den verschiedenen Psychotherapieschulen ist unter verschiedenen Begriffen auf die Notwendigkeit einer solchen therapeutischen Haltung hingewiesen worden. Rogers (1957) sprach von dem *bedingungslosen Akzeptieren* und dem sich sorgenden Engagement als einem der drei Grundmerkmale der Therapie. Dührssen (1988, 24) wies auf die Notwendigkeit der anteilnehmenden Bestätigung und der verstehenden Zustimmung hin. Bei Luborsky (1988, 49) spielt der Begriff der *hilfreichen Beziehung*, die durch entsprechende Interventionen zu realisieren sei, eine wichtige Rolle. Strupp und Binder (1993, 69) betonten die Wichtigkeit einer therapeutischen Haltung

des Respekts, des Interesses und der *aktiven und bejahenden Zuwendung*. Durch den Einfluß der *Ich-Psychologie*, der *Objektbeziehungs-Theorie* und der *Selbst-Psychologie* hat diese Position in der Psychoanalyse zunehmend Beachtung gefunden. Für die Behandlung schwer gestörter Patienten sind die Konzepte der „diätrophischen Haltung“ von Spitz, der „holding function“ nach Winnicott und des „container contained“ von Bion erstellt worden.

Diese letztgenannten Konzepte gehen über eine allgemein bejahende Grundhaltung hinaus im Sinne einer sehr ausdrücklichen und spezifischen Stützung oder Förderung der Bewältigungskompetenz. Hierauf wird im Kapitel über die Dialog-Beziehung (Kap. 5) noch eingegangen. Solchen Konzepten wurde auch kassenrechtlich in den Psychotherapierichtlinien mit der Position der „niederfrequenten Therapie in einer längerfristigen haltgebenden therapeutischen Beziehung“ entsprochen (Faber u. Haarstrick 1989, 40). Die Stützung des Patienten ist neben der Kongruenz und Authentizität des um Verstehen und Verständigung bemühten Therapeuten (s. Kap. 5) ein Moment des Konzeptes der *korrigierenden emotionalen Erfahrung*. Dieses in Umrissen schon von Ferenczi und Rank angedeutete (1924, 55ff) und sodann von Alexand und French (1946, 66ff) weiter ausgeführte Konzept wird oft als ein Wirkprinzip psychoanalytisch orientierter Therapie dem der Einsichtsvermittlung entgegengestellt (Cremerius 1979). Für eine zeitlich limitierte Therapie ist die stete Berücksichtigung dieses Wirkprinzips unabdingbar. Die Korrektur von Erlebnismustern durch aktuelle Erfahrungen trägt durch die Unmittelbarkeit ihrer Wirkung auch dazu bei, das Vertrauen in die eigene Kompetenz zur Bewältigung von Beziehungssituationen zu stärken.

Auch in der „klassischen“ Psychoanalyse gibt es übrigens in einem ganz allgemeinen Sinne haltgebende bzw. stützende Elemente. Sie bestehen in der Stetigkeit der Zuwendung des Therapeuten, in seiner Verlässlichkeit über lange Jahre und natürlich in seinem lebendigen Interesse an den Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten.

2.3.2 Die Abstinenz

Das Abstinenzgebot leitet sich aus der Grundverpflichtung ab, die therapeutische Arbeit in den Dienst am Patienten zu stellen, also eigene Intentionen und Neigungen stets darauf hin zu befragen, ob sie diesem Ziel dienen. In seinen groben Umrissen dürfte dieses Gebot heute zu den Selbstverständlichkeiten gehören. Es gibt jedoch zuweilen subtile Formen des Verstoßes, die zu beachten, keinesfalls immer leicht fällt.

Die narzißtische Freude an der glanzvollen Deutung kann zu einem solchen Verstoß werden, wenn die Möglichkeiten des Patienten, eine solche Deutung in konstruktiver Weise zu verwenden, nicht mehr beachtet werden. Gleiches gilt, wenn der Therapeut die Bewältigung eigener Ängste und Konflikte (z.B. Trennungsängste) an den Patienten delegiert und so bei diesem zumindest indirekt auf die Trennung vom Lebenspartner hinarbeitet, oder wenn er den selbst vermiedenen Elternprotest beim Patienten realisiert sehen will. Auch ein „Auskosten“ einer bestimmten Beziehungs- bzw. Rollenposition, z.B. ein zu langes Verbleiben in der Position des *nur guten Selbstobjektes* (in der Alter-Ego-Beziehung), das natürlich nie Aggressionen auf sich zieht, kann ein Nichtbeachten des Abstinenzprinzips sein.

Allerdings kann in dem entschiedenen Willen zu einer solchen Beachtung auch eine Gefahr liegen: Der Therapeut mit dem Pokerface, der beschlossen hat, sich selbst möglichst gar nicht mehr zu verhalten und in völliger Untangierbarkeit und Aspontheit verharret. Aus diesem Grund ist das Abstinenzprinzip eher dynamisch als statisch zu sehen; der Therapeut darf durchaus temporär sich in seinem narzißtischen Vergnügen an dieser oder jener Intervention ergehen und auch einmal spontan eine Reaktion der Zustimmung oder Ablehnung zeigen (seine Gegenübertragung ein Stückweit „agieren“), aber er muß sich immer wieder daraus zurückholen können und zur ständigen Selbstkorrektur fähig bleiben.

2.3.3 Neutralität

Das heute ebenfalls allgemein anerkannte Neutralitätsgebot (in der Gesprächspsychotherapie etwa ursprünglich unter dem Terminus der „Non-Direktivität“ konzeptualisiert) besagt, daß der Therapeut sich der Beeinflussung des Patienten enthalten solle und deshalb nicht vorschnell z.B. gegen dessen Ehepartner Partei ergreifen oder den Patienten in dieser oder jener Intention unterstützen, sich mit diesem oder jenem Bedürfnis des Patienten solidarisieren soll. Der Therapeut soll vielmehr – nach A. Freud – eine Äquidistanz zu Über-Ich und Es des Patienten einnehmen (zit. n. Mertens 1993, 15), also sich weder mit den rigiden Moralvorstellungen des Patienten verbünden noch sich zum Anwalt seiner Triebbedürfnisse machen.

Allerdings ergibt sich hier eine Gefahr (vergleichbar mit der beim Abstinenzprinzip besprochenen): Der Therapeut, der in scheinbarer Indifferenz verharrend wie erstarrt erscheint, dem nie ein zustimmendes Kopfnicken, nie ein Ausdruck der Freude am Erfolg des Patienten, nie ein Zeichen eines empathischen und bejahenden Verstehens zu entlocken ist, aus Angst, unkontrolliert den Patienten in einer bestimmten Tendenz zu bestärken. Diesem Zerrbild eines Therapeuten liegt ein Mißverständnis des Neutralitätsgebotes zugrunde. Das Mißverständnis besteht in der Auffassung der Äquidistanz als einer durchgehend, während des gesamten Therapieprozesses gleichförmig zu realisierenden Konstanten. Die Äquidistanz ist aber nicht als eine in jedem Augenblick unabänderlich durchzuhaltende Einstellung zu verstehen. Die Äquidistanz ist lediglich für das Gesamt des Therapieprozesses zu verwirklichen, d.h. der Therapeut muß im Auge behalten, daß im Laufe des Therapieprozesses der Patient seinen Grundkonflikt nicht in einseitiger, d.h. neurotischer Weise löst, sondern auf eine Weise, daß die beteiligten „Konfliktparteien“ in angemessenem Maße zu Wort kommen. Die verschiedenen Bedürfnisse und Ansprüche des Patienten sollen also gegeneinander zum Austrag kommen und miteinander abgeglichen werden. Erst indem sich der Therapeut verständnisvoll-einfühlsam mal dieser und mal jener „Instanz“ zuwendet, erst indem er sich temporär ebenso triebfreundlich wie aber auch Über-Ich-freundlich zeigt und sich den regressiven Phantasien des Patienten ebenso einfühlsam zuwendet wie seinen progressiven Ich-Leistungen, kann der Patient seinen Konflikt in einer ihm angemessenen Weise lösen.

Das Neutralitätsprinzip schließt also keineswegs eine Haltung aus, in der sich der Therapeut insgesamt als der „Anwalt“ des Patienten betrachtet. Jedoch ist er darauf aus, dies nicht in einer kurzschlüssigen und vordergründigen Weise zu sein.

2.3.4 Beobachten, Analysieren, Interpretieren

Die eigentliche Erkenntnisleistung des Therapeuten ist ein komplexer und vielschichtiger Prozeß. In der Arbeitsbeziehung kommt vor allem jener Aspekt dieses Prozesses zur Geltung, bei dem es um die nüchtern-vergleichende Beobachtung, die rationale Analyse und die erklärende Deutung dieses Prozesses geht.

Mit einer gewissen Vereinfachung kann man (entsprechend der *Semantik-Theorie*, Kindt 1997, 36) zwei Ebenen der Repräsentation eines Sachverhaltes unterscheiden, die Ebene des diskursiven, begrifflichen Denkens und die Ebene, auf der die Sachverhalte eher bildhaft-imaginativ repräsentiert sind. Man könnte bei der letztgenannten Ebene auch von einer Art Bilddenken sprechen im Gegensatz zu einem Denken, das mit abstrakten Symbolen operiert. In der Arbeitsbeziehung bewegt sich der Therapeut auf dieser letztgenannten Ebene. Damit wird aber nicht nur der Sachverhalt „Patient“ beim Therapeuten in einer bestimmten Weise repräsentiert, sondern seine Rolle bekommt ein entsprechendes Gepräge und damit seine Beziehung zum Patienten. Der Therapeut steht dem Patienten als Außenbeobachter gegenüber, der Patient ist ihm quasi Objekt wissenschaftlich-distanzierter Betrachtung. Ist der Therapeut innerhalb der anderen Beziehungsformen gefordert, sich ein Stück weit auch primärprozeßhaften Denkabläufen und damit seinen intuitiven Fähigkeiten zu überlassen, so findet er hierzu auf der Ebene der Arbeitsbeziehung das gewissermaßen sekundärprozeßhafte Korrektiv. Diesem spezifischen Aspekt der therapeutischen Erkenntnisleistung in der Arbeitsbeziehung entspricht auch eine bestimmte Form der Kommunikation dieser Erkenntnis, d.h. eine bestimmte Form des Intervenierens. Dies sind Interventionen wie das *klärende Fragen* und das *konfrontierende Hinweisen* sowie die erklärende, vor allem *genetische Deutung*. Sie werden im folgenden näher beschrieben.

2.4 Die Praxis der Arbeitsbeziehung

Die überprüfende, vergleichende und schlußfolgernde Tätigkeit des Therapeuten in der Arbeitsbeziehung ist ein wichtiges Korrektiv für die Einstellung wie für die Interventionen in den anderen Beziehungsformen. Damit der Therapeut sich nicht zu sehr in die Identifizierung mit seinem Patienten (bzw. in der Funktion des Selbstobjektes) auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung verliert, kehrt er jeweils kurzzeitig in die Arbeitsbeziehung zurück. So kann er sich jeweils auch von dem Druck der Erwartungen des Patienten in der Übertragungsbeziehung und von dem Sog der Gegenübertragung in der Dialogbeziehung befreien. Dabei stellt er sich Fragen wie: Welcher Aspekt des Grundkonfliktes zeigt sich in dieser Äußerung des Patienten? Auf welches latente Thema, auf welches Bedürfnis, auf welchen Beziehungskonflikt scheint das vom Patienten direkt angesprochene Thema hinzuweisen? Welche Rolle hat der Patient unbewußt mit dem eben gezeigten Verhalten mir zugewiesen? Was erlebe ich in bezug auf den Patienten und wie könnte dieses Erleben mit den Beziehungserwartungen des Patienten korrelieren? Um solche Fragen zu klären, muß sich der Therapeut kurzfristig aus der Haltung zurückziehen, welche die anderen Beziehungsformen ihm nahegelegt haben, und er wird sodann mit neuen Orientierungsvorgaben wieder dorthin zurück-zuschwingen.

Der Therapeut kann auf der Ebene der Arbeitsbeziehung auch unmittelbar intervenieren. Solche Interventionen sind bezeichnend für die Position des interessierten, aber eher distanzierten Beobachters. Es sind Interventionen im Modus des explorie-

renden Fragens oder des Erklärens, und sie sind, vor allem verglichen mit Interventionen auf anderen Beziehungsebenen, eher versachlichend und wenig erlebnisnah.

Greenson (1975, 116ff) hatte bei der Deutungsarbeit drei verschiedene Schritte unterschieden: die Konfrontation, die Klärung und die Deutung. Diesen Schritten entsprechen in der Arbeitsbeziehung im wesentlichen folgende Interventionen.

2.4.1 Das konfrontierende Hinweisen

Hier macht der Therapeut den Patienten auf bestimmte Verhaltensweisen aufmerksam, die zu dem situativen Gesamtkontext mehr oder weniger kontrastieren:

„Immer wenn wir das Thema ‚Vater‘ berühren, werden Sie ganz einsilbig und sitzen wie erstarrt in Ihrem Stuhl.“

Durch diesen Hinweis auf das Körpersprachliche als Ausdruck einer vermutlich zum Teil noch unbewußten Konfliktodynamik versucht der Therapeut, den Patienten zunächst zu einer Auseinandersetzung mit dem manifesten Aspekten dieses Themas anzuregen. Was bedeutet für ihn das Thema ‚Vater‘? Welche konkreten Schwierigkeiten hat er möglicherweise mit seinem realen Vater?

Häufig wird in solchen Interventionen auch der Patient mit Widersprüchen zwischen verbalem und non-verbalem Verhalten konfrontiert (Tscheulin 1992, 129ff):

„Das ist doch eigentlich eine eher traurige Geschichte, aber Sie erzählen das so ganz gelassen, fast amüsiert.“

Dieser Hinweis auf den Widerspruch zwischen unterschiedlichen Mitteilungsebenen impliziert auch eine Widerstandsdeutung, es wird auf die Tatsache wie auf den Modus (das Wie) des Widerstandes, nämlich die Affektisolierung, hingewiesen.

Im Unterschied zu den Konfrontationen, wie sie auch aus der Dialogbeziehung heraus erfolgen (s. Kap. 5), bleibt hier der Therapeut in Distanz, er macht seine persönliche Reaktion auf das Verhalten des Patienten nicht deutlich.

2.4.2 Das klärende Fragen

Hier wird meist nach den verschiedenen Aspekten der Biographie des Patienten gefragt. Häufig beziehen sich solche Fragen auf den Zusammenhang von biographischen Ereignissen bzw. einer bestimmten Lebenssituation mit dem Erleben des Patienten:

„Was hatte Ihre Mutter zu Ihnen genau gesagt, als Sie so wütend wurden?“

„Waren Ihre Ängste weniger stark, als Sie Ihren Freund kennenlernten?“

„Als Sie wegen Ihrer Partnerschaft damals in einer so schweren Krise waren, war Ihnen da der Beruf eine wichtige Stütze?“

Mit solchen Fragen wird versucht, einen Zusammenhang zwischen einer „inneren“ und einer „äußeren“ Situation zu erkunden. Dabei ist der Therapeut aber, anders als bei der analogen Intervention „konkretisierendes Hinweisen“ in der Alter-Ego-Beziehung (s. Kap. 3), stärker an Informationen interessiert, die ihm eine Diagnose z.B. hinsichtlich der Ich-Stärke und der Bewältigungsmuster ermöglichen und das Rekonstruieren eines umfassenden Lebenszusammenhanges gestatten. Natürlich sollen solche Fragen auch den Patienten anregen, sich mit Aspekten seiner Entwicklung zu beschäftigen. Er soll motiviert werden, sich mit Einzelheiten seiner Lebenssituation auseinanderzusetzen, um etwa Auslöser für typische Reaktionsweisen zu entdecken.

2.4.3 Das erklärende Deuten

Hier ist ein Deuten gemeint, in dem nicht ein Sinnzusammenhang, sondern ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang aufgewiesen wird. Diese „Ursache“ eines bestimmten Verhaltens oder einer Einstellung wird dabei als außerhalb eines erlebbaren Sinnzusammenhanges stehend gesehen. Solche Ursache-Wirkung-Zusammenhänge erscheinen im erklärenden Modus wie ein naturwüchsiges Phänomen, dem gegenüber der Patient in der Position eines Opfers erscheint. Prototyp einer solchen Erklärung sind bestimmte *genetische Deutungen*. Hier werden Kindheitserfahrungen bzw. frühe Lebensereignisse wie alles weitere determinierende und damit hinreichend erklärende Ursachen behandelt:

„Weil Sie früher von Ihrem Vater immer so gedemütigt wurden, können Sie jetzt nicht mehr an sich selber glauben und müssen allen Menschen mit Haß begegnen.“

Weil hier der Patient nicht (wie in der verstehenden Deutung) in seiner Subjekthaftigkeit angesprochen, sondern als Objekt der Handlungen anderer bzw. eines „Lebensschicksals“ gesehen wird, wirken solche Deutungen für den Patienten manchmal entlastend und exkulpierend. Das Ziel der Psychotherapie besteht freilich darin, daß sich der Patient zunehmend als Subjekt seines Schicksals, als der Urheber seiner Handlungen verstehen kann. Deswegen sollten Deutungen im Modus der Kausalerklärung auch eher selten, d.h. nur bei besonderer Indikation gegeben werden.

Eine Deutung im erklärenden Modus ist auch die sogenannte *intentionale Erklärung* (Körner 1985, 58ff). Da es hierbei aber um ein Motivverstehen geht, also um die Deutung einer Absicht, einer Zielsetzung, kann man diesen Deutungstyp auch leicht in einen verstehenden Modus umformulieren, wie später noch (s. Kap. 3) gezeigt wird. Da der Gegenstand solcher Deutung aber meist ein *unbewußtes* Motiv ist, das sich definitionsgemäß dem unmittelbar verstehenden Zugang des Patienten entzieht und so von seiner stellungnehmenden Einflußnahme ausgeschlossen ist, erscheint es zunächst plausibel, es wie die rückwirkende Ursache eines zielgesteuerten Naturprozesses zu behandeln, d.h. teleologisch oder eben intentional zu erklären. Dies sollen folgende Fall-Skizzen veranschaulichen.

Ein 24-jähriger Student hatte erzählt, daß er sich von seiner Freundin überreden ließ, auf eine Party zu gehen, wo er sich dann, was ihm anschließend sehr peinlich gewesen sei, sehr „ungeschickt“ verhalten habe. Hier deutet der Therapeut:

„Sie verhielten sich so ungeschickt, weil Sie eigentlich gar nicht zu der Party wollten und sich insgeheim darüber ärgerten, daß Sie sich doch dazu überreden ließen.“

Ein anderes Beispiel:

Eine 28-jährige Schauspielerin litt seit zwei Jahren unter ausgeprägter Agoraphobie mit Panikattacken, wodurch sie in sehr massiver Weise von ihrer lebensstüchtigen und dominanten Mutter abhängig geworden war, zu der sie eine sehr ambivalente Beziehung hatte. Die Angstsymptome waren erstmalig während einer Mahlzeit in einem Restaurant aufgetreten, zu der sich die Patientin mit ihrem damaligen Liebhaber, dem Regisseur, sowie dessen Ehefrau und einer weiteren Kollegin getroffen hatte. Nachdem die Patientin auf Befragen angedeutet hatte, daß ihr diese Situation damals ziemlich unangenehm war, deutet der Therapeut:

„Weil Sie sich in dieser Situation so unterlegen und zurückgestellt fühlten, wollten Sie durch die Panikattacke die Aufmerksamkeit aller erzwingen.“

Das Problem solcher Deutungen besteht oft darin, daß das als eigentlich unbewußt konzipierte Motiv (z.B. die Aufmerksamkeit der anderen auf sich zu ziehen) in der Formulierung wie eine bewußte Absicht erscheint. Dies muß die Patientin als kränkende Unterstellung empfinden und ruft, fast möchte man sagen berechtigterweise, ihren Widerstand hervor. Deshalb erfordern solche Deutungen eine lange Vorarbeit, in der die Über-Ich-Gebote gemildert, die Beziehung zum eigenen Ich-Ideal flexibler und auch in anderer Hinsicht die Möglichkeiten für das Anerkennen unbewußt wirksamer Motive geschaffen werden. Eine intentionale Erklärung ist dann oft eher das abschließende Resümee einer in viele Verstehensschritte aufgegliederten Deutungsarbeit mit dem Ziel, die geleistete Arbeit auf eine einprägsame, zusammenfassende Formel zu bringen.

2.5 Widerstandsanalyse in der Arbeitsbeziehung

Das Analysieren von Widerstandsphänomenen (nicht ihr Deuten) ist Aufgabe der Arbeitsbeziehung. Zwar spürt der Therapeut etwa in der Übertragungsbeziehung oder in der Dialogbeziehung das Wirksamwerden des Widerstandes, aber die diagnostische Beurteilung der Art und der Motive des Widerstandes erfolgt aus der Position des analysierenden Beobachters, also der Arbeitsbeziehung.

Die Bearbeitung von Widerstandsphänomenen (also das entsprechende Intervenieren) kann auf der Ebene einer jeden Beziehungsform geschehen und hat dann jeweils eine spezifische Akzentsetzung. Für die Arbeitsbeziehung ist hier der nüchtern-konstatierende, hinweisende Modus typisch, wie das schon bei der Intervention des „konfrontierenden Hinweisens“ verdeutlicht wurde. Dies wird auch deutlich, wenn etwa im Modus des intentionalen Erklärens das Motiv des Widerstandes und der abgewehrte Impuls angesprochen wird:

„Sie weichen hier aus, weil es Ihnen offenbar unerträglich ist, sich die Haßgefühle gegen Ihren Vater einzugestehen.“

Dieses eher distanzierte, ja manchmal gar kalte Konfrontieren und Diagnostizieren, das in solchen Interventionen zum Ausdruck kommt, ist vermutlich häufig wenig konstruktiv, da es im Patienten Ängste und wiederum Widerstand mobilisiert. Dieser könnte auch in einer scheinbaren Unterwerfung unter die Widerstandsdeutung des Therapeuten bestehen.

Auf der Ebene der Arbeitsbeziehung dürfte die Widerstandsdeutung für den Patienten sehr oft ängstigend und beschämend wirken. Deswegen empfiehlt sich eine Intervention auf dieser Ebene nur angesichts sehr besonderer Konstellationen.

So sehr die Ebene des nüchternen Beobachtens für die Identifikation von Widerstandsphänomenen „im Kopf der Therapeuten“ wichtig sein kann, so ist das Intervenieren aus dieser Position gerade im Fall der Widerstandsanalyse problematisch. Da das Annehmen von Widerstandsdeutungen mit hohen Anforderungen an die Angst- und Spannungstoleranz des Patienten verbunden ist, ist es berechtigt, dieses Annehmen durch Interventionsformen zu erleichtern, wie sie in den folgenden Kapitel beschrieben sind.

2.6 Indikation und Risiken der Arbeitsbeziehung

Bei der Indikationsfrage ist die Unterscheidung zwischen den beiden Komponenten der Arbeitsbeziehung zu berücksichtigen.

Für die stützende und den Konsens mit dem Patienten ermöglichende Komponente stellt sich die Indikationsfrage nicht. Diese stützende und motivierende Komponente ist als eine die gesamte Therapie durchziehende wichtige Grundhaltung des Therapeuten anzusehen. Bei der anderen Komponente ist wiederum zwischen der Erkenntnishaltung des Therapeuten und seinem Handeln, also seinem Intervenieren, zu unterscheiden. Der erste Aspekt, also die Haltung der kritischen Beobachtung und Beurteilung, wird während des gesamten Therapieprozesses eine Rolle spielen, wenn auch nicht in ständig gleicher Intensität, sondern als, je nach therapeutischer Situation, unterschiedlich stark aktualisierter Einstellung.

Eine besondere Aktualisierung dieser Einstellung wird der Therapeut z.B. vornehmen, wenn er das Gefühl hat, daß der Therapieprozeß stagniert, daß der Patient „auf der Stelle tritt“, daß die Interaktion mit dem Patienten für ihn in irgendeiner Weise verwirrend geworden ist und er sich über seine eigene Rollenposition im Unklaren ist oder daß er seine Gegenübertragung nicht mehr richtig unter Kontrolle hat. In solchen Situationen wird der Therapeut versuchen, aus der Position des distanzierten Beobachters wieder den Überblick zurückzugewinnen. Ein zu häufiges und vor allem zu langes Verweilen in dieser Position ist allerdings kontraindiziert. Der Therapeut, der sich dabei ertappt, muß sich fragen, welche Ängste ihn hier beherrschen und welche Art von Gegenübertragungswiderstand vorliegt. Es könnte sein, daß er aus Sorge vor Verlust von Übersicht und Kontrolle nicht voll in die Rolle eines Alter Ego des Patienten einzuschwingen vermag oder daß ihn Übertragungsanspielungen des Patienten so sehr ängstigen, daß er in die Position des scheinbar untangierbaren Außenbeobachters flieht.

Für das Intervenieren auf der Ebene der Arbeitsbeziehung ergibt sich eine eher begrenzte Indikation, da es leicht ein etwas distanziertes und wenig erlebnisintensives Klima schafft. Das klärende Fragen z.B. sollte deshalb öfter im Sinne einer entsprechenden Intervention auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung (Kap. 3) umformuliert werden. Ebenso kann eine dem konfrontierenden Hinweisen analoge Intervention auch aus der Dialogbeziehung (Kap. 5) erfolgen. Solche Interventionen bringen dann weniger die Gefahr mit sich, zu distanzierend und zu intellektualisierend zu wirken.

Da auch genetische Deutungen oder solche vom Typ der kausalen Erklärung immer etwas erlebnisfern operieren und in der Gefahr sind, Widerstände zu provozieren, z.B. ihrerseits das Intellektualisieren fördern können, sollten sie eher selten erfolgen. Nach einer längeren Sequenz des Arbeitens etwa in der Alter-Ego- oder der Übertragungs-Beziehung könnte es jedoch indiziert sein, das Erarbeitete abschließend kognitiv „auf den Punkt zu bringen“ und so z.B. eine genetische Deutung als Resümee zu geben. Diese abschließende Zusammenfassung kann dem Erarbeiteten eine kognitive Prägnanz geben und dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und innerer Kohärenz vermitteln. An einer solch zusammenfassenden Formel können sich dann auch wieder neue Fragen entzünden. Die genetische Deutung oder gar die Rekonstruktion eines umfassenden biographischen Zusammenhanges kann ihrerseits wieder zum Ausgangspunkt für neue Verstehensbemühungen auf den anderen Beziehungsebenen werden.

Seitens mancher Psychoanalytiker sind Einwände gegen das Konzept der Arbeitsbeziehung mit dem Hinweis auf die Gefahr gemacht worden, daß bestimmte Bereiche des Patienten, eben die am Arbeitsbündnis beteiligten, von der konsequenten Übertragungsanalyse ausgenommen werden könnten (Körner 1993, 312). Dieser Einwand betrifft mehr den Bündnis-Aspekt, also die haltgebende Komponente der Arbeitsbeziehung. Er ist hier aber auch unter diesem Aspekt weniger bedeutsam, da in einer Kurztherapie einer konsequenten Übertragungsanalyse ohnehin Grenzen gesetzt sind.

3 Die Alter-Ego-Beziehung

Diese Beziehungsebene ist eng mit Empathie-Konzepten bzw. Theorien der Einfühlung verbunden, die namentlich im deutschen Sprachraum auch außerhalb des psychotherapeutischen Diskurses eine lange Tradition haben (Lipps 1907; Dilthey 1927, VII, 213; Scheler 1923, 112ff).¹ In der Psychotherapie spielt die empathische Einstellung des Therapeuten in jedem Verfahren eine bedeutsame Rolle. Gerade deswegen kommt es darauf an, die Vorgehensweisen, die sich aus solcher Empathie-Haltung ergeben, möglichst konkret zu beschreiben. In der Psychotherapie hat das empathische Verstehen spezifische Merkmale, die dann zu charakteristischen Formen des therapeutischen Interventions führen.

3.1 Charakteristika der Alter-Ego-Beziehung: Die stellvertretende Introspektion

In der Alter-Ego-Beziehung bemüht sich der Therapeut um eine gleichsam identifikatorische Teilhabe am Erleben des Patienten. In einer Art stellvertretender Introspektion (Kohut 1989, 58) erkundet er die innere Welt des Patienten und versucht diesen dazu anzuregen, diese Erkundung mit ihm gemeinsam zu unternehmen. Der Therapeut ist hier bemüht, eine Beziehung zu konstellieren, in der er als das andere Selbst, als eine Art Doppel-Ich des Patienten erscheint. Dabei versucht er, sich ganz in die Innensicht des Patienten zu begeben und sich selbst als Person gewissermaßen auszuklammern. Der Therapeut will hier „die private Welt des Klienten so spüren, als ob es die eigene wäre“, er will also die Sichtweise des Patienten vorübergehend zu seiner eigenen machen und diese in allen Facetten verdeutlichen (Rogers 1973a, 52, 196).

Diese „konkordante Identifizierung“ (Racker 1993, 159) ist durch eine bewusste Absichtlichkeit und zeitliche Begrenztheit gekennzeichnet und unterscheidet sich insofern von dem gleichnamigen, unbewussten Vorgang, wie er seitens der Psychoanalyse beschrieben wurde. Aber auch diese Identifizierung ist nicht nur ein rein intellektueller Akt. Vielmehr versucht der Therapeut, bis zu einem gewissen Grade in das jeweilige Erleben des Patienten einzuschwingen und insofern in eine emotionale Resonanz mit dem vorherrschenden Affekt des Patienten zu gelangen. Ziel ist es dabei, den Erlebnisraum des Patienten auch in seinen unbewussten Anteilen zu erspüren. Hierzu ist eine partielle Regression auch auf Seiten des Therapeuten nötig, so daß dieser auf der Ebene eines sehr elementaren Erlebens mit dem Patienten in Korrespondenz treten kann: „Er [der Therapeut] soll dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden...“ (Freud 1964, VIII, 175).

Die Alter-Ego-Beziehung weicht insofern extrem von der Alltagskommunikation ab, als der Therapeut hier von spontan aufkommenden eigenen Meinungen, Überlegungen und Stellungnahmen ganz absieht. Indem er sich selbst als Beurteilender und

¹ Das schon von Schleiermacher und insbesondere von Dilthey explizierte Konzept des einführenden Verstehens als ein Sich-Hineinversetzen wurde von Gadamer (1975, 236) und Habermas (1979, 227) kritisiert, weil sich auch hier letztlich die Subjekt-Objekt-Spaltung positivistischer Denkungsart durchsetze. Da aber dieses Konzept das Charakteristische der hier gemeinten Verstehensaufgabe auch heute recht instruktiv beschreibt (für alltagsweltliche, positivistisch geprägte Denkgewohnheiten), soll es aus Gründen der Veranschaulichung hier beibehalten werden.

Stellungnehmender zunächst gewissermaßen ausklammert, kann er zum anderen Selbst des Patienten werden.

3.2 Die Funktionen der Alter-Ego-Beziehung

Die Alter-Ego-Beziehung hat durch das dem Patienten vermittelte Erleben von Teilhabe, Mitgefühl und verstehendem Nachvollzug erstens eine stützende, *Ressourcen mobilisierende* Funktion. Sie hat, wenn der Therapeut seine verstehende Teilnahme sehr auf die Affekte fokussiert, zweitens eine *erlebnisaktivierende* Funktion. Sie hat schließlich drittens eine *einsichtsvermittelnde* Wirkung, da die ständige Bezugnahme des Therapeuten auch auf die emotionalen Reaktionen und Bewertungen sowie die jeweiligen Beurteilungen und Sichtweisen des Patienten dessen Auseinandersetzung mit sich selbst anregt.²

3.2.1 Die stützende Funktion der Alter-Ego-Beziehung

Das therapeutische Bemühen, den Patienten zunächst innerhalb des Kontextes seiner zentralen Konzepte und Wertsetzungen zu verstehen und diese Konzepte insofern zu bestätigen, übt eine selbstwertstabilisierende Wirkung aus. Diese „Stärkung des Selbst“ (Wolf 1989, 109) hat für den Behandlungsprozeß insofern eine entscheidende Funktion, als von ihr die Fähigkeit des Patienten abhängt, sich mit seinen konflikthaftern Wünschen und seinen bisher verpönten Gefühlen und Reaktionsweisen auseinanderzusetzen. Man kann also sagen, daß die Stützung des Selbstwerterlebens hier eine Abwehr auflösende Wirkung hat. Denn die Bereitschaft zur Anerkennung von bisher verleugneten Neigungen und Affekten setzt ein bedeutsames Maß an Angst- und Ambivalenztoleranz voraus. Um solche Toleranzfähigkeit zu fördern, ist es wichtig, daß der Therapeut zunächst die vom Selbstkonzept und Selbstideal des Patienten geprägte Perspektive übernimmt. Hierbei bringt dieser zum Ausdruck, das gewissermaßen toleranter und akzeptierendere Selbst des Patienten zu sein und dadurch den Patienten vom Über-Ich-Druck zu entlasten. Durch eine insgesamt bejahende Grundhaltung (Jaspers 1959, 229) wird der Therapeut gleichzeitig zu einem Modell der positiven Selbstannahme und Ambivalenztoleranz.

3.2.2 Die erlebnisaktivierende Funktion der Alter-Ego-Beziehung

Im Vollzug der Alter-Ego-Beziehung ist der Therapeut bemüht, das Erleben des Patienten in möglichst anschaulicher und plastischer Weise zu vergegenwärtigen und so dann (natürlich selektiv) zu verbalisieren. Durch diese intensive Spiegelung des Erlebens kommt es beim Patienten zu einer Wiederbelebung von Affekten. Denn alle Äußerungen des Patienten versucht der Therapeut auf das sie motivierende Gefühl zurückzubeziehen. In diesem Sinne könnte er sagen:

² Hinsichtlich der Ergebnisforschung ist besonders der Vergleich mit Verfahren interessant, die nicht klärungs- bzw. einsichtsorientiert, sondern bewältigungsorientiert ausgerichtet sind, weil in letzter Zeit häufig die begrenzte Reichweite eines weitgehend einsichtsorientierten Vorgehens behauptet wird. Einige neuere Ergebnisse jedoch widersprechen z.B. für die sogenannte Angst- bzw. Panikstörung diesen Behauptungen (Teusch et al. 1997).

„Und das hat Sie damals sehr wütend gemacht.“ „Alles in Ihnen hat sich dagegen empört.“ „Sie wußten gar nicht, wie Sie mit Ihrer ohnmächtigen Wut fertig werden sollten.“ „Dieses innere Aufbäumen, diese unbändige Empörung, die spüren Sie jetzt immer noch, wenn Sie darüber sprechen.“

Durch solche Äußerungen versucht der Therapeut das Affekterleben zu aktivieren und den Patienten anzuregen, sich den Affekt und dessen Verbindung zu verschiedenen Bedürfnissen und Intentionen zu verdeutlichen.

Auch gegenwärtige Emotionen greift der Therapeut auf, dies sogar mit besonderer Betonung. Bei letzteren handelt es sich oft um selbstkonzept-bezogene bzw. selbstreflexive Affekte (Finke 1994, 51) wie Unzufriedenheit, Peinlichkeit, Scham- und Schuldgefühle. Typische Interventionen könnten dann so lauten:

„Daß Ihnen dies passiert ist, da ärgern Sie sich regelrecht über sich selbst.“

Indem der Therapeut solche Gefühle nicht nur wie ein Außenbeobachter diagnostiziert, sondern sie aus einem *Mitvollzug* heraus anspricht, erleichtert er es dem Patienten, sich solche Gefühle zuzugestehen, und sie bewußt wahrzunehmen. Denn die Peinlichkeit, die der Patient empfindet, ist natürlich immer auch die Scham gegenüber dem anderen, einem realen oder einem imaginären. Da in der Alter-Ego-Beziehung dieser andere aber als das verständige und tolerante Selbst des Patienten auftritt, kann sich der Patient diesem belastenden Affekt stellen und sich mit ihm leichter auseinandersetzen.

3.2.3 Die einsichtsvermittelnde Funktion der Alter-Ego-Beziehung

In der Übernahme der Perspektive des Patienten durch den Therapeuten nimmt letzterer immer wieder Bezug auf zentrale Konzepte des Patienten, d.h. er versucht, die Rede des Patienten auf dessen Bewertungen, Normen und selbstkonzept-bezogene Affekte hin zu verstehen (und dies dem Patienten mitzuteilen). Der Therapeut versucht also, in seinen Interventionen einen Zusammenhang herzustellen zwischen dem berichteten Erleben und Verhalten einerseits und der leitenden Perspektive des Patienten andererseits.

Der Therapeut fungiert dabei als eine Art Dolmetscher des inneren Zwiegesprächs des Patienten, indem er mal die eine, dann wieder die andere Front des inneren Konfliktes vertritt. Dadurch wird der Patient angeregt, sich mit seiner eigenen Perspektive und den daraus folgenden Bedeutungszuschreibungen auseinanderzusetzen. Dies bedeutet für ihn auch, sich zentrale Affekte und Intentionen in ihren verschiedenen Facetten zu vergegenwärtigen. In einem Prozeß solcher Auseinandersetzungen wird sich die Perspektive des Patienten zunehmend ändern. Dazu trägt der Therapeut auch unabsichtlich dadurch bei, daß er nicht immer die Perspektive des Patienten in allen Aspekten genau abbildet. Im Sinne von Kohut (1989, 105) könnte man hier von geringen Empathiefehlern sprechen, die aber für die Einsichtsgewinnung des Patienten insofern fruchtbar sind, als der Patient über die Auseinandersetzung mit dem Mißverstehen des Therapeuten seine eigene Perspektive hinterfragt und verdeutlicht.

Im Laufe der Therapie wird der Therapeut auch Teilaspekte seiner eigenen Perspektive ins Spiel bringen. Denn sein Bemühen, die Perspektive bzw. den Erlebensho-

izont des Patienten auszuloten, hat ja auch zum Ziel, diese Perspektive, diesen Horizont zu erweitern und letztlich zu ändern. Insbesondere der Versuch, sich auch in unbewußte Aspekte des Patienten einzufühlen und den Patienten dazu anzuregen, seine Perspektive für die Aufnahme solcher Aspekte zu öffnen, hat seitens des Therapeuten den Rückgriff auf sein fachliches wie lebenspraktisches Vorwissen zur Voraussetzung. Der Therapeut versteht insofern auch aus seiner eigenen Perspektive. Diese ist als der Hintergrund des therapeutischen Verstehens unaufdringlich immer gegenwärtig.

Zwar transzendiert hier der Therapeut die Perspektive des Patienten, aber nicht dermaßen, daß er sich dadurch in eine Kontraposition zum Patienten begäbe. Vielmehr versucht er, die Perspektive des Patienten nur um Teilaspekte seiner eigenen Perspektive zu ergänzen. Durch den Therapieprozeß hat der Patient selber seine ursprüngliche Perspektive in Frage gestellt und erweitert oder gar geändert. Diese Dekonstruktion des bisherigen Selbstverständnisses des Patienten und damit auch der pathologisierenden Mythen (Swildens 1991, 63; Mertens 1996, 115) bedeutet eine Angleichung der Konzepte des Therapeuten und des Patienten. Dabei sollte es nicht so sein, daß der Patient alle Aspekte der Therapeutenperspektive übernimmt, vielmehr erwächst das neue Selbstverständnis des Patienten aus einem Prozeß des ständigen Abgleichens der Sichtweise von Therapeut und Patient. Aus der Auflösung der Selbsttäuschung ergibt sich ein neuer Entwurf der eigenen Geschichte und der eigenen zukunftsgerichteten Möglichkeiten, der nun frei ist von dem Druck angstvoller Abwehr und kompensatorischer Phantasien (Cremerius 1984). Dieser neue Entwurf ist gewissermaßen durch die besondere Art der „Kommunikationsgemeinschaft“ zwischen Therapeut und Patient abgesichert.

Dieser Vorgang bedeutet aber auch ein Überschreiten der Alter-Ego-Beziehung. Die therapeutischen Interventionen werden nun von Elementen anderer Beziehungsformen vor allem der Arbeits- und der Dialog-Beziehung, mitbestimmt, wenn es von der einseitigen Übernahme der Perspektive zu einem Prozeß des Abgleichens und Aushandelns von Sichtweisen im Laufe der Therapie gekommen ist. Aufgabe der Alter-Ego-Beziehung ist es aber auch, gerade solche Prozesse einzuleiten.

3.2.4 Ein Praxisbeispiel

Eine 33jährige Augenärztin sucht wegen einer schweren depressiven Verstimmung die Behandlung auf. Sie berichtet von ihrer Unfähigkeit, sich von ihrem Freund, der sich vor fünf Monaten von ihr trennte, innerlich zu lösen und diese Trennung zu akzeptieren.

P: „Ja, ich habe ihn wieder angerufen, und das Gespräch wurde dann wieder sehr unerfreulich.“

T: „Es war für Sie enttäuschend, also irgendwie hatten Sie immer noch gehofft, daß er Ihnen wieder näherkommen würde.“

P: „Ja, in gewisser Weise schon. Er hatte ja auch immer gesagt, daß wir trotz allem Freunde bleiben sollten.“

T: „Das ist es, was Sie sich immer noch so sehr wünschen, daß er wirklich wieder ganz Ihr Freund, Ihr Vertrauter wird.“

- P: „Ja, sicher. Er sprach ja auch davon, obwohl er es wohl etwas anders meinte. Aber ich sehe das mit der Trennung eigentlich auch gar nicht ein. Es gibt doch keinen wirklichen Grund dafür.“
- T: „Sie haben immer noch ganz stark das Gefühl, daß Sie beide eigentlich zusammengehören.“
- P: „Ja, vor allem wenn man bedenkt, daß es doch wirklich keinen Grund für die Trennung gab. Wir hatten doch früher so wunderschöne Jahre, wo wir uns gegenseitig so viel gegeben haben.“
- T: „Diese Vergangenheit ist noch so ganz lebendig in Ihnen, und sie ist Ihnen etwas ganz Wichtiges.“
- P: „Ja, wir haben uns sehr ergänzt, und es war ein tiefes Gefühl der Verbundenheit. Das kann er doch nicht wirklich alles aufgeben wollen.“
- T: „Er ist Ihnen noch so ganz nah, so als wäre es ein Stück von Ihnen selbst.“
- P: „Ja, genau, und deshalb kann ich es nicht glauben, daß er es wirklich ernst meint mit der Trennung.“
- T: „Diese Trennung ist für Sie etwas so Unvorstellbares, und Sie denken daran, daß er das im Grunde auch so erleben muß.“

Das Thema dieses kurzen Ausschnittes ist seitens der Patientin das Beschwören der gemeinsamen Vergangenheit und der gegenseitigen tiefen Verbundenheit. Damit stellt die Patientin die erfolgte Trennung als eine Art Mißgeschick dar, und sie verleugnet die ernststen Trennungsabsichten ihres Freundes („Das kann er doch nicht wirklich wollen.“). Der Therapeut geht jedoch auf diesen letzteren Aspekt noch nicht ein, sondern greift das von der Patientin ausdrücklich Gesagte auf, indem er das symbiotische Erleben und die Verschmelzungssehnsüchte der Patientin zu verdeutlichen sucht. Indem er dieses Erleben anschaulich nachzubilden und der Patientin zu spiegeln sucht, kann sich die Patientin in ihren Wünschen und Sehnsüchten angenommen fühlen. Gerade das ermöglicht es ihr, sich diese Wünsche in ihrem ganzen Ausmaß, also auch in ihrem illusionären Aspekt, erlebensnah zu vergegenwärtigen. So hofft der Therapeut, daß die Patientin sich mit diesen Wünschen zunehmend kritisch auseinandersetzt und ihr deren Unangemessenheit schließlich deutlich wird. Eine Voraussetzung dafür dürfte die Erfahrung der Patientin sein, in diesen Wünschen vom Therapeuten einführend verstanden zu werden. In dieser kurzen Sequenz kommt diese einsichtsvermittelnde Funktion noch kaum zum Ausdruck. Dagegen wird die haltgebende sowie die erlebnisaktivierende Funktion der Alter-Ego-Beziehung deutlich.

3.2.5 „Verstehen“ ist kein Billigen und kein Bestärken

Der Therapeut hat der Versuchung zu widerstehen, die Haltung der Einfühlung zu verlassen, um seinem „gesunden Menschenverstand“, seiner spontanen Urteilsbildung zu folgen und die Patientin mit der Realitätsverleugnung direkt zu konfrontieren. „Wann wollen Sie denn endlich akzeptieren, daß Ihr Freund sich gegen diese Beziehung entschieden hat?“ mit solchen, eben der Alltagskommunikation entsprechender Redeweisen ist die Patientin seitens ihrer familiären Umgebung schon oft konfrontiert worden. Hiermit wird der Patientin eine Einstellung und auch eine Handlungsbereitschaft nahegelegt, die ihrem Erleben noch ganz widerspricht. Um dies zu ändern, muß die Patientin sich dieses Erleben wieder und wieder in möglichst vielen Facetten vergegenwärtigen. Sie muß einzelne Aspekte dieses Erlebens auf der Folie ihres Selbstbildes und ihres Idealbildes sowie gegenläufiger Bedürfnisse und Intentionen betrachten. Die hierbei auftretenden Widerstände, d.h. die diese bedingende Scham und Angst können gerade durch das Erleben einer identifikatorischen Teilhabe seitens des Therapeuten überwunden werden. Die Erfahrung, daß der Therapeut die „realitätswidrigen“ Verschmelzungswünsche und symbiotischen Sehnsüchte der Patientin nachzuerleben sucht und sie insofern anerkennt, sind eine wichtige Vorbedingung dafür, daß die Patientin sich diese in aller Deutlichkeit zugestehen und sich sodann mit ihnen auseinandersetzen kann.

Gelegentlich wird die Befürchtung geäußert, daß der für die Alter-Ego-Beziehung typische Mitvollzug seitens des Therapeuten bestimmte, z.B. regressive Erlebnisweisen der Patientin verstärken bzw. diesen in einer entsprechenden Einstellung, z.B. eine Opferrolle, fixieren könnte. Dies dürfte jedoch nur dann der Fall sein, wenn der Therapeut solche Erlebnisweisen und Einstellungen selbst gar nicht als problematisch empfindet und den empathischen Mitvollzug noch um eine zumindest indirekt vermittelte Billigung solcher Einstellungen ergänzt. Hier kommt es natürlich sehr auf den Unterschied zwischen Verstehen und Anerkennen auf der einen Seite sowie Billigung und „Befürworten“ auf der anderen an. Anerkennen bedeutet in diesem Zusammenhang nur, daß ein Phänomen als innerpsychisch verständlich hingenommen wird. Ein solches Phänomen kann aber durchaus änderungsbedürftig sein. Billigung bedeutet dagegen immer das Anerkennen der Nicht-Veränderungsbedürftigkeit oder die Bestätigung eines Anspruches, der notfalls auch gegen andere durchzusetzen ist. Die Anerkennung in diesem letztgenannten Sinne ist im Zusammenhang mit der Alter-Ego-Beziehung nicht gemeint.

Unabhängig von diesem Problem ist auch festzuhalten, daß ein Depressiver nicht noch depressiver wird, wenn der Therapeut im Rahmen des einführenden Mitvollzuges intensiv auf seine Symptome eingeht, daß ein Suizidaler nicht zum Suizid getrieben wird, wenn der Therapeut Suizidphantasien sehr empathisch nachzuempfinden sucht (und dieses Nachvollzogene dem Patienten mitteilt). Auch ein Schmerzkranker wird nicht noch vehementer über seine Schmerzen klagen, wenn der Therapeut einfühlend sein Schmerzerleben nachvollzieht. Das Gegenteil ist in der Regel der Fall. Durch die Erfahrung des empathischen Nachvollzuges der eigenen Beschwerden durch einen anderen kann sich der Patient oft erstmalig von diesen Beschwerden distanzieren, kann er, von sich Abstand nehmend, sich mit ihnen auseinandersetzen. Das einfühlende Verstehen ist also kein „Bestärken“.

3.3 Das Konzept der Alter-Ego-Beziehung in den verschiedenen Psychotherapieverfahren

Wenn hier die Bedeutung der Alter-Ego-Beziehung in den Psychotherapieverfahren dargestellt wird, so ist zu bedenken, daß bei den Vertretern dieser Verfahren in diesem Zusammenhang häufig nicht von einem ausdrücklichen Beziehungskonzept die Rede ist, sondern gewissermaßen nur von dem Instrument ihrer Realisierung, der Empathie bzw. dem einführenden Verstehen. Dieses empathische Verstehen ist die Vollzugsweise der Alter-Ego-Beziehung, und wo von ersterem die Rede ist, ist zumindest ansatzweise so etwas wie die Alter-Ego-Beziehung gemeint. Deswegen sollen im folgenden auch Verfahren erwähnt werden, in denen die Alter-Ego-Beziehung nicht detailliert konzeptualisiert wurde.

3.3.1 Die Psychoanalyse

Freud hat gelegentlich eine therapeutische Einstellung beschrieben, die im Sinne einer Alter-Ego-Beziehung verstanden werden kann. Zunächst ist hier die bekannte Spiegelmetapher zu nennen: „Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird.“ (Freud 1964, VIII, 178).

Man könnte dies insofern als einen Hinweis auf die Alter-Ego-Beziehung verstehen, als in der Rolle des Spiegels der Therapeut den Patienten auf sich selbst zurückwirft und nur gewissermaßen das verdeutlichende Echo des Patienten ist. Je unmittelbarer man die Spiegelmetapher nimmt, je mehr legt dies eine Haltung nahe, in der sich der Therapeut als stellungnehmende Person ausklammert und zum „anderen Selbst“ des Patienten wird. Die Formulierung Freuds, wonach der Therapeut dem Patienten „nichts anderes zeigen soll, als was ihm gezeigt wird“, könnte genau dieses meinen. Die Spiegelmetapher kann allerdings auch im Sinne der Rolle eines Außenbeobachters verstanden werden, der den Patienten mit seinen Wahrnehmungen konfrontiert. Da Freud an mehreren Stellen seines Werkes auf die Bedeutung der therapeutischen Empathie hingewiesen hat, dürfte er die Metapher auch im erstgenannten Sinne gemeint haben.

Auch ein anderer berühmter behandlungstechnischer Hinweis Freuds könnte im Sinne einer Alter-Ego-Beziehung gemeint sein, nämlich wenn er sagt, daß der Arzt „dem gebenden Unbewußten des Kranken sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ zuwenden [solle]“, um „aus den ihm mitgeteilten Abkömmlingen des Unbewußten dieses Unbewußte, welches die Einfälle des Kranken determiniert hat, wiederherzustellen“. (Freud 1964, VIII, 175). Hier ist eine intuitive Einfühlung in emotionale Vollzüge und unbewußte Abläufe gemeint und zwar vermutlich auch im Sinne eines affektiven Mitschwingens.

Freud mag es hier allerdings auch um daserspüren der eigenen Resonanz auf den Patienten gegangen sein, in der der Therapeut auf die unbewußten Rollenzuweisungen des Patienten gefühlhaft reagiert.

Ausdrücklich Bezug genommen auf eine Einstellung im Sinne der Alter-Ego-Beziehung hat in den 50er Jahren der Analytiker Racker. Er definierte sie, indem er ihr eine andere Beziehungshaltung gegenüberstellte. Er unterschied im Rückgriff auf eine Formulierung von Helene Deutsch zwischen konkordanter und komplementärer Identifizierung (Racker 1993, 159). Eine konkordante Identifizierung liegt nach Racker vor,

wenn der Analytiker bestimmte Teile seiner Persönlichkeit, z.B. Es, Ich oder Über-Ich, mit den entsprechenden Teilen in der Persönlichkeit des Patienten gleichsetzt, d.h. daß der Analytiker bestimmte Aspekte des Patienten wie seine eigenen erleben kann. In diesem Sinne kann sich der Therapeut fragen: Wie erlebe ich jetzt stellvertretend für den Patienten die Situation? Mit welchen Gefühlen – Scham, Wut, Ärger – nehme ich anstelle des Patienten jetzt zu mir selbst, zu meinem eigenen Verhalten Stellung? Was würde ich jetzt anstelle des Patienten von wichtigen Bezugspersonen erhoffen oder befürchten? Mit solchen Fragen versucht der Therapeut sich in die Sichtweise des Patienten hineinzusetzen. Der Therapeut versucht aus der Perspektive des Patienten zu sehen und zu erleben.

Dieser konkordanten Identifizierung stellt Racker die komplementäre gegenüber. Hier identifiziert der Therapeut sich nicht mit bestimmten Selbstanteilen des Patienten, sondern mit dessen inneren und äußeren Objekten: Wie fühle ich mich jetzt in Gegenwart des Patienten, wie fühle ich mich von ihm behandelt? Wie fühle ich mich, wenn der Patient mir von seiner Ehefrau dieses oder jenes berichtet, und wie muß sich wohl die Ehefrau fühlen, wenn der Patient so mit ihr umgeht? In der komplementären Identifizierung fragt der Therapeut also nach seiner Gegenübertragung, und versucht, sich mit der möglichen Erlebnisweise wichtiger Bezugspersonen des Patienten zu identifizieren. In der komplementären Identifizierung fühlt sich der Therapeut also wie ein Objekt, ein äußeres oder inneres, des Patienten (weshalb man auch von einer objektalen Gegenübertragung im Unterschied zur Selbstobjekt-Gegenübertragung sprechen könnte).

Für Greenson (1975, 378) ist „die Fähigkeit zur Einfühlung eine Grundvoraussetzung“ psychoanalytischer Behandlungspraxis. Sie habe als eine Funktion des erlebenden Ichs die Funktionen des beobachtenden und schlußfolgernden Ichs zu ergänzen bei dem Bemühen, den Patienten zu verstehen und sein Verhalten zutreffend zu interpretieren. Auch bei der Wahl des richtigen Zeitpunktes und der angemessenen Form von Deutungen spiele die Empathie eine wichtige Rolle. Beim Einfühlen wechselt der Therapeut „vom Zuhören von außen über ein Zuhören von innen. Ich muß einen Teil von mir die Patientin werden lassen, und ich muß ihre Erlebnisse durchmachen als wäre ich die Patientin.“ So beschreibt Greenson (1975, 376) recht anschaulich die Alter-Ego-Beziehung. Er betont, daß der Therapeut zwischen einer beobachtenden und einer einführenden Haltung ständig oszillieren müsse.

Innerhalb der Psychoanalyse hat mit besonderer Nachdrücklichkeit Kohut (1989, 248ff) die Bedeutung der Empathie für das therapeutische Vorgehen hervorgehoben. Er sieht in ihr nicht nur ein Instrument zum Erfassen innerpsychischer Vorgänge des Patienten als Voraussetzung der Deutungsarbeit, sondern bereits einen unmittelbaren Wirkfaktor, dem insbesondere bei der Behandlung narzißtisch Gestörter eine entscheidende Bedeutsamkeit zukomme. Denn gerade bei diesen Patienten käme es im besonderen Maße darauf an, ihren „Selbstobjekt-Bedürfnissen“ therapeutischerseits zu entsprechen. Hierunter versteht Kohut das Bedürfnis nach Förderung von Entwicklungen des Selbst durch die bejahende Spiegelung in einem anderen und durch die Identifizierung mit einem idealisierten Anderen. Diese Bedürfnisse mobilisieren nach Kohut eine Selbstobjekt-Übertragung, in der der Patient eine Stärkung des Selbstgefühls und der Selbstregulation durch diesen Anderen (den Therapeuten) sucht. Als Selbstobjekt wird der Therapeut vom Patienten als der idealisierte Andere erlebt, der zugleich Teil des eigenen Selbst geworden ist. Dieses Erleben gründet auf der Sehnsucht nach der Einheit der frühen Mutter-Kind-Symbiose.

Kohut unterscheidet eine

- *Spiegelübertragung*, in der der Patient die Bestätigung seines Selbstwertes sucht,
- *idealisierende Übertragung*, in der es dem Patienten um Anerkennung seiner Idealisierungsbedürfnisse geht,
- *Alter-Ego-Übertragung*, in der es dem Patienten auf das Erleben essentieller Ähnlichkeit ankommt (Kohut 1989, 275ff).

Diesen Übertragungsbedürfnissen sollte der Therapeut mit einer Haltung der Empathie entsprechen oder, so könnte man auch sagen, mit einer Alter-Ego-Gegenübertragung bzw., da Kohut den Begriff der Alter-Ego-Übertragung ja in einem sehr eingegrenzten Sinne gebraucht, mit einer „Selbstobjekt-Gegenübertragung“. Diese Art der Gegenübertragung wäre dann freilich keine spontane und zunächst unbewußte Reaktion des Therapeuten, sondern vielmehr eine absichtsvoll herbeigeführte Einstellung gegenüber dem Patienten. Um aber diese Einstellung therapeutisch wirksam werden zu lassen, wäre es nötig, daß dem Therapeuten ein emotionales Einschwingen in das Erleben des Patienten gelingt, d.h., daß er sich im gewissen Ausmaß regressiven Abläufen überlassen kann.

Ein wichtiges Wirkmoment der Empathie sieht Kohut interessanterweise nicht nur in ihrem Gelingen, sondern gerade in leichten „Empathie-Fehlern“, d.h. in diskreten Differenzen zwischen den Übertragungsbedürfnissen des Patienten und ihrer Entsprechung seitens des Therapeuten. Die durch diese Differenzen bedingte „optimale Frustration“ dieser Bedürfnisse sei für den Patienten ein wichtiger Impuls zur „umwandelnden Verinnerlichung“ der *Selbstobjekt-Funktionen* seines Analytikers. So werde der Patient zunehmend unabhängiger von solchen Selbst-reparativen Funktionen eines Anderen, also zunächst des Analytikers (Kohut 1989, 110ff).

3.3.2 Die analytische Psychologie

In der analytischen Psychologie von C.G. Jung spielen Aspekte der Alter-Ego-Beziehung ganz allgemein insofern eine Rolle, als in der Einfühlung eine selbstverständliche Voraussetzung zum Verstehen des Patienten gesehen wird (Jakoby 1989, 98).

Insbesondere bei der Behandlung schwerer, etwa narzißtisch gestörter Patienten wird dem Therapeuten empfohlen, eine Einstellung zu realisieren, die dem positiven Mutter-Archetypus entspricht (Asper 1989, 104ff). Einem solch einfühlsamen, das Miterleben des Anderen verdeutlichenden Ansatz wird die „vaterspezifische“ Deutung gegenübergestellt, die auf eine objektivierende Beurteilung im Sinne eines versachlichenden Feststellens, Konfrontierens und Interpretierens hinausläuft. Mit der Konstellierung einer Mutter-archetypischen Haltung dagegen entspreche der Therapeut dem „Urbild des Paradieses“ bzw. den diesbezüglichen Sehnsüchten des Patienten. In dieser „Paradiesübertragung“ reaktiviert der Patient die Urbedürfnisse aus der frühen Mutter-Kind-Übertragung. Ziel dieser therapeutischen Einstellung und dem sich daraus ergebenden Vorgehen ist es, den Patienten letztlich aus seiner „Paradiessehnsucht“ zu erlösen (Asper 1989, 111). Dies bedeutet, in die Sprache Kohuts übersetzt, die archaischen in reife Selbstobjekt-Übertragungen zu überführen.

3.3.3 Die Individualpsychologie

Schon der Begründer der Individualpsychologie, Alfred Adler, hatte darauf hingewiesen, daß der Therapeut zeitweise auch die Funktion der zuverlässigen Mutter übernehmen müsse (Adler 1929, 39). In einer entsprechenden Haltung, nämlich der einer „empathischen Identifikation des Therapeuten mit seinem Patienten“ (Titze 1989, 46) wird auch gegenwärtig in der Individualpsychologie ein wesentliches Agens gesehen, um die lebensstiltypischen Abwehr- und Sicherungstendenzen und die diesen entsprechende *tendenziöse Apperzeption* zu korrigieren.

Diese Identifikation habe der Therapeut auch bei befremdlichen Symptomen, destruktiven Tendenzen und Fehlhandlungen aufrecht zu erhalten, da es vor allem zu Beginn der Therapie darum gehe, am augenblicklichen Erleben des Patienten empathisch teilzuhaben (Heisterkamp 1984, 147). Denn gerade dadurch, daß der Therapeut so dem Patienten dessen eigene Perspektive verdeutlicht, werde für den letzteren erst die Voraussetzung für einen erlebnishaft verankerten Perspektivwandel geschaffen, und so vermeide der Therapeut auch, den Rollenzuweisungen des Patienten zu entsprechen. Einige Individualpsychologen beziehen sich in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf das Konzept der Alter-Ego-Beziehung von Rogers, betonen aber auch, daß der Therapeut im Verlauf der Therapie zwischen verschiedenen Beziehungsebenen oszillieren müsse (Louis 1978, 50; Titze 1989, 54).

3.3.4 Die Gesprächspsychotherapie

In der von C.R. Rogers begründeten klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie spielt die Alter-Ego-Beziehung eine so herausragende Rolle, daß manchen dieses Verfahren geradezu als ein Synonym dieses Beziehungskonzeptes erscheint, d.h. daß es ihnen ganz in diesem Konzept aufzugehen scheint. In der Tat wurde in der frühen Gesprächspsychotherapie, in den 40er und 50er Jahren, die Alter-Ego-Beziehung recht einseitig betont.

Rogers beschrieb die therapeutische Beziehung als von einer Alltagsbeziehung extrem unterschieden, dies insofern, als es die Aufgabe des Therapeuten sei, sich selbst als urteilende, stellungnehmende Person gewissermaßen auszuklammern und ganz in der Person des Patienten aufzugehen. Rogers sprach hier von einer „Als-Ob-Identifizierung“, um damit anzudeuten, daß das kritische und beobachtende Ich des Therapeuten nur beiseite zu stellen, nicht aber auszuschalten ist. Wollte der Therapeut dieses Vorgehen dem Patienten erläutern, so würde er sagen: „Um Ihnen behilflich zu sein, stelle ich mich selbst – das Selbst der gewöhnlichen Interaktion – beiseite und dringe so vollständig wie möglich in Ihre Wahrnehmungswelt ein. Ich werde in gewisser Weise ein zweites Selbst für Sie – ein Alter-Ego Ihrer eigenen Einstellungen und Gefühle...“ (Rogers 1973a, 47). Indem der Therapeut sich bemüht, „in die Haut des Klienten zu schlüpfen“, um „die innere Welt des Klienten mit dessen Augen zu sehen als sei es die eigene“ (Rogers 1977, 20; 1973b, 48), versucht er diese Welt als ein System von Bedeutungssetzungen und Sinnvorgaben zu erfassen, um so das Erleben und Verhalten des Klienten auf dieses Bezugssystem hin verstehen zu können. Der Therapeut ist also gehalten, sein eigenes Bezugssystem, etwa seine neurosentheoretischen Überlegungen zunächst einmal „einzuklammern“ (um hier den in der Phänomenologie Husserls benutzten Ausdruck zu gebrauchen) und den Klienten ganz aus sich selbst heraus, d.h. aus seinem Bezugssystem, zu verstehen. Das so Verstandene soll der Therapeut dem Klienten mitteilen, damit dieser sich mit seinem eigenen Verhalten und

Erleben und sodann auch mit seinem eigenen Bezugssystem, d.h. mit seinen Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen, auseinandersetzen kann. Eine solche Selbst-Auseinandersetzung wird dem Patienten einmal durch den Umstand erleichtert, daß die Spiegelung in einem anderen eine gewisse Distanzzunahme, Entzerrung und Strukturierung der eigenen Wahrnehmung und ihrer Interpretationen bedeutet. Zum anderen ist das andere Selbst, das der Patient in den Spiegelungen des Therapeuten findet, ein in besonderer Weise akzeptierendes, bejahendes Selbst, das eben durch die Bejahung und Solidarisierung dem Patienten die Selbstannahme und damit die Überwindung der Abwehr gegenüber der Einsicht in bisher nicht akzeptierte Gefühle und Bedürfnisse ermöglicht (Rogers 1973a, 52).³

Die Vollzugsweise der Alter-Ego-Beziehung ist das „empathic understanding“. Dieser Terminus wurde zu einem Schlüsselbegriff der Gesprächspsychotherapie der 50er Jahre (Rogers 1957). Bei diesem Verstehen (und darin wird seine therapeutische Wirksamkeit gesehen) soll es auch auf Seiten des Patienten zunächst weniger um ein kognitives Erfassen von Zusammenhängen gehen, sondern um ein fast körpernahes Erspüren von Sinngestalten, um ein prärationales Erfühlen von Bedeutungen. So sollen die Änderung des Erlebens und das langsame Wachsen von Einsicht möglichst parallel verlaufende Prozesse sein (Greenberg u. Elliot 1997, 168ff).

Daß in der Weiterentwicklung dieses Verfahrens ein anderes Therapieprinzip, nämlich die sogenannte Echtheit und Selbstkongruenz des Therapeuten mit ihren therapietechnischen Implikationen, stärker gewichtet und somit die Bedeutung der Alter-Ego-Beziehung in ihrer anfänglichen Ausschließlichkeit relativiert wurde, wird in den späteren Kapiteln deutlich werden.

In der Gesprächspsychotherapie hat es unterschiedliche Ansätze gegeben, die aus der Alter-Ego-Beziehung bzw. der Grundhaltung des empathischen Verstehens abzuleitende Behandlungstechnik zu beschreiben. Neben vereinheitlichenden Ansätzen (Tausch 1970; Biermann-Ratjen, Eckert u. Schwartz 1995) sind differenzierende Versuche zu nennen. Die letzteren beschreiben die Therapietechnik entweder nach formalen, prozeßorientierten Kriterien (Sachse u. Maus 1991) oder nach inhaltlichen Merkmalen (thematischer Fokus) als ein jeweiliges gestuftes Vorgehen (Swildens 1991; Speierer 1994; Teusch 1994; Finke 1994).

3.3.5 Die Gestalttherapie

In der von F. Perls begründeten Gestalttherapie und in der sich auf diese beziehenden „Integrativen Therapie“ (Petzold 1980, 233ff) spielt die Alter-Ego-Beziehung keine ausgeprägt konzeptbestimmende Rolle. Als ein Verfahren, das jedoch neben der korrigierenden emotionalen Erfahrung auch die Klärung als ein Wirkungsprinzip anerkennt, kommt natürlich auch dem Einfühlen in die Konfliktsituation des Patienten eine behandlungspraktische Bedeutung zu (Greenwald 1980, 130). In diesem Zusammenhang wird etwa auch auf die therapeutische Bedeutung des Traumverstehens hingewiesen, bei dem es darum gehe, die Welt der bizarren Traumbilder einführend nach-

³ Rogers und seine Mitarbeiter hatten es schon in den 50er Jahren unternommen, die Wirksamkeit einer solchen therapeutischen Einstellung in empirischen Studien nachzuweisen (Übersicht in Tausch 1970), und sie hatten damit wichtige methodische Grundlagen für die sogenannte Prozeßforschung geschaffen.

zuvollziehen (Perls 1974, 74). Um den Erlebnisraum des Patienten möglichst vollständig zu erfassen, ist eine emotionale Teilhabe des Therapeuten nötig.

Dieses Erfassen hat aber über ein rein kognitives Nachbilden hinauszugehen, insofern es der Therapeut partiell zu einer Gefühlsansteckung und zu einem emotionalen Mitschwingen kommen lassen soll. Gerade durch diesen emotionalen Mitvollzug sollen intuitive Erkenntnisprozesse im Therapeuten angestoßen werden (Petzold 1980, 254).

3.3.6 Die katathym-imaginative Psychotherapie

Die von H. Leuner entwickelte katathym-imaginative Psychotherapie (K.i.P.) bzw. das katathyme Bilderleben unterscheidet sich insofern von den bisher besprochenen Verfahren, als die therapeutische Interaktion in einer besonderen Weise durch die hier typische Technik strukturiert wird. Der Therapeut gibt dem Patienten Bilder oder bestimmte Szenen vor, die der Patient imaginierend ausgestalten soll. Der Therapeut hat dabei die Rolle sowohl eines Übungsleiters wie eines „helfenden Gefährten“ (Kottje-Birnbacher 1997, 48). Insgesamt kommt es dadurch in dieser Methode zu einer „Dominanz der problemorientierten Arbeitsbeziehung“ (Kottje-Birnbacher 1997, 57). Eine Position, die einer Alter-Ego-Beziehung entsprechen würde, ist nicht ausdrücklich konzeptualisiert. Indes wird die Aufgabe des Therapeuten auch als ein empathisches Begleiten beschrieben, in dem Patient und Therapeut „von dem gleichen Erlebniszentrum ausgehen“ (Jollet et al. 1997, 220). Zwar führt der Therapeut den Patienten wie ein emphatischer Trainer zunächst an bestimmte Bildmotive heran, und er fordert ihn dabei zur genauen Beobachtung und Auseinandersetzung mit den imaginierten Gestalten auf. Hierbei wird der Therapeut aber öfter, besonders wenn der Patient offensichtlich emotional sehr belastet ist, stellvertretend für diesen einen Teil der Furcht, des Erschreckens oder des Ekels formulieren. Dadurch sollen diese sehr intensiven Gefühle für den Patienten erträglicher werden. Der Therapeut nimmt also mindestens für besondere Situationen eine Alter-Ego-Position ein. Da das Arbeitsbündnis in der katathym-imaginativen Psychotherapie ein „eigentümliches“ ist (Leuner 1986, 183), und der Patient beim Imaginieren „Teile seines reifen Ichs... an das Ich des Therapeuten delegiert“ (Leuner 1986, 183), könnte man sagen, daß der Therapeut zwischen Arbeitsbeziehung und Alter-Ego-Beziehung eine mittlere Position einnimmt. Dies gilt auch für die Phase der Nachbesprechung, in der es darauf ankommt, daß der Therapeut sehr empathisch das Erleben des Patienten während des „Bilderns“ nachzeichnet. So wird es dem Patienten ermöglicht, sich gefühlsintensiv mit den eigenen Imaginationen auseinanderzusetzen.

3.3.7 Das Psychodrama

Das von J. Moreno (1959) begründete Psychodrama hat als ein Verfahren der Gruppenpsychotherapie hier eine Sonderstellung. Die Alter-Ego-Beziehung findet hier in Form einer ganz bestimmten Therapietechnik ihren Ausdruck. Im „Doppeln“ nimmt der Therapeut die Rolle des Doppel-Ichs des Patienten ein, indem er sich hinter den Patienten stellt und sich in ihn hineinversetzend mögliche Gefühle und Erlebnisweisen stellvertretend für den Patienten formuliert (Straub 1980, 217). Hierdurch soll es dem Patienten erleichtert werden, sich bestimmte Affekte und Bedürfnisse intensiv zu vergegenwärtigen, gerade auch solche, die dem Patienten selbst noch gar nicht voll be-

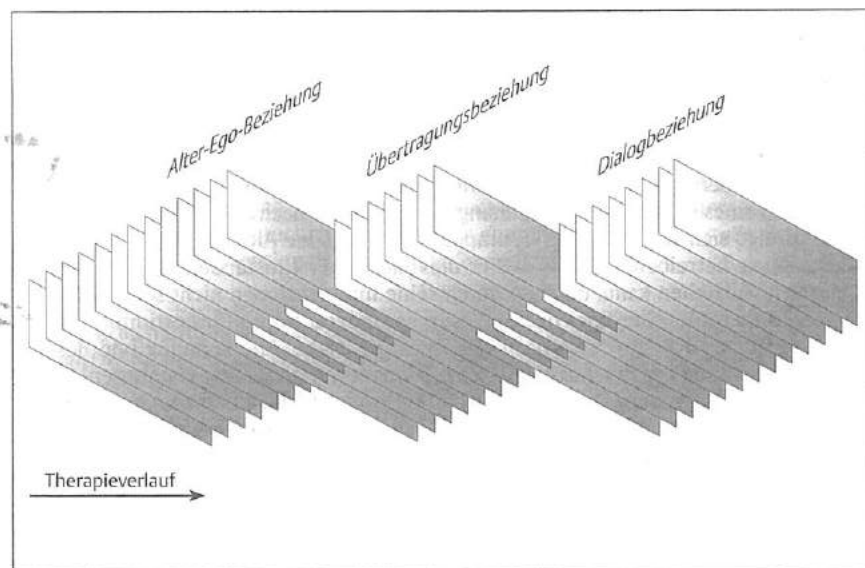


Abb. 4 Beziehungskonzept und Therapieverlauf.

In der ersten Phase einer Therapie erfolgen die therapeutischen Interventionen überwiegend auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung. In der zweiten Phase nehmen Übertragungsdeutungen zu und in der dritten Phase wird der Therapeut auch öfter im Sinne der Dialogbeziehung intervenieren. Dies ist aber nur idealtypisch für den „Durchschnittspatienten“ zu verstehen. Bei schwerer gestörten Patienten können schon in der ersten Phase häufige Interventionen auf der Ebene der Dialogbeziehung indiziert sein. Bei wenig gestörten Patienten mag dies auch in der dritten Phase kaum der Fall sein. Das öfter indizierte Oszillieren zwischen den verschiedenen Beziehungsformen konnte hier nur grafisch andeutungsweise dargestellt werden.

genübertragung provozieren will, sollte dieser diese Beziehungsanspielung (im Sinne einer Übertragungs- oder Beziehungsklärung, s. Kap. 4) aufgreifen, um dann jedoch zunächst wieder zu einem Intervenieren aus der Alter-Ego-Position zurückzukehren. Sollte der Patient aber hartnäckig dieses Beziehungsangebot (und damit eine Selbstobjekt-Übertragung) abwehren, so muß der Therapeut zunächst für sich und dann zusammen mit dem Patienten auf der Ebene der Übertragungsbeziehung (Kap. 4) die Gründe hierfür klären.

Therapeutisches Ziel sollte es aber auch in solchen Fällen sein, daß der Patient die Nähe des Therapeuten als sein Alter-Ego ertragen und zulassen kann. Denn so können Ziele erreicht werden, die gerade für Patienten, die die Nähe einer solchen Beziehungsform abwehren, besonders wichtig sind. Hierzu gehören einmal die Verbesserung der Selbstakzeptanz und des Selbstwelterlebens. Hiermit korrespondiert auch eine Verminderung des „Ur-Mißtrauens“ und damit eine Zunahme der Fähigkeit, sich in Beziehungen wirklich einlassen und bis zu einem gewissen Grade auch ausliefern zu können. Dies kann sich in der therapeutischen Beziehung in der Fähigkeit des Patienten zeigen, sich seinen unkontrollierten Einfällen, sich auch seinen albernen und skurrilen Gedanken, seinen „unpassenden“ Phantasien überlassen zu können. Mit dieser Möglichkeit zu einer „Regression im Dienste des Ich“ ist schließlich auch die Anregung zur Introspektion und Selbstanalyse verbunden.

Die Entwicklung der Bereitschaft, sich selbst angstfreier und zunehmend unverstellt in verschiedensten Aspekten wahrzunehmen und vor allem die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstbild, dem Selbstideal und den Forderungen des Über-Ichs zu riskieren, ist eine wichtige Bedingung für eine weitere Vertiefung des therapeutischen Prozesses. Durch das betonte Aufgreifen von Selbstaspekten in der Alter-Ego-Beziehung kommt es auch zu einer Förderung der Selbstkonturierung und der Festigung des Identitätserlebens.

Mit dieser Charakterisierung sind bereits wichtige Themen und Problembereiche benannt, bei denen die Alter-Ego-Beziehung eine besondere Indikation hat. Dies sind unter anderem mangelndes Selbstwert-erleben und die Neigung zu intrapunitiver Konfliktbearbeitung, ängstliche Selbstunsicherheit mit der Tendenz zu sozialem Rückzug, eine besondere Verletzlichkeit für Zurückweisung und Zurücksetzung, Schuldängste und Versagensgefühle, Ängste vor Verlassenwerden und Einsamkeitserleben.

Hinsichtlich der Diagnosegruppen dürfte die Alter-Ego-Beziehung besonders indiziert sein bei depressiven Störungen insbesondere im Sinne der Dysthymie sowie bei Angststörungen einschließlich der Agoraphobie wie auch der sozialen Phobie. Aber auch bei Persönlichkeitsstörungen, bei denen die beschriebenen Konfliktthemen eine Rolle spielen, (z.B. ängstlich-vermeidende und abhängige, asthenische Persönlichkeitsstörung) ist das Intervenieren aus dieser Beziehungsform besonders angezeigt.

3.8 Risiken und Kontraindikation der Alter-Ego-Beziehung

Die Frage nach den Gefahren der Alter-Ego-Beziehung ist sowohl von Seiten des Patienten wie des Therapeuten zu untersuchen.

3.8.1 Risiken auf Seiten des Patienten

Beim Blick auf den Patienten ist zu unterscheiden, ob der Patient Schwierigkeiten hat, sich auf ein Beziehungsangebot im Sinne einer Alter-Ego-Beziehung einzulassen oder ob ein solches Beziehungsangebot eher deshalb kontraindiziert ist, weil es den Patienten hindert, für ihn wichtige Beziehungserwartungen deutlich zu machen. Letzteres kann der Fall sein, wenn ein Patient Gefühle von Enttäuschung und Wut, Gefühle, die ursprünglich einem Elternteil oder einer anderen wichtigen Bezugsperson gelten mögen, zunehmend gegenüber dem Therapeuten erlebt. Wenn der Patient von sich aus eine solche Beziehung (objektale Übertragung) konstellierte, ist es angezeigt, dem Patienten auf dieser Ebene zu begegnen, also sich komplementär (und nicht konkordant) zu identifizieren und auf der Ebene der Übertragungsbeziehung zu intervenieren, also die Beziehungserwartungen des Patienten anzusprechen (s. Kap. 4). Es kann dadurch dem Patienten ermöglicht werden, in der aggressiven Auseinandersetzung mit dem Therapeuten sich seiner Selbst zu vergewissern, sich selbst über eine solche aggressive Abgrenzung zu definieren und zu konturieren. Gerade hierdurch können die ursprünglich der primären Bezugsperson geltenden Affekte und Erlebnisweisen modifiziert werden.

Gegen das Sich-Einlassen auf eine Alter-Ego-Beziehung können Patienten wie Therapeut Widerstand entwickeln. So könnte etwa gerade bei einem Patienten mit starken Wünschen nach Anlehnung und Geborgenheit (nach einem guten Selbstobjekt) das Gewahrwerden dieser Wünsche mit der Angst verbunden sein, sich auszuliefern

4 Die Übertragungsbeziehung

In allen konfliktzentrierten Therapieverfahren wird die besondere Wertigkeit der therapeutischen Beziehung herausgestellt. Das spricht für die Wichtigkeit, diese Beziehung selbst auch Gegenstand der therapeutischen Arbeit werden zu lassen. Unter dem Konzept der Übertragung bzw. der Übertragungsanalyse hat eine solche Position in der Psychoanalyse eine besondere Tradition. Die Handhabung der Übertragung wurde seit Freud häufig als das Kernstück der psychoanalytischen Arbeit definiert. Diese Hervorhebung der Übertragungsbeziehung macht es wichtig, die diesbezüglich heute vertretenen Konzepte, namentlich in einer zeitlich limitierten Therapie, zu untersuchen.

4.1 Die Charakteristik der Übertragungsbeziehung

Das Übertragungskonzept der „ersten Generation“ nach Freud beinhaltete Vorstellungen von einer sehr einseitigen Therapeut-Patienten-Beziehung im Sinne einer „Ein-Personen-Psychologie“ (Mertens 1988, 20), die schon von den Neoanalytikern (etwa Sullivan und Horney) zurückgewiesen wurden. Seit den 70er Jahren hat sich jedoch auch innerhalb der Psychoanalyse ein Konzept durchgesetzt, das die Verschränkung der eigentlichen Übertragung, also die Wiederholung früh geprägter Beziehungserwartungen, mit der aktuellen Therapeut-Patient-Interaktion betont. Diese Entwicklungen lassen die Differenzen hinsichtlich der Konzeption der therapeutischen Beziehung zu anderen Verfahren weniger unüberbrückbar erscheinen. Das gilt bis zu einem gewissen Grade auch für die Verfahren, die mit mehr oder weniger strikter zeitlicher Limitierung arbeiten. Sie beschränken sich in ihrem Vorgehen ohnehin stärker auf die Fokussierung aktueller und eher bewußtseinsnaher Konflikte (Dührssen 1988, 15; Faber u. Haarstrick 1989, 38; Heigl-Evers et al. 1993, 188).

Es dürfte jedoch einsichtig sein, daß wegen der ausgeprägten Differenz der Sitzungsfrequenz und der Sitzungszahl das psychoanalytische Konzept der Übertragungsanalyse gewisser Modifizierungen bedarf, um für die hier gemeinten Verfahren anwendbar zu sein.

4.1.1 Die therapeutische Beziehung als Ausdruck von Aktualität und Wiederholung

Der Begriff „Übertragungs-Beziehung“ meint: Beziehung ist einerseits immer auch Übertragung, d.h. das Hier und Jetzt des Verhältnisses zwischen Therapeut und Patient ist immer auch durch außertherapeutische Einflüsse, sowohl durch gegenwärtige als auch durch vergangene, bestimmt. Er meint andererseits: Die Übertragung des Patienten ist in ihrer spezifischen Ausgestaltung immer auch durch die therapeutische Beziehung, d.h. durch die Person des Therapeuten und die aktuelle Interaktion zwischen beiden beeinflusst.

Zwar unterscheidet sich die therapeutische Beziehung durchaus von der Alltagsbeziehung. Aber auch diese ist nie reine Authentizität eines ursprünglichen Dialogs, wie manche Vertreter etwa der Gesprächspsychotherapie oder Gestalttherapie es als Ziel für die therapeutische Beziehung postulieren, noch ist die letztere eine von der Ge-

genwart „unverfälschte“ Wiederholung der Vergangenheit, was bei der früheren Psychoanalyse eine die therapeutische Arbeit prägende Grundannahme darstellte. In der therapeutischen Beziehung (aber ebenso in außertherapeutischen Beziehungen) durchdringen sich vielmehr Gegenwart und Vergangenheit, Aktualität und Wiederholung, Authentizität und Rekapitulation. Die therapeutische Aufgabe besteht sowohl in einer Klärung wie in einer imaginativ-interaktionalen Bewältigung dieser Einflußgrößen mit dem Ziel, den Patienten vom Wiederholungszwang dysfunktionaler Interaktions-Stereotypen zu befreien und insofern „mehr Beziehung“ zu ermöglichen.

Das Konzept der Übertragungsbeziehung sieht also vor, daß in dem Verhalten des Patienten nicht ausschließlich eine Wiederholung vergangener Konflikte, nicht nur eine Neuauflage früher Verarbeitungen von Beziehungserfahrungen zu sehen sind, sondern daß hier auch Einflüsse sowohl gegenwärtiger außertherapeutischer Beziehungen als vor allem der therapeutischen Beziehung selber zu berücksichtigen sind. Die Übertragungsbeziehung ist also nie „reine Übertragung“, sie wird vielmehr durch die Person des Therapeuten, sowohl auf bewußter wie auf unbewußter Ebene, mitgestaltet. Denn natürlich kann (und sollte wohl auch) der Therapeut sich nie soweit kontrollieren, daß er für den Patienten in jeder Hinsicht völlig „nichtssagend“, völlig „informationsneutral“ bleibt. Schon durch die Einrichtung seines Zimmers, seine Kleidung, seine Gestik und den Klang seiner Stimme, mehr aber noch durch die Art seines Fragens, Formulierens und Schlußfolgerns und durch die Vorliebe, die er für bestimmte Themen zeigt, gibt er sich in seiner „Besonderheit“ zu erkennen und beeinflusst insofern die Übertragung. Denn diese Besonderheit wird bestimmte Beziehungserfahrungen aktivieren, andere dagegen vielleicht eher ent-aktualisieren und insofern eventuell auch korrigieren.

Aber auch über solche mehr oder weniger augenfälligen Verhaltensweisen hinaus sind es die unbewußten Haltungen und Phantasien des Therapeuten, die die therapeutische Interaktion beeinflussen. Die Reaktionen des Patienten auf solche Beeinflussung, die natürlich ihrerseits von bestimmten Erwartungsmustern überformt werden, lösen beim Therapeuten wiederum bestimmte, meist mehr oder weniger unbewußte Antworten aus, so daß sich eine Interaktionsspirale aufeinander bezogener Erwartungen und unbewußter Rollenzuweisungen ergibt. Dieses interaktionale Übertragungskonzept (bzw. „zirkuläre Übertragungskonzept“, Ermann 1996) will die therapeutische Beziehungsdynamik in ihrer ganzen Komplexität abbilden und einen Spielraum für ein entsprechend differenziertes therapeutisches Vorgehen eröffnen.

4.1.2 Das Thema des Therapiegesprächs ist die therapeutische Beziehung

Die Arbeit in der Übertragungsbeziehung geht von der Grundannahme aus, daß sich die Konflikte und Schwierigkeiten des Patienten auch in der therapeutischen Beziehung abbilden. Deshalb können sie hier durch die Thematisierung dieser Beziehung gewissermaßen exemplarisch geklärt und durchgearbeitet werden, dies in so erlebnisunmittelbarer Weise, daß man von dem Gewinnen einer „Erfahrungseinsicht“ sprechen könnte. Dementsprechend besteht die Rolle des Therapeuten hier darin, sich als „Konfliktpartner“ zur Verfügung zu stellen, d.h. die auf ihn bezogenen Bedürfnisse des Patienten zwar nicht zu erfüllen, aber vorbehaltlos und geduldig zu klären, anstatt sofort abzuwehren. Das bedeutet, daß die Suchhaltung des Therapeuten sich auf mögliche Beziehungsanspielungen des Patienten richtet. Dabei rechnet der Therapeut damit, daß letztere mehrdeutig sind. Denn der Patient erlebt die Beziehung häufig ambiva-

lent, d.h. nicht so konfliktfrei, wie seine Äußerungen auf den ersten Blick vermuten lassen. So könnte ein Patient, der das einfühlsame Alter-Ego-Beziehungsangebot des Therapeuten auf der einen Seite dankbar annimmt, andererseits auch sich selbst nicht eingestandene Gefühle von Angst und Ärger entwickeln, da er seinen Therapeuten eventuell als bedrängend und gleichzeitig als unerreichbar und untangierbar erlebt. Diese Ambivalenz muß der Therapeut rechtzeitig erkennen und behutsam ansprechen. Darüber hinaus sollte er natürlich fähig sein, Äußerungen aggressiver Gefühle und negativer Bewertungen ihm gegenüber zu ertragen, ohne unter Rechtfertigungsdruck zu kommen. Er sollte in solchen Fällen auch immer ganz unvoreingenommen prüfen, ob der Patient mit seinen eventuellen Bewertungen oder Beschwerden nicht zumindest partiell recht hat.

4.1.3 Die therapeutische Suchhaltung als Fremd- und Selbstempathie

Man könnte sich die Frage stellen, warum hier nicht von „Gegenübertragungsbeziehung“ statt von Übertragungsbeziehung gesprochen wird, geht es doch in dieser Schrift immer darum, die jeweilige Beziehungsform von seiten des Therapeuten her zu definieren, sein Rollenkonzept und sein entsprechendes Beziehungsangebot zum Definitionskriterium zu machen. Eine solche Bezeichnung wäre aber aus zwei Gründen irreführend. Zum einen könnte man jede der hier geschilderten Beziehungsformen als eine jeweils spezifische Gegenübertragung charakterisieren, zum Beispiel die Alter-Ego-Beziehung als eine „Selbstobjekt-Gegenübertragung“. Zum anderen ist hier die Suchhaltung des Therapeuten keinesfalls nur auf seine Resonanz gegenüber dem Patienten, also auf seine Gegenübertragung gerichtet.

Denn der Therapeut ist hier auch bemüht, sich selbst mit den Augen des Patienten zu sehen, sich in die Erwartungen des Patienten an ihn, den Therapeuten, einzufühlen. Er nimmt also auch eine konkordante Identifizierung (s. Kap. 3) vor. Die Suchhaltung des Therapeuten ist allerdings auf ein ganz spezifisches Erleben des Patienten gerichtet, nämlich auf sein Erleben der therapeutischen Beziehung.

Auf der anderen Seite ist die Suchhaltung des Therapeuten freilich auf sein eigenes Beziehungserleben gerichtet, d.h. auf seine Gegenübertragung. Hier versucht er, seine eigenen emotionalen Reaktionen auf den Patienten zu vergegenwärtigen und so zu erkunden, welche Rolle der Patient ihm mehr oder weniger unbewußt zuschreibt. Der Therapeut ist hier also komplementär, d.h. mit dem imaginären Anderen (mit dem verinnerlichten Objekt des Patienten⁴) identifiziert. Der Therapeut muß in der Übertragungsbeziehung also zwischen verschiedenen Positionen, zwischen konkordanter und komplementärer Identifizierung, zwischen Fremd- und Selbstempathie oszillieren.

⁴ Der Terminus „Objekt“ als Kennzeichnung des Beziehungspartners in einer Dyade suggeriert sehr die Nähe zu der naturwissenschaftlich inspirierten Grundannahme einer Subjekt-Objekt Spaltung im Sinne des Verhältnisses von Experimentator und Untersuchungsgegenstand. Die Etablierung eines interaktionellen Übertragungskonzeptes hätte konsequenterweise auch zu einer Revision des Objektbegriffes führen müssen. Da diese jedoch nicht im Sinne der Einführung eines alternativen Terminus erfolgte, soll in Anpassung an die psychoanalytische Konvention der Gebrauch dieses Begriffes auch hier beibehalten werden.

4.2 Die Funktionen der Übertragungsbeziehung

In der Übertragungsbeziehung ist die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf das Verdeutlichen und das Verstehen der auf seine Person gerichteten Interaktionsbereitschaften und Beziehungserwartungen des Patienten gerichtet. Dabei wird davon ausgegangen, daß sich die intrapersonalen Konflikte des Patienten auch interpersonal, also in der therapeutischen Beziehung, abbilden. So können sie über diesen Weg, also über eine Klärung der therapeutischen Beziehung, einer Bearbeitung und Lösung zugeführt werden. Diese Prämisse beinhaltet auch die Vorstellung, daß der Patient seine frühen Beziehungserwartungen nicht unmittelbar auf den Therapeuten überträgt, sondern er „überträgt“ deren mannigfache Überarbeitungen und abwehrbedingte Umbildungen zu der jeweils typischen Konfliktodynamik, die diese in der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Patienten erfahren haben.

Für die therapeutische Zielsetzung bedeutet diese Prämisse, daß der Therapeut zunächst die Darstellung dieser Konfliktodynamik in der therapeutischen Beziehung in allen Einzelheiten verfolgt und zusammen mit dem Patienten zu beschreiben versucht. Erst daraufhin wird er die Genese dieser Dynamik und zwar zunächst den weitgehend aktuellen Anteil dieser Genese (z.B. chronischer Ehekonflikt) zu klären versuchen. Erst in einem weiteren Schritt wird er sich auch um die Klärung des Zusammenhanges dieser Dynamik mit Kindheitserinnerungen bemühen. Dabei ist wichtig, daß der Therapeut immer wieder vom aktuellen Beziehungserleben des Patienten ausgeht, um so ganz erlebnisnah, ganz im Hier und Jetzt, ganz in der „Hitze der Übertragung“, wie Freud sich ausdrückte, zu arbeiten. Dadurch kann es zu wirklich gefühlsverankerten Einsichten und zu einer auch erfahrungsbedingten Änderung von zentralen Erlebnismustern kommen.

Hier sei aber nochmals betont, daß das Übertragungserleben nie eine völlige Verfälschung der Realität darstellt, sondern auch die Unmittelbarkeit einer Begegnung reflektiert, daß aber andererseits auch die Begegnung immer gebrochen ist im Reflex der Vergangenheit.

Die Schrittfolge bei der Übertragungsanalyse soll nun anhand der folgenden Zielstellungen noch einmal veranschaulicht werden.

4.2.1 Das Mitteilen von Beziehungserwartungen anregen

Selbstunsichere und kontaktgehemmte, aber insbesondere auch narzißtisch gestörte Patienten haben oft eine starke Scheu, Erwartungen anderen gegenüber auszusprechen. Oft sind solche Situationen für diese Patienten mit phantasierten Beschämungserlebnissen verbunden. Da in der therapeutischen Situation ihr Gegenüber aber ein deutliches Interesse zeigt, von solchen Erwartungen und Vorstellungen zu hören, findet der Patient eher den Mut zu deren Mitteilung. Wichtig ist hier, daß der Therapeut die erste Andeutung einer solchen Mitteilung empathisch aufgreift und dadurch den Patienten in dem Äußern seiner Beziehungserwartungen bestärkt. Ein besonders schwieriger Schritt ist für die meisten Patienten das Mitteilen von Einstellungen und Gefühlen gegenüber dem Therapeuten, wenn es sich um aggressive und feindselige Affekte handelt. Da die meisten Patienten sich ihrem Therapeuten gegenüber um eine positive Grundeinstellung bemühen, ist es verständlich, daß das Eingeständnis negativer Affekte mit Scheu und Scham verbunden ist. Deswegen haben viele Patienten Schwierigkeiten, auch sich selbst gegenüber solche Affekte einzugestehen. Beim Deu-

ten des Widerstandes gegen das Bewußtwerden solcher Übertragungsgefühle muß der Therapeut sehr umsichtig und einfühlsam vorgehen, um nicht durch eine falsch platzierte oder falsch formulierte Übertragungsdeutung diesen Widerstand zu erhöhen. Dies ist besonders in einer etwa auf 50 Stunden limitierten Therapie zu beachten, da der Therapeut sich gerade wegen der geringen Zeit unter Druck fühlen könnte, forciert vorzugehen.

4.2.2 Vergegenwärtigen unbewußter Beziehungserwartungen und Interaktionsmuster

Manche Beziehungserwartungen, etwa Straf- und Kritikbefürchtungen, können den Patienten weitgehend unbewußt dazu veranlassen, sein Gegenüber durch viel Reden zu besänftigen oder durch ständiges Fragen davon abzuhalten, sich auf die Person des Fragenden zu konzentrieren. Bei dem Ziel, solche Erwartungen und Interaktionsmuster bewußt zu machen, kommt es darauf an, daß der Therapeut den Patienten anregt, diese in allen Aspekten zu vergegenwärtigen. Welche Phantasien hat er z.B. hinsichtlich des vermeintlichen Strafverhaltens des Therapeuten? Befürchtet er vom Therapeuten bloßgestellt und beschämt zu werden? Erwartet er vom Therapeuten moralisch disqualifiziert zu werden oder glaubt er, der Therapeut verachte ihn insgeheim und würde dies bei passender Gelegenheit auch deutlich machen? Wegen welcher Verhaltensweisen und Neigungen befürchtet er eventuell eine moralische Verurteilung? Welche moralischen Maßstäbe und Sichtweisen, glaubt er, hat der Therapeut? Aus welchen Äußerungen des Therapeuten glaubt er, auf solche Maßstäbe schließen zu können?

Der Therapeut wird bei der Klärung solcher Fragen den Patienten anregen, seine Erwartungen und Wünsche an den Therapeuten frei zu äußern und detailliert auszuphantasieren, weil nur in diesem erlebnisintensiven Vergegenwärtigen die verschiedensten Facetten der Übertragungseinstellung des Patienten deutlich und damit auch korrigierbar werden. Solche Korrektur setzt schon durch dieses intensive Vergegenwärtigen selber ein, weil hierdurch dem Patienten die Unangemessenheit seiner Erwartungen (auch in Relation zum tatsächlichen, nämlich einfühlenden und wertschätzenden Verhalten des Therapeuten) zunehmend deutlicher wird.

4.2.3 Klärung der Genese der Beziehungserwartungen

Die Beziehungserwartungen des Patienten haben drei Quellen, die im Einzelfall eine jeweils unterschiedliche Gewichtung erfahren.

Das Ausdrucks- und Kontaktverhalten des Therapeuten

Die hinter dieser Ursachenannahme stehende Position besagt, daß der Therapeut bei allem Bemühen um Abstinenz sich nie als Person völlig ausklammern kann (und sollte). Vielmehr wird er durch die individuelle Art seiner Kleidung, seiner Gestik und Mimik, aber auch schon durch sein Alter und seine Geschlechtszugehörigkeit, mehr aber noch durch die Art seines Fragens und seiner thematischen Schwerpunktsetzungen bei dem Patienten bestimmte Beziehungsphantasien in Gang setzen.

Dazu kommt, daß der Therapeut nicht ausschließen kann, daß Themen, die mit eigenen Konflikten interferieren, ihn dazu veranlassen, bestimmte Signale des Patienten

zu überhören oder auf andere allzu zustimmend oder allzu distanziert zu reagieren. Der Therapeut kann sich also „nicht nicht verhalten“, bzw. er kann „nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick et al. 1969, 72), und er sollte dies auch gar nicht versuchen. Denn das würde nur zu jener Karikatur eines Therapeuten führen, der, amimisch und in Reglosigkeit erstarrt, die Rolle eines völlig unpersönlichen und distanzierten Deutungsproduzenten anstrebt.

Der Therapeut wird also in jedem Falle die Übertragung seines Patienten beeinflussen. Auch seine Gegenübertragung wird nie nur der Reflex auf die Übertragung des Patienten sein, sondern sie ist immer durchmischt auch von persönlichkeitsstypischen Einstellungen des Therapeuten (König 1998, 124). Im Bewußtsein dieser Gegebenheiten hat der Therapeut das Zustandekommen der Beziehungserwartungen seines Patienten zusammen mit diesem zu klären.

Außertherapeutische Beziehungserfahrungen

Intensiv und langdauernde Erfahrungen, die der Patient mit nahestehenden Bezugspersonen, z.B. einem Vorgesetzten oder seinem Ehepartner gemacht hat, beeinflussen seine Einstellung gegenüber dem Therapeuten. Dies dürfte besonders dann der Fall sein, wenn diese Erfahrungen in tiefgreifender Weise konflikthaft sind. Die Klärung dieser aktuellen Genese der Übertragung kann dem Patienten sehr unmittelbar und insofern auch beeindruckend den Wiederholungscharakter seiner Beziehungserwartungen vor Augen führen. Gerade im Erleben und Klären der therapeutischen Beziehung könnte dem Patienten die Neigung deutlich werden, anderen bestimmte Rollen zuzuschreiben bzw. selbst immer wieder in stereotyper Weise anderen gegenüber eine bestimmte Rolle einzunehmen. So könnte einer Patientin, die dazu neigt, sich dem Therapeuten gegenüber in ähnlicher Weise anklammernd und unterwerfungsbereit zu verhalten wie gegenüber ihrem Ehemann, in der detaillierten Beziehungsklärung zu ihrem Therapeuten die Unverhältnismäßigkeit ihrer Zuwendungsansprüche gegenüber dem Ehemann deutlich werden. Aber auch ihre Neigung, im Ehemann ein bestimmtes Verhalten zu induzieren und ihn dadurch schließlich mehr und mehr auf eine bestimmte Rolle festzulegen, könnte für die Patientin gerade in der Wiederholung des Interaktionsmusters gegenüber dem Therapeuten sehr anschaulich erfahrbar werden. Dadurch, daß der Therapeut seinerseits die Rollenzuschreibung der Patientin nicht annimmt, sich also nicht ebenso dominant und fürsorglich-dirigistisch verhält wie der Ehemann, kann die Patientin neue Beziehungserfahrungen machen. Das Nichterfüllen ihrer bisherigen, mehr oder weniger stereotypen Beziehungserwartungen führt zu einer „Erfahrungseinsicht“. Einsicht und korrigierende emotionale Erfahrung, Klärung und Bewältigung verschränken sich in der Übertragungsanalyse in ganz besonderer Weise.

Frühe Beziehungserfahrungen

Im flüchtigen Verständnis wird die „Übertragungsanalyse“ häufig gleichgesetzt mit dem Rekurs auf frühkindliche Beziehungserfahrungen. Es wurde hier schon mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß dies in dieser pauschalen Form auch für die Psychoanalyse nicht stimmt. Für eine zeitlich auf maximal 100 Stunden limitierte Therapie mit einer Frequenz von 1-2 Sitzungen pro Woche kommt nun noch hinzu, daß in diesem Rahmen so tiefe Regressionszustände des Patienten als Voraussetzung eines wirklich erlebnisintensiven Durcharbeitens frühkindlicher Kernkonflikte gar nicht zu erzielen sind (Mertens 1990, I, 201). Deshalb wird sich hier der Rückgriff vom Hier und

Jetzt der therapeutischen Situation auf das Dort und Damals nur auf solche Erfahrungen beziehen, die ohne tiefere Regression erinnerungsfähig sind. Das sind Erlebnisse etwa bis zum 7. Lebensjahr (Sandler und Sandler 1983, 150ff sprechen hier vom Gegenwarts-Unbewußten in Gegenüberstellung zum Vergangenheits-Unbewußten, was jene frühkindlichen Erlebnisse enthält, die eben nicht ohne weiteres bewußtseinsfähig sind).

Aber auch das Erinnern von Beziehungserfahrungen aus der späteren Kindheit ist kurzfristig nicht ohne weiteres in erlebnisintensiver Weise zu aktivieren. Wenn es nicht einfach nur der rein kognitive Akt einer Gedächtnisleistung, sondern ein emotionsgetöntes Nach- und Wiedererleben des Dort und Damals sein soll, so sind auch hier einer zeitlich sehr limitierten Therapie Grenzen gesetzt. Deshalb wird in einer solchen Therapie die intensive Bezugnahme auf Erlebnisse aus der Kindheit und Jugendzeit nur in besonderen Situationen möglich bzw. therapeutisch sinnvoll sein, will man nicht ein fruchtloses Intellektualisieren fördern. In diesen besonderen Situationen kann aber die in der Klärung der Übertragungssituation auftauchende gefühlsintensive Erinnerung zu einer für das weitere Erleben bedeutsamen Auseinandersetzung mit den Elternfiguren führen.

4.3 Die Übertragungsbeziehung in den verschiedenen Psychotherapieverfahren

Besonders das Übertragungskonzept der „klassischen“ Psychoanalyse hatte zu Verständigungsschwierigkeiten geführt und Divergenzen gegenüber anderen Verfahren besonders deutlich gemacht. Die ursprüngliche Fassung dieses Konzeptes mag in dem einen oder anderen Fall auch ein Anlaß für Abspaltungen gewesen sein. So ist es wichtig, deutlich zu machen, wo heute Differenzen aber eben auch Gemeinsamkeiten im Konzept der Übertragungsbeziehung zu sehen sind.

4.3.1 Die Psychoanalyse

Die Übertragung als ein mehrdimensionales Geschehen.

Die herausragende Rolle, die die Übertragungsbeziehung in der Psychoanalyse spielt, hat dazu geführt, daß sie hier fast zu einem Synonym für die therapeutische Beziehung überhaupt geworden ist. Gerade dies hat nicht selten auch Irritationen und Mißverständnisse ausgelöst, denn somit erschien jede Form der Kontaktaufnahme seitens des Patienten von vornherein unter einem Als-ob-Vorbehalt. Alle Äußerungen des Patienten in der therapeutischen Situation, schon solche bei der Begrüßung und der Darstellung seiner Beschwerden, erst recht jene, die sich auf die Person des Analytikers bezogen, mußten als unangemessen und „uneigentlich“ gelesen werden. Denn es war ja immer eine Verzerrung der aktuellen Wahrnehmung durch infantile Beziehungserwartungen und Rollenzuschreibungen zu unterstellen. Dieses Verfälschungsverdikt aller Kontaktäußerungen des Patienten machte es auf der anderen Seite jedoch nötig, einen konfliktfreien Raum zu konzipieren, in dem der Patient vorübergehend sich vom Druck infantiler Beziehungsmuster lösen und mit seinen reifen Ich-Anteilen ein Arbeitsbündnis mit dem Analytiker schließen kann. Dies hat zu den Konzepten der Ich-Spaltung und der Arbeitsbeziehung geführt (Sterba 1934; Greenson 1975). Man

unterscheidet also zwischen einer mehr oder weniger neurotischen, vom Wiederholungszwang gekennzeichneten und einer weitgehend rationalen und reifen Beziehungsform. Dem hier vertretenen Grundgedanken, daß der Patient (und auch der Therapeut) im Prozeß der Therapie zwischen unterschiedlichen Zuständen, eher primärprozeßhaften und eher sekundärprozeßhaften, oszillieren soll, ist zuzustimmen. Problematisch ist nur die Verabsolutierung dieses Unterschiedes, die strikte Aufspaltung in reif und infantil, in realitätsangemessen und neurotisch. Eine solche „Zwei-Reiche-Lehre“ wurde von den Vertretern eines interaktionellen Übertragungskonzeptes (Gill 1996; Hoffman 1983; Sandler u. Sandler 1983; Ermann 1993; 1996; Mertens 1990, II) vor allem an zwei Punkten kritisiert:

- Die durch frühe Beziehungserfahrungen geprägten Erlebnismuster, Erwartungshaltungen und Antwortbereitschaften bleiben keineswegs, gewissermaßen wohl konserviert, ein Leben lang erhalten, um sich dann unter dem Druck des Wiederholungszwanges jeweils unverändert zu zeigen. Vielmehr machen die aus frühen Beziehungserfahrungen resultierenden Repräsentanzen dieser Erfahrungen im Laufe des Lebens unter dem Eindruck unterschiedlicher Beziehungserlebnisse vielfache Umbildungen durch. Das, was der Patient „überträgt“, ist deshalb in den seltensten Fällen die unveränderte Reaktion auf seine Kindheitserfahrungen, sondern es sind lebensgeschichtlich, auch etwa durch die aktuelle Partnerschaftssituation, überformte Beziehungsrepräsentanzen.
- Schon wegen der vielfältigen Quellen der Übertragung (aber auch weil sich der Therapeut nie wirklich ganz von den Auswirkungen seiner eigenen Person auf die Wahrnehmung der therapeutischen Situation freimachen kann) ist der Therapeut gar nicht in der Lage, sicher zu entscheiden, wo die übertragungsbedingte Wahrnehmungsverzerrung aufhört und die realitätsangemessene Sichtweise des Patienten anfängt. Vielmehr ist davon auszugehen, daß einerseits jede Wahrnehmung, jedes Erleben sich auf der Folie früherer Erfahrungen vollzieht, daß aber andererseits der Patient in der Lage ist, die Realität, auch die seines Therapeuten, tendenziell angemessen abzubilden und daß diese Abbildung nur in seltenen Fällen eine völlige Entstellung der Realität darstellt. So ist das Kriterium für eine übertragungsbedingte Wahrnehmung auch nicht die Verzerrung, sondern die Selektion (Mertens 1990, II, 182): Unter dem Druck seiner Erwartungen neigt der Patient nicht dazu, sein Therapeut völlig entstellt wahrzunehmen, sondern bestimmte Aspekte an dessen Person besonders akzentuiert und andere wenig deutlich wahrzunehmen.

Ebenfalls wird die Übertragung in jedem Falle durch das Interaktionsgeschehen zwischen Therapeut und Patient beeinflusst. So spiegeln die Beziehungsanspielungen des Patienten sowohl die konflikthafter Bearbeitungen früher Beziehungserfahrungen wie das aktuelle Erleben der therapeutischen Interaktion und die ständige, gegenseitige Beeinflussung durch sie (Gill 1997, 92ff). Die Übertragung als Wiederholung der Vergangenheit und die Beziehung als aktuelle Wechselfolge von ursprünglicher Aktion und Reaktion sind faktisch so miteinander verflochten, daß ihre verschiedenen Stränge nur annäherungsweise herauszuarbeiten sind. Deshalb auch hat sich der Begriff der „Übertragungsbeziehung“ eingebürgert und in Abkürzung dieses Begriffes werden auch in diesem Text Übertragung und Beziehung als Synonyma gebraucht.

Die Gegenübertragung als Reaktion und als Übertragung

Nicht nur die Übertragung, sondern auch die Gegenübertragung ist entsprechend vielschichtig zu sehen. Auch hier sind die „normalen“, also unneurotischen Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten nur schwer von jenen Einstellungen und Intentionen des Therapeuten zu unterscheiden, die seiner eigenen Psychodynamik entspringen. Das „totalistische“ Konzept der Gegenübertragung (Mertens 1991, III, 50; König 1993, 16) meint diese oft schwer entwirrbare Mischung von normaler und quasi neurotischer Reaktion. Es meint auch, daß der Therapeut nicht nur speziell auf die Übertragungshaltungen seines Patienten, sondern auf sämtliche Äußerungen, bis hin zu dessen Art der Bekleidung, reagiert. Auch die unbewußte Induktion von Handlungsimpulsen im Therapeuten zeigt dessen tiefe Verbundenheit in das Interaktionsgeschehen an. Da der Analytiker auf vielfältige Weise in die Interaktion mit seinem Patienten einbezogen ist, beeinflusst er auf bewußter Ebene (z.B. Besonderheiten der Deutungstechnik wie Formulierung und Themenwahl), aber auch auf unbewußter Ebene (Gestik, Tonfall, Pausen) das Erleben der therapeutischen Situation auf Seiten des Patienten und modifiziert dadurch dessen Erwartungen und Rollenzuschreibungen, auf die der Analytiker wiederum (als Objekt einer projektiven Identifizierung) zumindest ansatzweise mehr oder weniger unbewußt reagiert (König 1993, 19).

Diese Sichtweise bedeutet eine Absage an die Vorstellung, wonach der Analytiker nur als Spiegel bzw. als Projektionsschirm der Übertragung des Patienten dient und die Gegenübertragung nur den Reflex der Übertragung des Patienten darstellt. Der Analytiker ist vielmehr sowohl auf der bewußten wie auf der unbewußten Ebene als Mitspieler und Mitagierender im Feld der therapeutischen Interaktion zu sehen. Den „Handlungsdialog“ (Klüwer 1983), in den der Analytiker durch die Rollenzuschreibungen des Patienten zumindest ansatzweise immer wieder hineingezogen wird, kann er meistens erst im Nachhinein erkennen und, eventuell auch zusammen mit dem Patienten, analysieren.

Die Übertragungsanalyse als Klärung des Hier und Jetzt

Schon Freud hatte mit dem häufig zitierten Ausspruch, daß schließlich niemand in absentia erschlagen werden könne, auf die Wichtigkeit der Aktualität des Übertragungs-geschehens für die therapeutische Arbeit hingewiesen. Denn gerade in der Entfaltung der Übertragung ist der Patient in seiner Affektivität und mit seinen ganzen irrationalen Wünschen unmittelbar präsent. Deshalb kommt es bei der Übertragungsanalyse darauf an, diese Präsenz selber in allen Facetten zu verdeutlichen und nicht zu versuchen, die Übertragungsdynamik vorzeitig auf ihre Herkunft umzubiegen und ihr damit ihre eigentliche dynamische Brisanz zu nehmen. So hatte auch Greenson (1975, 305ff) sehr anschaulich dargestellt, wie intensiv er die auf seine Person bezogenen Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche des Patienten in vielen Details ausphantasieren läßt, bevor er sehr viel später den Blick des Patienten auf außertherapeutische und auch vergangene Erlebnisse lenkt. Für ein solches Vorgehen plädieren mit Nachdruck auch die Vertreter des interaktionellen Übertragungskonzeptes (Gill 1996, 149ff; Ermann 1993, 65). Dieses Aufgreifen und Verdeutlichen von Übertragungsgefühlen wird dabei bereits als Übertragungsdeutung verstanden. Der Hinweis auf die Genese der Übertragung ist demnach nur ein späterer Schritt innerhalb der Beziehungsklärung bzw. der Übertragungsanalyse.

Psychoanalytische Therapie und Tiefenpsychologie

Bei der Erörterung der Übertragungsbeziehung ist eine Unterscheidung zwischen Psychoanalyse und psychoanalytischer Therapie bzw. Tiefenpsychologie angemessen. Zwar übernimmt letztere prinzipiell auch das Übertragungskonzept der Psychoanalyse. Jedoch ist gerade in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß letzteres für eine hochfrequente, über mehrere Jahre dauernde Therapie entwickelt wurde, in der sich eben jene Übertragungsneurose ausbilden kann, die strenggenommen die Voraussetzung für eine umfassende Übertragungsanalyse ist. In Therapieformen aber, die nur über einen Bruchteil dieses Stundenumfanges verfügen, kommt es zwar auch zu Übertragungsreaktionen, aber nur sehr selten zu einer die ganze Person erfassenden, primärprozeßhaften Reaktivierung frühkindlicher Erlebnismuster. Somit wären auch in einer zeitlich so limitierten Therapie genetische Übertragungsdeutungen, die solche Erlebnismuster anvisieren, therapeutisch fruchtlos. Die genetischen Deutungen in der psychoanalytischen Therapie und insbesondere in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie können sich dagegen sinnvollerweise nur auf Lebensereignisse der späteren Kindheit beziehen.

Die Übertragungsanalyse wird oft in einem solchen Ausmaß als das Kernstück der Psychoanalyse angesehen, daß, behandlungspraktisch gesehen, Psychoanalyse und Übertragungsanalyse fast deckungsgleiche Begriffe werden. Dies kann so insbesondere von der Tiefenpsychologie natürlich nicht gesagt werden. Ja, es ist hier sogar umstritten, inwieweit überhaupt Übertragungsdeutungen durchgeführt werden sollten. In der dynamischen Psychotherapie von Dührssen (1988, 17) spielen Übertragungsdeutungen kaum eine Rolle. Das gleiche gilt etwa für die psychoanalytisch orientierte Therapie der Angsterkrankungen von Hoffmann und Bassler (1995, 95). Im Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien von Faber und Haarstrick (1989, 40) ist in diesem Zusammenhang von einer „Zurückhaltenden Nutzung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen“ die Rede. Dagegen vertreten etwa Strupp und Binder (1993, 41, 190), Klüwer (1995, 65) und Luborski (1988, 69ff) die Meinung, daß auch in einer zeitlich sehr limitierten Therapie Übertragungsdeutungen ihren Platz hätten. Dabei dürfte gerade in diesem Kontext gegenüber den genetischen Deutungen das schon geschilderte Verdeutlichen des aktuellen Übertragungserlebens besonders bedeutsam sein.

4.3.2 Die analytische Psychologie

Auch in der analytischen Psychologie nach C.G. Jung spielt die Übertragung therapie-theoretisch und behandlungspraktisch eine bedeutsame Rolle. Jung (1989, XVI, §283) geht davon aus, daß Übertragungsvorgänge, in denen er einen Sonderfall von Projektion sieht, in jeder Analyse vorkommen und daß sie sich oft schon in den ersten Stunden konstellieren. Das deutende Bearbeiten dieser Übertragung wird ebenfalls als ein wichtiges Moment in der gesamten Behandlung angesehen.

Ebenfalls wird in der analytischen Psychologie ein interaktionelles Übertragungs-konzept vertreten. Es wird eine ständige gegenseitige Beeinflussung von Analytiker und Patient angenommen und betont, daß zwischen projektionsfreier Kommunikation (= Beziehung) und projektionsgeprägter Kommunikation (= Übertragung) nur theoretisch unterschieden werden kann (Jacoby 1989, 94ff).

Hinsichtlich des Ursprungs der Übertragung wird eine individualgeschichtlich bedingte Übertragung von einer archetypischen unterschieden (Guggenbühl 1978, 25;

Kast 1993, 31). So ist z.B. die gegenseitige Wahrnehmung von Therapeut und Patient in der therapeutischen Situation mehr oder weniger von dem Archetypus Heiler-Kranker geprägt. Es kommt darauf an, diese kollektiven Erwartungsmuster, die natürlich mit der individuellen Lebensgeschichte unterschiedlich intensiv verflochten sein können, bei der Übertragungsanalyse zu beachten und auf eben diesen lebensgeschichtlichen Kontext hin zu klären.

4.3.3 Die Individualpsychologie

In der von Alfred Adler begründeten Individualpsychologie hat die Übertragung im Zusammenhang mit dem Begriff der „tendenziösen Apperzeption“ eine Bedeutung. Der Neurotiker neigt dazu, so die entscheidende These, aufgrund seiner Minderwertigkeitsgefühle die Umwelt verzerrt wahrzunehmen. Er sieht seine Mitmenschen häufig als überlegen und mächtig sowie ständig bereit, ihn abzuwerten und zu bestrafen. Diese „tendenziöse Apperzeption“ (Adler 1912) betrifft in der Übertragung eben den Therapeuten. Die mit dieser Übertragung verbundene Rollenzuweisung spricht der Therapeut mit einer „finalen Deutung“ an (Esser 1988, 45). Hierbei werden die oft weitgehend unbewußten und eventuell den gesamten „Lebensstil“ des Patienten charakterisierenden Intentionen als „regressive Sicherungsstrategien“ gedeutet, z.B.: „Immer wieder sehen Sie mich als streng und Sie verurteilend. Das gibt Ihnen die Rechtfertigung, sich mir gegenüber nicht wirklich zu öffnen.“

Bei dieser sehr komprimierten Formulierung einer Übertragungsdeutung ist aber zu beachten, daß der Individualpsychologe auch bemüht ist, solchen Sicherungsstrategien mit Empathie zu begegnen, und das heißt eben auch, die vom Patienten auf ihn projizierte Feindseligkeit nicht durch eine aggressive Deutung zu bestätigen. Indem der Therapeut nicht auf das Rollenangebot des Patienten eingeht (Louis 1978, 52), also etwa hier die angetragene Rolle als strafende Instanz verweigert, gibt er dem Patienten die Gelegenheit, seine neurotischen Beziehungserwartungen nach und nach zu korrigieren. Der Verzicht auf regressive Sicherungsstrategien wird dem Patienten durch die Erfahrung möglich, daß diese sich in der therapeutischen Interaktion als unangemessen und unnütz erweisen. Auch die Individualpsychologie sieht also in der korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung einen wichtigen Wirkfaktor (Titze 1989, 45).

4.3.4 Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Bei der „Übertragungs-Beziehung“ ist für die Gesprächspsychotherapie vor allem der zweite Teil dieses Begriffes wichtig. Dabei wird zwar vorausgesetzt, daß im Laufe einer 30-50stündigen Therapie immer wieder auch Übertragungsreaktionen auftreten (Rogers 1973a, 187ff), für die Suchhaltung des Therapeuten hat der Akzent aber ganz auf dem Hier und Jetzt der aktuellen Beziehung zu liegen. Damit soll gesagt sein, daß in der Gesprächspsychotherapie in ganz besonderer Weise die Regel gilt, dem Verdeutlichen des unmittelbaren Beziehungserlebens gegenüber genetischen Übertragungsdeutungen die Priorität zu geben. Es soll sichergestellt werden, daß der Therapeut sich vom Patienten zunächst wirklich als Person meinen läßt und daß er die Beziehungsdynamik zwischen Therapeut und Patient nicht durch einen zu schnellen Rekurs auf das Dort und Damals entaktualisiert (Finke 1996).

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und ihr Erleben seitens des Patienten für das Gelingen der Therapie wurde von Rogers (1957) nachdrücklich betont. Insofern ist das Interesse der Gesprächspsychotherapeuten an der Art und Weise, wie ihre Patienten diese Beziehung erleben, naheliegend. Die Behandlungspraxis gegenüber Übertragungseinstellungen unterscheidet sich nach Rogers (1973a, 191ff) nicht von der in der Gesprächspsychotherapie sonst üblichen: der Therapeut versucht, die auf ihn gerichteten Einstellungen und Gefühle zu verstehen und zu akzeptieren. Vor allem die Rogers-Schüler Carkhuff und Truax (Carkhuff u. Truax 1967; Carkhuff 1969, II) hatten die Bezugnahme des Patienten auf die Person des Therapeuten unter verschiedenen Aspekten systematisch beschrieben. Dabei wurde großer Wert auf ein gezieltes Aufgreifen der direkten und indirekten Beziehungsansprache des Patienten gelegt. Carkhuff (1969, II, 174ff) stellte eine fünfstufige Skala vor, mit der das Ausmaß, in dem Therapeuten auf solche Beziehungsandeutungen eingehen, durch Rater eingeschätzt werden konnte. Durch dieses Aufgreifen von Beziehungsandeutungen („Immediacy“, im deutschen Schrifttum meist frei mit „Beziehungsklären“ übersetzt) sollten zunächst irritierende und so die vertrauensvolle Zusammenarbeit hindernde Vorannahmen, Befürchtungen und Vorbehalte des Patienten gegenüber der Person des Therapeuten aufgehellt und dadurch schließlich auch korrigiert werden. Als wichtig gilt auch, daß der Patient das Interesse des Therapeuten gegenüber einer solchen Thematik spürt.

Dabei kommt es dem Gesprächspsychotherapeuten darauf an, aus der Perspektive des Patienten die auf die Person des Therapeuten gerichteten Wahrnehmungen und Erwartungen sehr detailliert mitzuvollziehen. Wenn dem Patienten so intensiv die Möglichkeit gegeben wird, seinen Beziehungsphantasien nachzugehen, ist es oft der Patient selber (und darin besteht auch ein Ziel solchen Vorgehens), der die Unangemessenheit solcher Phantasien bemerkt und von sich aus einen Zusammenhang mit außertherapeutischen Bezugspersonen herstellt.

Natürlich wird gelegentlich auch der Therapeut dieses beim Patienten anregen: „Vielleicht haben Sie etwas von all diesen Gefühlen mir gegenüber manchmal auch schon in anderen Beziehungen erlebt?“ Die Gesprächspsychotherapeuten betonen aber sehr, daß solche Wiederholungsdeutungen nicht zu früh gegeben werden. Außerdem besteht die Ansicht, daß das Wahrnehmen und Erleben des Patienten keinesfalls nur „Wiederholung“ ist. Vielmehr wird der Patient in seiner Fähigkeit, realitätsangemessene Wahrnehmungen machen und situationsadäquate Beziehungserwartungen haben zu können, bestärkt. In der Gesprächspsychotherapie wird, so könnte man sagen, ein ausgeprägt interaktionelles Übertragungskonzept vertreten, zumal die Rolle des Therapeuten auch ausdrücklich als „reale Person“ (Rogers 1973b) bestimmt ist und insofern von vornherein von der Beeinflussung des Beziehungsfeldes durch die Person des Therapeuten ausgegangen wird.

Insgesamt wird das Ziel des Beziehungsklärens nicht nur in einem schnellen Ausschalten von störenden Einflüssen gesehen, sondern auch darin, dem Patienten Einsicht in die Inkongruenz seiner Beziehungserwartungen gewähren zu lassen (van Kessel u. van der Linden 1993). Daneben wird aber auch sehr die Wichtigkeit korrigierender emotionaler Erfahrungen betont: indem der Therapeut den Beziehungserwartungen des Patienten nicht entspricht, diesen vielmehr ein ganz neues, unerwartetes Beziehungsangebot entgegensetzt, kann der Patient seine bisherigen Einstellungen in sehr erlebnishafter Weise korrigieren (Pfeiffer 1987).

Die hier aufgeführten Gefahren der Übertragungsanalyse (die grundsätzlich auch für die Psychoanalyse gültig sind, Mertens 1990, II, 220) sind in einer zeitlich limitierten Therapie besonders zu beachten. Hier muß man wegen der zeitlichen Begrenzung darauf bedacht sein, den Patienten in seiner „Abwehrstatik“ nicht zu sehr zu irritieren. Deshalb ist es angezeigt, manche das innerpsychische Gleichgewicht stabilisierenden Faktoren (und damit auch den Übertragungswiderstand) unangetastet zu lassen. Darüber hinaus ist für den Patienten auch die Beschäftigung mit dem Realraum, und das heißt auch mit außertherapeutischen Beziehungserfahrungen, wichtig. Das bedeutet, daß für eine Übertragungsanalyse nicht viel Zeit verbleibt. Deshalb kommt eine systematische Übertragungsanalyse meistens nur ansatzweise in Frage, dies natürlich auch aufgrund der zeitlichen Limitierung, durch die die Ausbildung einer eigentlichen Übertragungsneurose sehr begrenzt wird. Wohl aber sollten Übertragungsgefühle und Beziehungserwartungen, die sich in wiederholten Anspielungen kundtun, geklärt werden.

5 Die Dialogbeziehung

Würde man die verschiedenen Beziehungsformen hinsichtlich ihrer charakteristischen Eigenart miteinander vergleichen, so zeigte die Dialogbeziehung die größten Unterschiede zu allen anderen hier geschilderten Beziehungsformen. Sie ähnelt in gewisser Hinsicht am meisten der Alltagskommunikation. Das macht eine besonders detaillierte Beschreibung dieser Beziehungsform nötig, um so hinter dieser scheinbaren Ähnlichkeit wichtige Unterschiede gegenüber der Alltagskommunikation deutlich werden zu lassen.

5.1 Die Charakteristik der Dialogbeziehung: Der Therapeut als der reale andere

Die Dialogbeziehung ist am besten durch die Abgrenzung zu den anderen Beziehungsformen zu definieren und in ihrer Eigenart zu beschreiben. So ergeben sich folgende Merkmale der Dialogbeziehung:

5.1.1 Therapie als personale Konfrontation

Im Dialog stehen sich zwei Personen gegenüber, um in Rede und Gegenrede die gegenseitigen Erwartungen miteinander abzugleichen und Meinungen und Vorstellungen auf Gemeinsames und Unterschiedliches hin zu klären. Die relative *Gegenseitigkeit* und „Gegenständigkeit“ ist ein Kriterium des Dialogs. Die Rolle des Therapeuten ist demnach hier die eines „Gegenüberstehenden“, eines Antwortenden. Ist in der Alter-Ego-Beziehung der Therapeut das Doppel-Ich, das zweite Selbst des Patienten, eine Art Selbst-Substitut desselben, so ist er in der Dialogbeziehung der vom Patienten Unterschiedene, der stellungnehmende Andere. Er ist für den Patienten das antwortende Du (im Sinne von Buber 1962, 41ff).⁵

Der Patient soll hier den Therapeuten in seiner Verschiedenheit, in seiner Abgrenzung erleben, um auf dieser Folie des Nicht-Ich, der Andersartigkeit die Konturen seines eigenen Ich schärfer wahrnehmen zu können.

Der Therapeut soll sich also als authentische und reale Person kenntlich machen. Der Patient ist zu einer Auseinandersetzung mit der Person des Therapeuten aufgefordert. Insofern hat die Dialogbeziehung etwas Konfrontatives. Der Therapeut konfrontiert den Patienten (in selektiver Weise) mit seiner persönlichen Reaktion auf ihn. Da Therapeut und Patient dabei idealerweise auf das Hier und Jetzt ihrer Wahrnehmung

⁵ Aus der Perspektive der Dialog-Philosophie (Böckenhoff 1970; Schrey 1991) scheint im Konzept der Übertragung die idealistische Konstitutionsphilosophie durch: Das Subjekt konstituiert das Objekt, indem es seine Bilder auf jenes überträgt, dieses sich also nach seinen Bildern erschafft. Das Objekt „an sich“ bleibt unerkennbar (Hinsichtlich dieser Analogie zum Kantischen Ding an sich ist allerdings zu beachten, daß bei Kant nicht eine psychologische, sondern ausschließlich eine erkenntnistheoretische Ebene gemeint ist, Heinz 1981, 121). Nach der Dialog-Philosophie dagegen ist Beziehung und Interaktion nur möglich, weil dem Subjekt das andere Subjekt, das Du dem Ich immer schon unmittelbar gegeben ist. Die übertragungsbedingten Wahrnehmungs- und Kommunikationsverzerrungen sind demnach lediglich ein defizienter Modus eines ursprünglichen Aufeinander-Bezogenseins.

Bezug nehmen, ist die Dialogbeziehung Interaktion und Realbeziehung in einem besonders unmittelbaren Sinne.

5.1.2 Die Wechselseitigkeit des therapeutischen Dialogs

Um ein weiteres Merkmal der Dialogbeziehung herauszustellen, bietet sich der Vergleich mit der Übertragungsbeziehung an. Bei der letzteren kommt der Therapeut den Aufforderungen zur persönlichen Stellungnahme, die vom Patienten ausgehen, nicht nach. Anstatt zu antworten, reagiert der Therapeut mit einer Gegenfrage bzw. mit einer Intervention, die auf den Frager zurückverweist. In der Dialogbeziehung dagegen ist der Therapeut der Antwortende. Hier nimmt er prinzipiell sehr persönlich Stellung. Er benutzt seine Gegenübertragung nicht nur als Ortungsinstrument, um die verdeckten Rollenzuweisungen des Patienten zu erkunden, sondern er teilt sie dem Patienten (wenn auch in selektiver Weise) mit. Der Therapeut öffnet sich also dem Patienten, er macht sich diesem gegenüber transparent. Dadurch ist die Dialogbeziehung durch eine relative Wechselseitigkeit ausgezeichnet (Pfeiffer 1991, 34; 1993, 33ff). Sie kommt zwar insofern der Alltagskommunikation nahe, unterscheidet sich von dieser aber durch die therapeutische Zielsetzung, die die Art des Antwortens seitens des Therapeuten stets bestimmt.

5.1.3 Die Deutung als persönliche Botschaft

Das hier zu beschreibende Merkmal der Dialogbeziehung ist am besten in Gegenüberstellung zur Arbeitsbeziehung zu beschreiben.

In dieser tritt der Therapeut dem Patienten aus der Perspektive des Fachmannes entgegen. Seine Stellungnahmen sind primär nicht persönlicher, subjektiver Natur, sondern sie beanspruchen prinzipiell wissenschaftliche Gültigkeit und sind um Absicherung und Objektivität bemüht. Nicht sein subjektives Erleben, sondern die Standards der wissenschaftlichen Kommunikationsgemeinschaft, der er sich zugehörig fühlt, sind die Richtschnur seiner Interventionen. In der Dialogbeziehung dagegen sind die therapeutischen Interventionen dadurch gekennzeichnet, daß der Therapeut seine Beurteilungen und Schlußfolgerungen auf sein subjektives Meinen beschränkt. Diese Interventionen haben die Form einer „Ich-Botschaft“, der Therapeut teilt sein Erleben der therapeutischen Situation mit, und er macht deutlich, daß es sich um eine subjektive Stellungnahme handelt.

Wenn aber in der Dialogbeziehung der Therapeut so auf seine Subjektivität rekurriert, so überläßt er sich nicht unreflektierter Spontaneität. „Subjektivität“ ist hier nicht mit Willkürlichkeit gleichzusetzen, insofern der Therapeut seine subjektiven Signale, Empfindungen und Wertungen einer rational abwägenden Prüfung im Kontext seines fachlichen Wissens unterzieht, bevor er sie (mehr oder weniger selektiv) äußert. Er agiert also seine Gegenübertragung nicht, sondern stellt sie in wohl dosierter Weise zur Verfügung.

5.2 Die Funktionen der Dialogbeziehung

Die Funktionsweisen der Interventionen im Rahmen der Dialogbeziehung sind sehr unterschiedlich. Man kann, vereinfachend gesagt, zwischen Interventionen unter-

scheiden, die von einer durch Solidarität und Ähnlichkeit geprägten Resonanz ausgehen, und solchen, die eher von einem Erleben der Andersartigkeit und Distanz bestimmt sind. Die ersten haben eine stützende, tragende, die letzteren eine konfrontierende Funktion. In beiden Positionen, auch in der von Solidarität und Ähnlichkeit bestimmten, macht sich der Therapeut als reale Person deutlich. Anders also als in der Alter-Ego-Beziehung ist der Therapeut, auch insofern er haltgebend und bestätigend wirkt, ein Anderer, ein dem Patienten gegenüberstehender. Er entdeckt erst, so könnte man sagen, aus der Position eines Anderen, eines zunächst Fremden, seine Gemeinsamkeit und Solidarität mit dem Patienten. Der Therapeut macht also auch in den Äußerungen von Ähnlichkeit und Nähe seine „Objekthaftigkeit“, seine Eigenschaft als ein Gegenüber des Patienten deutlich.

5.2.1 Die Stabilisierung des Selbstwertgefühls

In der Dialogbeziehung gibt der Therapeut seiner Fürsorge, seinem Engagement als ganz persönliche Reaktion Ausdruck.

Das Erleben von Solidarität, von sorgender Zuwendung, aber auch die unverhohlene Freude eines Anderen an Erfolgen und am Gelingen gibt ein Gefühl der Sicherheit, des Getragenseins und der Verbundenheit, das für das Selbstwerterleben stützend wirkt und ein Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten befestigt und so Ressourcen mobilisiert.

Auch die Wahrnehmung, daß eine andere Person manchmal ähnlich fühlt, bestimmte Konflikte und Schwierigkeiten auch schon einmal erlebt hat, vermittelt nicht nur die Geborgenheit einer Schicksalsgemeinschaft, sondern macht diesen Anderen, also hier den Therapeuten, als Person greifbar und wirkt so der Neigung zu primitiver Idealisierung entgegen (Pfeiffer 1991, 38). Das Erleben, daß der Patient auf den Therapeuten einzuwirken vermag, daß er bei diesem Sorge und Verwunderung, aber eventuell auch Ratlosigkeit und Enttäuschung auszulösen vermag, daß der Therapeut also nicht in unpersönlicher Distanziertheit und unerreichbarer Routiniertheit verbleibt, gibt dem Patienten das mutige Vertrauen, Peinlichkeit und Scham bei der Auseinandersetzung mit sich selbst zu überwinden (Heigl-Evers et al. 1995, 189). Den Therapeuten sowohl ganz konkret mit Schwächen und Stärken wie auch als „für sich seiende“, abgegrenzte Person zu erleben, führt beim Patienten zunehmend zu einer Stärkung der Ich-Grenzen, wirkt der Fragmentierung des Selbst wie einem kompensatorisch übersteigerten Selbstwertgefühl mit archaischen Größenphantasien entgegen.

5.2.2 Verbesserung der Selbstkonturierung und der psychosozialen Wahrnehmung

Indem der Therapeut sein Erleben der therapeutischen Situation deutlich macht und seine emotionale Resonanz auf den Patienten mitteilt, legt er diesem nahe, ihn, den Therapeuten, in seiner Realität wahrzunehmen. Dem Patienten wird es so zunehmend schwerer fallen, übertragungsbedingte Projektionen aufrecht zu erhalten. Diese realitätsangemessenere Wahrnehmung des anderen wirkt aber auf den Patienten zurück, auch der Patient wird jetzt zunehmend dazu neigen, seine Bedürfnisse und Erwartungen als eben die eigenen zu identifizieren.

Wenn der Therapeut von seinem aktuellen Erleben berichtet, macht er deutlich, daß es subjektive Eindrücke sind, die zu ihm gehören und zunächst auch nur für ihn Gültigkeit haben. Er markiert somit seine Ich-Grenzen und gibt gerade dadurch auch dem Ich des Patienten Raum. So kann auch die Selbstöffnung des Therapeuten wie eine Aufforderung an den Patienten wirken, seine eigene innere Realität angemessener zu sehen, seine Affekte genauer zu bestimmen und differenzierter wahrzunehmen. Auch kann durch die vom Therapeuten induzierte Verdeutlichung unterschiedlichen Erlebens der Patient seine Erwartungen nicht nur präzise als seine eigenen erkennen, sondern er kann auch klären, wieweit diese Erwartungen denen eines Anderen, hier des Therapeuten, entsprechen oder aber diesen entgegenstehen. Dadurch ergibt sich für den Patienten eine prägnantere Selbstkonturierung und die Möglichkeit, seine Ich-Andere-Unterscheidung (Bischof-Köhler 1989, 45) bzw. die präzise Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen zu verbessern. Die klaren und authentischen Stellungnahmen des Therapeuten sind zudem für Patienten mit gestörtem Identitätsleben und diffusem Selbstkonzept eine wichtige Strukturierungshilfe.

5.2.3 Förderung von Autonomie und Beziehungsfähigkeit

In der Dialogbeziehung wird nicht primär die innere Welt, die innerpsychische Realität des Patienten thematisiert, sondern die äußere Realität, genauer die Wirklichkeit zwischen Patient und Therapeut. Dieses „Zwischen“ ist das Thema des therapeutischen Dialogs. Der Therapeut versucht ihn auf eine Weise zu führen, daß er in bestimmten Aspekten auch einen Modellcharakter bekommt für die Möglichkeit des Patienten zur konstruktiven Beziehungsgestaltung. Dabei soll der Patient aber nicht nur gewissermaßen mechanisch ein bestimmtes Verhaltensrepertoire erlernen, vielmehr soll sich so auch sein Beziehungserleben ändern.

Hierbei geht es ebenfalls um die Bearbeitung der Konflikte, die in ihrer Genese mit der von M. Mahler (Mahler et al. 1988, 87ff) beschriebenen Lösungs- und Wiederannäherungs-Subphase verbunden sind. In der Beziehung zum Therapeuten soll der Patient die korrigierende Erfahrung machen, daß unter Überwindung der Objektverlustängste auch das Erleben von Getrenntsein erträglich ist, weil das Trennende der Auseinandersetzung schließlich doch auch immer wieder im Konsens überwunden werden kann, weil Wiederannäherung nach Klärung der Positionen erreicht werden kann.

Da der Therapeut sich in seinem Erleben transparent macht, erfährt der Patient ihn in verschiedenen Aspekten und lernt so, diese Aspekte zusammen zu sehen. Er lernt, die verschiedenen Aspekte an der Person des Therapeuten (die Teil-Objekte) zu einer Ganzheit zu integrieren. Diese Erfahrungen, die nicht ohne parallel laufende Vorgänge der Einsichtsgewinnung zu denken sind, führen aber nicht nur zu einer Verbesserung der Fähigkeit, den anderen in seinen gewährenden wie in seinen enttäuschenden Aspekten als einheitlich wahrzunehmen. Sie leiten auch eine Änderung des Selbstkonzeptes ein. Denn die Erfahrung zu machen, auch Unterschiedlichkeit aushalten zu können und bei einem Sich-Nicht-Verstanden-Fühlen nicht sofort in Panik zu geraten, stärkt das Gefühl von Autonomie und Unabhängigkeit.

5.2.4 Änderung stereotyper Interaktionsmuster

Unabhängig von der Beziehungsform, die der Therapeut zu konstellieren sucht, wird der Patient ihm mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Übertragungsbereitschaft entgegentreten. Auch hier also steht der Patient unter dem Zwang, frühere Beziehungserwartungen und Interaktionsmuster zu wiederholen. Aber dadurch, daß der Therapeut, anstatt sich komplementär zu verhalten und die Rollenzuweisung anzunehmen, sein Erleben dieser Zuweisung (seine Gegenübertragung) mitteilt (in selektiver und dosierter Form), unterbricht er die Entfaltung dieser Übertragungsreaktionen. Der Patient macht so die Erfahrung, daß seine bisherigen Interaktionsklischees hier ungültig sind, da sie eine für ihn ganz neuartige und überraschende Antwort finden. Dieses Unerwartete und Originäre der therapeutischen Interaktion konfrontiert den Patienten mit der Ungültigkeit seiner Beziehungserwartungen und eröffnet ihm die Möglichkeit eines „Neubeginns“ (Balint 1970, 156ff).

5.3 Die Dialogbeziehung in den verschiedenen Psychotherapieverfahren

5.3.1 Die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologie

Das Konzept der Dialogbeziehung mag vielen als unvereinbar mit der psychoanalytischen Ausrichtung erscheinen. Für die „klassische“, am Deutungsparadigma (Eissler 1953) orientierte Psychoanalyse ist dieser Eindruck auch zutreffend. Zur Verdeutlichung dieser konträren Position könnte man Freuds Spiegelmetapher zitieren, wonach der Therapeut „undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen [soll], als was ihm gezeigt wird“, (Freud 1964, VIII, 376ff). Die am Konzept der Übertragungsanalyse orientierte Grundposition sieht vor, daß die therapeutische Situation von der Person des Analytikers möglichst wenig bestimmt wird („der Spiegel nicht verschmiert“ wird), um die freie Entfaltung der Übertragung nicht zu beeinflussen und so alle Äußerungen des Patienten auch als übertragungsbedingt deuten zu können. Das interaktionelle Übertragungskonzept der heutigen Psychoanalyse jedoch geht davon aus, daß der Analytiker ohnehin nie ein reiner, völlig „unverschmierter“ Spiegel des Patienten sein kann, und daß er deshalb seinen Einfluß auf die Übertragung des Patienten bei seinen Deutungen mitbedenken muß. Allerdings soll er diesen Einfluß so gering wie möglich halten.

Indes hatte schon Greenson (1975, 228ff; 1982, 372) eine Realbeziehung konzipiert, die besonders zum Ende der Analyse zum Tragen komme und sich dadurch zeige, daß der Patient bestimmte Aspekte des Analytikers frei von Übertragungsverzerrungen wahrnehmen könne. Der Analytiker solle dann solche zutreffenden Wahrnehmungen auch bestätigen. In besonderen, z.B. den Patienten sehr belastenden Situationen, solle der Analytiker auch sein Mitgefühl und eventuell seine Sorge um den Patienten kundgeben oder auch mitteilen, daß er wegen des Mangels an Fortschritten enttäuscht sei. Hier sind also insofern schon Aspekte der Dialogbeziehung festzustellen, als der Therapeut sich in seinem Erleben dem Patienten gegenüber ansatzweise zu erkennen gibt.

Unabhängig vom „Mainstream“ der Psychoanalyse hatten einige Analytiker schon relativ früh begonnen, neben dem Deuten auch andere Interventionsformen (von

Eissler als Parameter benannt) einzuführen. Sie beschrieben besonders aktiv eingreifende sowie stützende, haltgebende und insofern die Realität des Analytikers verdeutlichende Interventionen. Eine Modifizierung der Standardtechnik in diesem Sinne wurde vor allem bei schwerer gestörten Patienten gefordert. Da sind zu nennen die „aktive Technik“ Ferenczis (1927, 62ff), die stark von einer dialogischen Technik bestimmte Therapie O. Ranks (Pfeiffer 1990) und die Interventionen zur aktiven „Behandlung der Angst, zur Beruhigung und zur Ich-Stärkung“ von Balint (1981, 270). Winnicott (1958), ein Schüler Balints, postulierte die „holding function“ des Analytikers, jenes vor allem für schwer gestörte Patienten wichtige, haltgebende, das Konfliktbewältigung fördernde (anstatt nur das konfliktaufdeckende) Moment der Therapie. Blanck u. Blanck (1980, 130ff) plädierten dafür, auf eine Stärkung des Selbstwertgefühls des Patienten hinzuwirken. Außerdem sollte der Therapeut in einem günstigen therapeutischen Klima die Rolle des Katalysators der Ich-Organisation des Patienten übernehmen. Diese Positionen von Autoren, die meistens der psychoanalytischen Ich-Psychologie oder der Objektbeziehungstheorie zugeordnet werden, laufen darauf hinaus, daß der Therapeut sich in seiner Aktivität, seinem Engagement und in seinem Besorgtsein als reale Person kenntlich macht und insofern das Übertragungsgeschehen beeinflusst.

Wird in der Psychoanalyse ein solches Vorgehen besonders bei schwerer gestörten Patienten empfohlen, so wird in der zeitlich limitierten Therapie, also z.B. der tiefenpsychologischen Therapie, diese Bedeutung einer ressourcenmobilisierenden, stützenden Komponente auch für weniger schwer gestörte Patienten betont (Luborsky 1988, 50; Dührssen 1988, 24; Strupp u. Binder 1991, 181).

In sehr dezidiert Weise haben Heigl-Evers und Heigl (1988) mit ihrer psychoanalytisch-interaktionellen Methode eine Form der Dialogbeziehung vertreten. Sie und ihre Mitarbeiter setzen dem „Prinzip Deutung“ das „Prinzip Antwort“ entgegen. Das letzte habe vor allem bei der Behandlung von Patienten mit strukturellen Ich-Störungen Bedeutung. Hier komme es darauf an, daß der Therapeut nicht nur ganz allgemein Hilfs-Ich-Funktionen übernehme, sondern daß er sich auch in seiner Alterität dem Patienten deutlich macht, indem er ihm authentisch antwortet. Dadurch wird es dem Patienten möglich, „zwischen dem Real-Objekt und dem externalisierten pathologischen (Teil-) Objekt unterscheiden zu lernen“ (Heigl-Evers u. Nitzschke, 1995, 97). Durch diese Alterität des Therapeuten wird eine trianguläre Situation geschaffen. Der Therapeut als der Andere bezieht im Sinne der väterlichen Rolle eine Position außerhalb der symbiotischen Mutter-Kind-Einheit. Durch die Verinnerlichung dieser Situation wird der Patient insofern beziehungsfähiger, als er den Anderen, hier den Therapeuten, als anderen mit eigenen Bedürfnissen und Interessen zunehmend besser wahrnehmen kann. Dies wirkt auch auf den Patienten im Sinne einer Stärkung seiner Ich-Grenzen zurück.

5.3.2 Die analytische Psychologie

Innerhalb der analytischen Psychologie nach C.G. Jung kommen insofern Aspekte der Dialogbeziehung zum Tragen, als hier die Konstellierung der Realbeziehung ein wichtiges Ziel der Therapie überhaupt ist. Das zunächst von Übertragungsvorgängen geprägte Verhältnis des Patienten zum Therapeuten soll durch Bearbeiten dieser Übertragung zunehmend zu einer von realistischen Aspekten geprägten Beziehung werden, wobei auch der Therapeut die neurotischen Aspekte seiner Gegenübertragung klären und kontrollieren muß. Der Therapeut soll gegebenenfalls bestimmte Aspekte seiner

eigenen Neurose, sofern sie auf die therapeutische Situation Einfluß nehmen (z.B. die Neigung die Sitzung verspätet anzufangen), offen mitteilen, um die Asymmetrie zwischen Therapeut und Patient einzuebnen (Jacobi 1989, 95).

Die Rollenverteilung zwischen Therapeut und Patient ist typischerweise durch den Archetypus Heiler-Kranker vorgeprägt, und diese ordnende Kraft ist auch zur Vermeidung von Rollendiffusion wichtig. Jedoch besteht die Möglichkeit, daß sie den Patienten in der Rolle des Kranken fixiert (Guggenbühl 1978, 28). Deswegen sei es Aufgabe der Psychotherapie, auf die Überwindung einer starren Rollenfestlegung hinzuwirken, mit dem Ziel, eine dialogische Wechselseitigkeit zu etablieren.

Der Psychotherapeut könne, so Jung (1989, XVI, §23), wenn er in vollem Maße wirksam werden wolle, nicht nur Techniker bleiben, er müsse vielmehr „aus seiner Anonymität heraustreten und Rechenschaft von sich selber geben“, er müsse „auf seine professionelle Autorität und Anonymität verzichten können“. Das Konzept der analytischen Psychologie besteht darin, die Übertragungsbeziehung zunehmend in einer Dialogbeziehung zu überführen, wobei sowohl die Übertragungsdeutung als aber auch die korrigierende Erfahrung durch die zunehmende Transparenz und Authentizität des Therapeuten wirksam werden.

5.3.3 Die Individualpsychologie

In der Individualpsychologie A. Adlers spielt der Begriff der Dialogik als ein wichtiges Moment der Therapietechnik eine Rolle (Louis 1978, 48; Titze 1989, 52). Es kommt in diesem Begriff das Bemühen des individualpsychologischen Therapeuten zum Ausdruck, eine gewisse Gegenseitigkeit herzustellen, indem der Therapeut sich sowohl als der Verbündete des Patienten zeigt als auch insgesamt bemüht ist, „ohne Maske und Fassade aufzutreten“ (Louis 1978, 50). Letzteres bedeutet vor allem, daß der Therapeut seine Fragen, Konfrontationen und Deutungen möglichst in sehr direkter und durchsichtiger Form gibt und konsequent versucht, jede Form von Manipulation zu vermeiden (Esser, 1988, 49). Um dies zu gewährleisten, muß der Therapeut seine Gegenübertragung klären und kontrollieren. Das systematische Mitteilen der emotionalen Resonanz auf den Patient ist nicht vorgesehen, jedoch spielen Aspekte der Dialogbeziehung insofern eine Rolle, als der Therapeut sich bemüht, kongruent und als Gegenüber „real“ zu sein, indem er dem Patienten sehr direkt seine Überlegungen, Vorstellungen und Bedenken mitteilt. Es wird ein offen direktives, aber auch stützender, ermutigendes Vorgehen vertreten.

5.3.4 Die Gesprächspsychotherapie

Etwa ab Ende der 50er Jahre betonte Rogers zunehmend die Bedeutung der realen Begegnung von „Person zu Person“, ohne allerdings das Konzept der Alter-Ego-Beziehung aufzugeben. Zu dieser bedeutsamen Akzeptierschiebung hatten ihn die Arbeit mit schwer gestörten, auch schizophrenen Patienten sowie persönliche Kontakte mit Martin Buber geführt (Pfeiffer 1991; Beck 1991). Die Auseinandersetzung mit Bubers „Dialogischem Prinzip“ (Buber 1962) brachte Rogers zu der Überzeugung, daß es wichtig für den Patienten sei, den Therapeuten auch in unmittelbarer Gegenwart als konkrete und authentische Person zu erleben (Rogers 1973b, 47; Schmid 1991, 117ff). Denn indem der Therapeut seine Resonanz auf den Patienten in angemessener Weise zeigt, kann der Patient die Gültigkeit seiner Beziehungserwartungen und Inter-

aktionsmuster überprüfen und korrigieren. Fixierte Übertragungshaltungen werden durch die wiederholte und erlebnisintensive Konfrontation mit einer gegenläufigen Erfahrung modifiziert.

Die hier notwendige Haltung des Therapeuten wird *Echtheit* bzw. *Kongruenz* genannt, was bedeutet, daß der Therapeut in seinem Handeln als ganze Person „zugegen“ ist und mit sich selbst übereinstimmt (Rogers 1977, 162). Zwischen verbalem Ausdruck und nonverbalen Verhalten bestehen bei ihm keine Brüche. Das setzt voraus, daß der Therapeut frei von unbewußten Widersprüchen ist. Um dies zu gewährleisten, muß der Therapeut im Kontakt zu seiner „organismischen Erfahrung“ stehen, das heißt, er muß Zugang zu seinem Unbewußten haben, und jeweils erspüren können, wann er etwa trotz des Bemühens um Zuwendung insgeheim Gefühle von Verächtlichkeit oder Feindseligkeit gegenüber seinem Patienten hegt. Wenn es ihm gelingt, seine negative Gegenübertragung zu vergegenwärtigen, kann er sie auch bearbeiten und auf diese Weise seine Kongruenz wiederherstellen. Er kann sich aber auch, vor allem wenn dies immer wieder mißlingt, dem Patienten öffnen und seine Gefühle dem Patienten mitteilen. Diese Mitteilung setzt eine Selektion und damit vorgängige Bearbeitung dieser Gefühle voraus. Eine solche Mitteilung ist in doppelter Hinsicht begründet:

- Der Patient würde die Inkongruenz des Therapeuten, vor allem wenn sie länger besteht, ohnehin bemerken. Dies aber wäre auf längere Sicht für die therapeutische Einflußnahme destruktiv.
- Der Patient macht die seine bisherigen Beziehungserwartungen korrigierende Erfahrung, daß in einer Beziehung auch gegenseitige negative Affekte gezeigt und gerade so geklärt werden können. Denn er lernt, daß diese Offenheit mit dem ernsthaften Bemühen um Verständigung einhergehen kann, und daß so die Beziehung im konstruktiven Sinne gefestigt wird.

Es ist zu unterscheiden zwischen der Kongruenz des Therapeuten und seiner Selbstöffnung (self-disclosure). Die Kongruenz meint nur die Haltung von Authentizität und Eindeutigkeit, das Selbstöffnen bedeutet das Mitteilen von Gefühlen und Erfahrungen seitens des Therapeuten.

Die Mitarbeiter von Rogers haben beide Konzepte im Detail ausgearbeitet und operationalisiert. Truax (1962) erstellte eine fünfstufige Ratingskala, um die Kongruenz des Therapeuten aufgrund von Tonaufnahmen therapeutischer Gespräche einschätzen und das jeweilige Ausmaß von Kongruenz dann mit dem Therapie-Ergebnis vergleichen können. Carkhuff (1969, I, 187ff) legte eine solche Skala für die Einschätzung der Selbstöffnung vor. Sowohl für die Kongruenz wie für die Selbstöffnung wurden in mehreren Untersuchungen die Korrelationen dieser Einschätzungen mit dem Therapieergebnis ermittelt. Zwar waren die Befunde nicht einheitlich⁶, jedoch zeigen diese

⁶ Einige Untersuchungen zeigten positive, andere allerdings auch keine oder sogar negative Korrelationen. (Tausch 1970; Sachse 1997, 118ff) Diese Uneinheitlichkeit der Befundlage dürfte mehreren Faktoren zuzuschreiben sein. Einmal könnten die jeweiligen Stichproben zu heterogen gewesen sein. Es müßte deshalb die Indikation von Selbstöffnung empirisch geklärt werden, so daß eindeutig gesagt werden kann, welche Patienten auf diese Interventionen positiv ansprechen und welche das eben nicht tun. Zum anderen waren die verwendeten Einschätzskalen nicht einheitlich (Sachse 1997). Damit wird deutlich, daß das Selbstöffnen selbst keine einheitliche Größe ist, sondern daß hier unterschiedliche Dimensionen zu beschreiben sind. Diese müßten mit unterschiedlichen Skalen erfaßt werden. So könnte geklärt werden, welche Aspekte von Selbstöffnung bei welchen Patienten positive und welche möglicherweise eher negative Effekte zeigen.

Forschungen, daß die Gesprächspsychotherapie schon früh die Dialogbeziehung nicht nur konzeptuell formuliert hat, sondern deren Bedeutung auch empirisch nachzuweisen suchte.

5.3.5 Die Gestalttherapie

Die Authentizität und Kongruenz des Therapeuten ist in der Gestalttherapie wohl das bedeutsamste Therapieprinzip.

Die Selbstöffnung, d.h. die Mitteilung des Erlebens der therapeutischen Situation seitens des Therapeuten, ist hier eine zentrale Interventionsform.

In ausdrücklicher Bezugnahme auf die Existenz- und die Dialog-Philosophie wird in der Gestalttherapie die Intersubjektivität und Unmittelbarkeit der Begegnung von Therapeut und Patient betont. Dabei wird eine tendenziell auf Symmetrie angelegte und durch „direkte Kommunikation“ bestimmte Beziehung angestrebt (Maurer u. Petzold 1978, 55ff).

In dieser Offenheit will der Therapeut dem Patienten auch ein „positives Imitationsmodell“ für Introspektion und Selbstexploration sein. Hier wird dem Prinzip der korrigierenden emotionalen Erfahrung eindeutig Vorrang gegenüber dem der Einichtsvermittlung gegeben. Indem der Therapeut den Patienten an seinen Gefühlen und Reaktionsweisen teilhaben läßt, will er auch die einseitige Übernahme der Rolle des Experten vermeiden, die den Patienten nur in seiner Unselbständigkeit fixieren würde (Greenwald 1980, 126). In diesem Sinne soll der Therapeut auch nicht versuchen, überbehütend und absolut hilfreich sein zu wollen und damit dem Patienten die Verantwortung für sich selbst abzunehmen (Perls 1974, 44).

Der Therapeut will durch die Unmittelbarkeit seiner Interaktionsweise Katalysator für die Introspektion des Patienten sein. Diese Unmittelbarkeit und Offenheit des Therapeuten soll jedoch immer auf die aktuellen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten des Patienten ausgerichtet sein. Die Gefahr, daß der Therapeut hier in die Versuchung kommen könnte, beim Selbstöffnen eigene Konflikte auszugieren, wird gesehen, dem soll durch entsprechende Ausbildung des Therapeuten, u.a. intensive Selbsterfahrung, begegnet werden (Maurer u. Petzold 1978, 104).

5.3.6 Die katathym-imaginative Psychotherapie

Beim Imaginieren der verschiedenen Gegenstände (Wiese, Bach, Berg, Haus, Waldrand) begleitet der Therapeut den Patienten und versucht dabei eine „Peer-Situation“ herzustellen (Leuner, 1986, 183), aus der heraus er dem Patienten nicht nur Hinweise und Ratschläge gibt, sondern gelegentlich auch sein eigenes Erleben gegenüber den vom Patienten imaginierten (und verbalisierten) Situationen ausdrückt. Dieser Aspekt der Gegenübertragung bezieht sich also zunächst nur auf das imaginierte, nicht auf das tatsächliche Verhalten des Patienten. So könnte der Therapeut z.B. bei einem Patienten, der sich in seinen Imaginationen in allzu kontraphobischem Ungestüm dem imaginierten düsteren Waldrand nähert, sagen:

„Das würde mir jetzt Angst machen.“