

4.

Grenzüberschreitende Arbeiten

Von der Universität Maribor/Slowenien und in der Folge vom Interuniversitären Kolleg eingeladen, zum 150. Geburtstag S. Freuds den Festvortrag zu halten, gab der Autor diesem den Titel: "Mit Sigmund Freud Grenzen überschreiten".(2006). Die folgenden Beiträge verstehen sich in diesem Sinn als Grenzüberschreitung der Psychoanalyse/Psychotherapie. Das Interuniversitäre Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz/Schloß Seggau ist dabei der Ort, wo Austausch und Grenzüberschreitung interdisziplinär und interprofessionell stattfinden und damit ein kreatives Potential freisetzen.

4.1

Wirkfaktoren in der therapeutischen Kommunikation



In: Paß P.F.: Tiefenpsychologische Grundlagen. Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit (2001). college@inter-uni.net, Graz 2005

Von der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie kann gelernt werden, sich immer wieder an den „Berührungspunkt“ der Innen- und Außenwelt zu begeben und sich hier präsent zu halten – nach einem Wort von Novalis: „Der Sitz der Seele ist dort, wo sich Innen- und Außenwelt berühren.“ Der Fokus liegt im folgenden auf den Wirkfaktoren der therapeutischen Kommunikation, die sich von den Grundkonzepten der Psychoanalyse ableiten und in gewisser Weise die Erfahrungen des Autors als Psychoanalytiker „auf den Punkt“ bringen. Mit Wirkfaktoren ist gemeint: Was wirkt in der Psychoanalyse bzw. der therapeutischen Beziehung, so dass es zu einer Veränderung der psychischen Leidenszustände und weiters zu einer Transformation der Lebensperspektive eines Menschen kommen kann.



Übersicht: Wirkfaktoren in der therapeutischen Kommunikation

Die einleitenden Lernfelder des Moduls „Tiefenpsychologische Grundlagen“ der Masterlehrgänge des Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau (www.inter-uni.net) präsentierten Grundkonzepte psychoanalytischer Erfahrung im Hinblick ihre Nutzung in jeder therapeutischen Kommunikation. Dieses Lernfeld bietet eine direkte „Übersetzung“ an: Wozu die Psychoanalyse dienen und wie sie umgesetzt werden kann von Menschen, die in verschiedenen Gesundheitsberufen arbeiten.

Dabei geht es um eine besondere Haltung und Form, mit sich und anderen Menschen umzugehen. Von der Tiefenpsychologie kann - ähnlich vielleicht wie von manchen östlichen Meditationstechniken - gelernt werden, sich immer wieder an den „Berührungspunkt“ der Innen- und Außenwelt zu begeben und sich hier präsent zu halten – nach dem Wort von NOVALIS: „*Der Sitz der Seele ist dort, wo sich Innen- und Außenwelt berühren.*“

Im folgenden liegt der Fokus auf den Wirkfaktoren der therapeutischen Kommunikation, die sich von den Grundkonzepten der Psychoanalyse ableiten und in gewisser Weise auch die Erfahrungen des Autors als Psychoanalytiker „auf den Punkt bringen.“

Was wirkt in der Psychoanalyse bzw. in der therapeutischen Beziehung, damit es zu einer Veränderung der psychischen Leidenszustände und weiters zu einer Transformation der Lebensperspektive eines Menschen kommen kann?

Es geht dabei immer um ein Zusammenspiel verschiedener Kräfte und Ressourcen, von innen wie von außen. Wenn es Therapeuten und Klienten gelingt, in eine Interaktion zu treten, die sie „berührt“, geschieht damit eine Veränderung, ein „Kompostieren“ negativ erlebter Zustände, vielleicht sogar eine Heilung von Leidenssymptomen. Zugleich kommt es zum Erwachen von psychischen wie psychosozialen Wachstums-Ressourcen, zu gewünschten und zugleich erstaunlichen Entwicklungsschritten, wie wenn ein Kind nach vielen vergeblichen Versuchen

und „Anläufen“ plötzlich läuft: So ist es mit einem Menschen, der aus einem „Patienten“ zum aktiven Entdecker seiner eigenen Gesundheits-Ressourcen wird und mit Hilfe seines Therapeuten oder seiner Therapeutin den Mut und das Vertrauen findet, die eigene Autonomie zu übernehmen.

BALINT schlägt vor, auch in der Beziehung zwischen Arzt und Patient die Beschwerden sowie die Symptome des Patienten am besten als „Angebot“ an den Arzt aufzufassen, auf die dieser - über eine allfällige Intervention auf somatischer Ebene hinaus - „reagiert.“ Diese Reaktion wiederum würde die Krankheit und ihre Symptome beeinflussen.

1. Das klinische Sehen – der fremde Blick

Am Anfang von FREUDs eigenem Weg steht das Lernen bei CHARCOT, in der Salpêtrière (Lernfeld1, 2).

Wie schon beschrieben, lernte er hier das klinische Sehen, das er bei seinem Lehrer als eine künstlerische Begabung erfuhr: Dinge, die er nicht kannte, anzusehen und als etwas Neues zu erkennen. Das klinische Sehen bedeutet einem Menschen als einem fremden Wesen zu begegnen mit Offenheit und so bereit zu sein, mit einem fremden Blick Neues zu gewahren. Voraussetzung ist dabei, unsere eigenen Raster beiseite zu lassen und unserem Gegenüber ohne Vorbehalte, wie einem „Menschen vom Mond“ offen zu begegnen (vgl. Lernfeld 3).

Immer wieder wird von erfahrenen Therapeuten der Moment der ersten Begegnung als bedeutsam herausgestellt, da hier noch die eigene innere Einstellung der Fremdheit besteht. Sich sozusagen immer wieder an die Schwelle der ersten Begegnung zu begeben, schafft Offenheit und Akzeptanz.

Dies bedeutet, einen Vorbehalt zu haben gegenüber den eigenen inneren Bildern und Emotionen, die mein Gegenüber auslöst; zugleich ist es ein Vorbehalt gegenüber dem eigenen Wunsch, einem anderen Menschen die Fremdheit zu nehmen, d.h. sich selbst mit einem bekannten Raster in einer Begegnung zurecht zu finden, um so die eigene Spannung, etwas Neuem zu begegnen zu mindern.

Besonders in Gruppen erzeugt die Anfangssituation oft eine z.T. hohe Spannung, in der auch körperliche Zustände, wie etwa ein „Kribbeln“, zeigen, dass dieser Moment nicht gut auszuhalten ist.

Im klinischen Sehen versuche ich bewusst, einen anderen Menschen in seiner Fremdheit, seinem Anderssein auf mich wirken zu lassen mit all dem, was mich anspricht und anspringt von meinem Gegenüber und was mir auffällt an eigenen äußeren wie inneren Reaktionen.

Zur Psychoanalyse/ Psychotherapie gehört die Erfahrung von Fremdsein, das Heraustreten aus der gewohnten Alltagskommunikation. Nach FREUD ist das Unbewusste das „innere Ausland“: Teile der eigenen Lebensgeschichte und Persönlichkeit sind verdrängt, fremd geworden. Am Anfang jeder Psychoanalyse stehen die ersten „Aha-Erlebnisse“, Staunen und sich Verwundern, Aufdecken von Entfremdung: In Distanz gehen zum Klischee des „Eh-schon-Wissens.“

In der Abstinenzregel wird der Analytiker für den Analysanden als ein Fremder bewahrt, der in jeder Sitzung neu verfügbar für die diversen Rollen der Übertragung ist.

Umgekehrt lässt die gleichschwebende Aufmerksamkeit auch den Analytiker offen und achtsam bleiben für die Überraschungen und Variationen unbewusster Inszenierungen seitens des Klienten (Lernfeld 3).

Der psychotherapeutische Prozess wird oft mit einer Reise-Metapher umschrieben und erlebt als ein Erkunden von Neuland, als Irritation vertrauter Perspektiven.

Ethnoanalytiker, die zugleich Psychoanalytiker und Ethnologen sind (PARIN, PARIN-MATTHEY, MORGENTHALER, 1983) sprechen von: „mit dem fremden Blick das Eigene zu sehen“, die „soziale und politische Wildnis, in der wir leben“ kritisch zu durchleuchten und unser Unbewusstes als eine „Wildnis“ anzuschauen.

Zum klinischen Blick, wie die Psychoanalyse seit FREUD ihn einübt, gehört es, forschend sich einzustellen auf die Begegnung mit einem Menschen wie mit dem eigenen Unbewussten, neugierig zu sein und zu bleiben, zu pendeln zwischen dem Vertrauten und dem Fremden, das uns begegnet, wie auch zwischen den Gefühlen von Geborgenheit und Sicherheit einerseits und von Ängsten und Überraschungen andererseits.

Das Schauen nach innen und außen, die Achtsamkeit, die etwa der Zen-Buddhismus lehrt, entspricht dieser therapeutischen Haltung, wie sie die Psychoanalyse/ Psychotherapie ihrem Klienten entgegenbringt (vgl. dazu EPSTEIN 2000).

Für den Klienten ist es das Erlebnis, akzeptiert zu sein mit allem, was er mitbringt, als Portrait und Skizze seines Lebens.

Der klinische Blick, der den Menschen so, wie er ist und geworden ist, akzeptiert und zugleich genau hinschaut, ohne ihn festzulegen, hat etwas von der ursprünglichen Erfahrung an sich, die der Mensch als Säugling im Blick der Mutter erlebt: „Es ist gut, dass du da bist.“

An dieser Einstellung des Therapeuten, als Forscher mit jeweils neuer Offenheit und Neugier seinem Gegenüber zu begegnen, kann sich auch der Klient orientieren und damit selbst vom „Patienten“ zum Mitforscher werden. Er lernt, die Sprache seiner Symptome zu entziffern, den Dschungel seines Unbewussten zu erkunden, seiner inneren Wildnis und seiner Monster gewahr zu werden. Im Lauf der gemeinsamen Expedition ins Unbewusste, erfährt dabei der Co-Forscher, der Klient, dass oft wilde Schreckensbilder nur Vogelscheuchen sind, die beim näheren Hinschauen keine Angst mehr auslösen, sondern wie Masken und Fratzen aus der Vergangenheit sich verselbständigen haben, ohne dass die kindliche Ohnmacht und Hilflosigkeit weiterhin besteht.

Gerade das „Immer-wieder-Hinschauen“ ist eine Übung, im Umgang mit seiner inneren Welt sich zunehmend mehr zuzutrauen und erwachsen zu werden.

Ein Fallbeispiel mag dies verdeutlichen:

Ein Klient berichtet des öfteren von einer frühen Kindheitserinnerung, wie die Mutter in Wutsituationen die Zähne knirscht, die Fäuste ballt und die Augen rollt. Für den Klienten, inzwischen 40 Jahre alt, sind dies immer noch traumatische Bilder von totaler Unterdrückung und einem sprichwörtlichen Gebanntsein wie des Kaninchens vor der Schlange.

In einer langen Psychoanalyse gelingt es dem Analysanden mühsam, diesem Blick standzuhalten und die Repräsentanz (= das innere Bild) der Mutter mit dem bösen Blick aus seinem Gesichtsfeld hinauszuerwerfen. Dabei identifiziert sich der Klient wiederholt mit einer Skulptur in meiner Praxis. Es ist eine Tier-Mensch-Figur von einem ecuadorianischen Künstler, die besonders hervorstechende Augen und eine Reihe spitzer Zähne hat und auf überdimensional großen Füßen steht. Weiters betont der Analysand immer wieder, wie wichtig es für ihn ist, den Blick seines Analytikers lebendig, kraftvoll und warmherzig zu erleben. Offenbar braucht er zugleich den guten Blick seines Therapeuten wie den wehrhaften Blick der Tier-Mensch-Figur, um dem bösen Blick seiner Mutter, einer ganz frühen Elternrepräsentanz, apotrophäisch standzuhalten und ihn zu bannen. Eine wichtige Eigenerfahrung des Klienten ist es, dass er im Lauf seiner Psychotherapie das Schielen verliert und sein eigenes Sehen wieder kraftvoll erlebt. Hier hat das Sehen buchstäblich eine Heilwirkung erzielt, so wie es im therapeutischen Prozess für jeden Klienten ein Heilfaktor ist, „gesehen“ zu werden mit allem, was zu ihm/ ihr gehört.

Es sind elementare, menschliche Blick-Erfahrungen und Ressourcen, die in der Therapie wirksam werden (vgl. Lernfeld 3, 7). Der offene Blick sagt: *„Du bist akzeptiert, so wie du bist.“* Der fremde Blick sagt: *„Ich freue mich, dass es dich gibt.“* – Der vertrauensvolle Blick sagt: *„Du wirst es schon schaffen.“*

Von der frühen Erfahrung vom „Glanz im Auge der Mutter“ (Lernfeld 3, 7; Lernfeld 5, 9) bis zum vielfachen Erleben, zu sehen und gesehen zu werden, spiegelt sich darin die Resonanz menschlicher Begegnungen in allen Variationen physisch-psychischen Lebens. Entsprechend stellt schon die biblische Schöpfungsgeschichte an den Anfang jeglicher Existenz: „... und Gott sah, dass es gut war ...“ (Genesis 1).

2. Der Freiraum im Reden und die gleichschwebende Aufmerksamkeit im Hören

Wie bereits dargestellt (Lernfeld 3, 1), war es eine Revolution in der Arzt-Patient-Beziehung, dass BREUER seine Patientin Anna O. einfach reden ließ, ohne sie mit dem Raster eigener Fragen zu steuern. Sie hatte den Freiraum, alles zu sagen, was ihr in der jeweiligen Sitzung in den Sinn kam. Was BREUER intuitiv praktizierte, machte FREUD zur Grundregel der Therapie: *„Sagen Sie alles, was Ihnen in den Sinn kommt, ob....wichtig oder nebensächlich, auch wenn es vom Hundersten ins Tausendste geht, auch wenn es peinlich erscheint....“* (Lernfeld 2, 1). Diesem Freiraum des Klienten, alles zu sagen, was in den Sinn kommt, entspricht die Regel für den Therapeuten, sich in einem Zustand gleichschwebender Aufmerksamkeit zu halten, offen und wach zu sein für alles, was er zu hören bekommt von seinem Gesprächspartner, ohne Kontrolle und Zensur aufzuerlegen.

Damit erlebt der Klient eine Umkehrung dessen, was er sonst in einer Arzt-Patient-Beziehung bisher erlebte, wo er gefragt wurde, um dann Anweisungen und Ratschläge zu bekommen. Freiraum zum Reden zu erhalten, ergibt einen Prozess von großer Akzeptanz, so wie die Erfahrung, sich „freisprechen“ zu können von allem, was belastet, besonders von allem, was

bisher abgewehrt und verdrängt wurde.

Im Lauf besonders der frühkindlichen Sozialisation erlebt jeder Mensch eine Reihe von Sprechregeln, die ihm/ ihr vorschreiben, was sich gehört und was nicht: die lieben und die bösen oder auch „schmutzigen“ Worte. Besonders erlebt aber jeder Mensch, worüber „man“ spricht und worüber nicht. Jede Familie und Gesellschaft bildet eine Reihe von Tabus aus. In der Entstehungszeit der Psychoanalyse – und bis heute – sind es oft die Themen der Sexualität, wo es für ein Kind keine Worte gibt: für Sexualorgane, sexuelle Vorgänge u.a.

Adoleszente holen sich ihre Worte aus dem Jargon der „peergroup“ und überbieten sich im Niederreißen von Tabus, etwa im gegenwärtigen Sprachgebrauch von „schwul“, „geil“ u.a. aus dem Bereich des verbotenen Sprechens. Den Bereich des verbotenen Sprechens wieder in dem Gesprächskontakt zuzulassen, ist ein ursprünglich wichtiger Akt im therapeutischen Prozess der Psychoanalyse.

Herr C. - schon kurz erwähnt in Lernfeld 4, 3 - präsentiert eindrucksvoll seine Tabu-Sozialisation.

Wegen ständiger, zwanghaft erlebter, hypochondrischer Gedanken in der Psychoanalyse, wird ihm deutlich, dass das Sprechen über Krankheit für ihn der Ersatz ist, um nicht über Gefühle zu reden: eine Verschiebung.

Herr C. war von Kindheit an daran gewöhnt, seine eigene Welt vor den Eltern zu verstecken, auch buchstäblich: Er baute sich z.B. ein Versteck in einem Kleiderkasten, wo er seine persönlichen Dinge aufbewahrte und Stunden darin hocken konnte, ohne entdeckt zu werden. Vor seiner Gattin „versteckt“ er jahrelang intime Partnerschaften mit anderen Frauen.

In der Psychoanalyse ist es für Herrn C. immer wieder ein starkes Erlebnis, wenn die Gedanken und Worte „sprudeln“ – und die verschiedenen Gefühle in einer Sitzung zur Sprache kommen: sich klein fühlen, sich schämen, verwirrt sein bis zur Kindheitserinnerung: Er habe seine Eltern einmal umbringen wollen, um sich dadurch zu befreien, ständig anderen „die fröhliche Miene“ zeigen zu müssen. Immer wieder erlebt er seine Tabu-Gefühle dabei und die stillschweigende Aufforderung der Mutter bzw. des Vaters: *„Hast Du uns noch was zu sagen?“*

Die psychoanalytische Grundregel konfrontiert ihn mit der elterlichen Kontrolle und seiner „Lösung“, sich und seine Gefühle zu verstecken. Zugleich ist es eine Einladung, sich von den Sprech-Tabus zu befreien und dabei zu erfahren: Im gleichen Maß, wie er lernt, Gefühle zu äußern, wird das „hypochondrische Sprechen“ überflüssig.

Die Grundregel, die Einladung, alles zu sagen, was ihm einfällt, wie auch die Aufmerksamkeit seines Therapeuten, sind für diesen Klienten ausdrücklich therapeutische Faktoren, die ihn bewegen und zur Befreiung führen.

Natürlich bedeutet die vollständige Einhaltung der Grundregel, das heißt die Fähigkeit, alles zu

sagen, zugleich das Ziel, d.h. die Beendigung des therapeutischen Prozesses. Die Regel ist eine Einladung zur Befreiung und Emanzipation. Der Widerstand dagegen, bewusst oder unbewusst, begleitet die Einladung, ist zu respektieren und zeigt, wie weit Klient und Therapeut im therapeutischen Prozess gekommen sind.

Die gleichschwebende Aufmerksamkeit, das aktive Zuhören seitens des Therapeuten, ist eine hohe Anforderung. Ständig hat der Therapeut/ die Therapeutin auf die Abstinenz von eigenen Interessen und Absichten zu achten. Der weißen Leinwand beim klinischen Sehen, wo sich von Seiten meines Gegenübers alles abbilden kann, entspricht beim therapeutischen Hören die Leere von eigenen Stimmen bzw. die innere Offenheit für die Botschaft meines Klienten. Immer wieder ist es die elementare Frage: „Bin ich (Klient) für dich (Therapeut) überhaupt interessant?“

Akustisch bewirkt diese Kommunikation, dass Therapeuten am Abend eines arbeitsreichen Tages – z.B. ich selbst – zeitweise buchstäblich „nichts mehr hören“ können, wie wenn die Ohren müde sind. Zugleich ist das Hören im therapeutischen Dialog nicht nur ein akustischer Akt, vielmehr zugleich immer ein „*Hören mit dem inneren Ohr*“.

REIK (1976) spricht vom „*Hören mit dem dritten Ohr*“.

In der gleichschwebenden Aufmerksamkeit höre ich sowohl nach außen meinem Gesprächspartner zu, als auch nach innen, welche Resonanz die Worte meines Gegenübers in mir hervorrufen.

Gleichschwebende Aufmerksamkeit ist, ebenso wie die Grundregel für den Klienten, das Ziel der psychotherapeutischen Kommunikation für den Therapeuten.

„Gleich-Schweben“ bedeutet: In einem Zustand der Balance sich und seinen Partner wahrnehmen, achtsam sein für den Dialog zwischen ICH – ES – und ÜBER-ICH, zwischen Affekt und Inhalt; offen sein für das, was sich zwischen Klient/in und Therapeut/in abspielt in der Szene ihrer Interaktion.

Das Gleich-Schweben erweist sich als eine Einstellung und Fähigkeit beim Therapeuten, die als therapeutische Voraussetzung gilt und zugleich eine dauernde Übung von ihm erfordert, um so von der Heilkunde zur Heilkunst zu gelangen.

Das Gleich-Schweben dieser aufnehmenden therapeutischen Haltung umfasst alle Sinne, diakritische (Fernsinne: sehen und hören) wie kienästhetische (Nahsinne: spüren und empfinden).

Sie erfordert die totale psycho-physische Präsenz des Therapeuten im Hier und Jetzt (vgl. Lernfeld 3). Sich in der therapeutischen Präsenz des Hörens halten zu können, ist vergleichbar mit der Meisterschaft im Zen, nach innen und außen gerichtet zu sein (vgl. HANH 1998).

Für Klienten ist der Freiraum zum Reden wie die Erfahrung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, das Wahrgenommen- und Gehörtwerden durch den Therapeuten, ein elementarer Wirkfaktor zur psychischen Gesundheit.

3. Die wachstumsfördernde Erfahrung von Übertragung und Gegenübertragung zwischen Klient/In und Therapeut/In; die emotionale Verfügbarkeit

Wir haben dargestellt, wie die Entwicklung der Psychoanalyse ihren Anfang nahm mit der Entdeckung des Phänomens der Übertragung (Lernfeld 3, 1). Weiters hat sich gezeigt, wie die Übertragung des Klienten ihr Gegenstück findet in der Gegenübertragung des Therapeuten. Dies bedeutet ein emotionales Echo für die Gefühle und Rollen, die vom Klienten unbewusst dem Therapeuten "übergestülpt" werden. Mit jedem ersten Kontakt läuft bereits ein Rollenspiel, da der Klient unbewusste Rollenbilder und Beziehungsmuster seines bisherigen Lebens, vor allem aus seiner Kindheit, dem Therapeuten überstülpt. Dabei kann ein kleiner Stimulus (s. Kap. 3) der Auslöser sein. In der therapeutischen Beziehung gibt es immer „Anknüpfungspunkte“ für diese Übertragungen. Besonders im Lauf einer länger dauernden therapeutischen Kommunikation werden Schwachpunkte abgetastet, woran sich Übertragungen festmachen.

Damit sich die Übertragung inszenieren kann, ist es notwendig, dass ich als Therapeut verfügbar bin für verschiedene Rollen.

Die therapeutische Abstinenz bedeutet dabei: Sich freimachen von persönlichen Interessen, die sonst meine Alltagskommunikation begleiten. Hier ist sie ein Faktor in der therapeutischen Kommunikation. Es gilt, die Bühne, wo Wunsch- und Schreckgestalten auftreten können, frei zu halten, damit mein Partner die Regie führen kann – und zu „seinem Stück“ auch wirklich kommt.

In intensiver Weise gilt die ethische Standesregel, wie sie im hippokratischen Eid des Arztes festgehalten ist: keine wie immer gearteten eigenen Interessen zu verfolgen.

Ein Stück weit lasse ich als Therapeut mich „verwickeln“ in die Rollenzuschreibung, um dann mit dem Klienten die Bühne zu verlassen und die Zuschauer-Position einzunehmen, mit der Frage, welches Stück seiner frühen oder aktuellen Beziehungen mit dem Therapeuten in Szene geht.

Die Betonung der Abstinenz war für die Pioniere der Psychoanalyse wichtig, um bei dem Verstrickungs-Geschehen der Übertragung nicht in einem Strudel unterzugehen und um die therapeutische Kommunikation zum realen Leben auf Distanz zu halten.

In einem Zug damit wurde das emotionale Echo beim Therapeuten - die Gegenübertragung – gesehen, das möglichst zu unterdrücken sei.

In der weiteren Entwicklung der Psychoanalyse zeigte sich, dass die Gegenübertragung ebenso zur therapeutischen Kommunikation gehört wie die Übertragung und dass ihr Zusammenspiel den therapeutischen Prozess ergibt und eine wachstumsfördernde Erfahrung ermöglicht.

Bisweilen meldet sich beim Therapeuten – in seiner Gegenübertragung – ein Gefühl oder auch eine Körper-Reaktion, die besagen kann: Da stimmt etwas nicht; da ist etwas riskant, gefährlich, alarmierend, etwa im Fall von Selbstgefährdung beim Klienten, bevor dies im therapeutischen Prozess zur Sprache kommen kann.

Auf diese eigenen Signale in einer therapeutischen Beziehung zu achten, ist hilfreich und kann von entscheidender Bedeutung sein (vgl. Lernfeld 3, 5). Ob ich Sympathie oder Abstoßung bei einem Klienten erfahre, mich fasziniert erlebe von seiner Selbstdarstellung oder eher ohne Interesse, ist eine wichtige Beziehungs-Botschaft. Wenn ich auf diese innere Signalanlage achte, auf das Echo, die Resonanz meiner Gegenübertragung, verhilft mir dies, im weiteren genau hinzuschauen, hinzuhören.

So faszinierte mich kürzlich eine junge Dame, eine Malerin, die sich noch in letzter Minute für eine Therapiegruppe anmeldete und mir als ein besonderer „Glücksfall“ für die Gruppe erschien. Ich musste mich daraufhin deutlich bei der eigenen Nase fassen, um die Frage nicht zu übergehen, was sie denn – bei so viel Vorzügen – überhaupt veranlasse, eine Gruppentherapie zu besuchen. Sich als Glückskind, als „Sonntagskind“ vorzustellen, angesichts ihrer Situation, ohne Vater aufgewachsen zu sein, war offenbar schon die erste Übertragung, die mein Echo auslöste: welches Glück ist es, eine solche Tochter/ Gruppenteilnehmerin zu bekommen.

Das Phänomen der Übertragung/ Gegenübertragung ist ein allgemeines Alltagsphänomen (s. Lernfeld 3, 9) und wird in der Psychoanalyse als zentraler Wirkfaktor für den therapeutischen Prozess angesehen und eingesetzt. In der therapeutischen Beziehung können Menschen ein Stück ihrer Entwicklungsdefizite nacherleben und aufholen. Mithilfe der Abstinenz hält sich der Therapeut verfügbar für die diversen Rollenzuschreibungen seines Klienten. Wichtig ist es, wie schon gesagt (Lernfeld 3, 4), nach einer therapeutischen Sitzung innerlich den „Hut“ der Übertragung abzulegen, bzw. die fremde Rolle wieder abzustreifen, um ins normale Leben zurückkehren zu können und auch weiterhin verfügbar zu sein für die kommenden Variationen im Übertragungs-Rollenspiel.

So kann z.B. nach einer idealisierenden Sitzung in der dann folgenden, genau das Gegenteil sich inszenieren, etwa die Rebellion und der Umsturz des gerade aufgerichteten, überhöhten Eltern-Idealbildes.

Gerade wenn Therapeut und Klient so ideal „zusammenzupassen“ scheinen wie Schlüssel und Schloss, ist es wichtig, nicht die Übertragungs-Beziehung zu fixieren: etwa sich selbst als große Helferfigur zu genießen – auf Kosten der Hilflosigkeit des Klienten. Dies würde eine frühe Eltern-Kind-Konstellation fixieren: sich groß und den Klienten klein erleben.

Die Variationen der Übertragungs-Beziehung (s. Lernfeld 3, 6) haben eine große Bandbreite und werden z.T. – speziell im Bereich früher Störungen – in der Psychoanalyse noch weiter entwickelt. Wichtig erscheint es, mit diesem Phänomen in jeder therapeutischen Kommunikation zu rechnen und dabei achtsam zu sein. Wie weit in einer therapeutischen Beziehung Übertragung und Gegenübertragung ausdrücklich thematisiert werden können, ist eine Frage der eigenen Kompetenz.

Für die Erst-Begegnung ist sicher mit einer idealisierenden Übertragung zu rechnen, die dem Arzt/ Therapeuten Allmacht und Wissen der frühen Eltern zuschreibt und sich selbst die Hilflosigkeit des kleinen Kindes. Angesichts der beredten Klage ihrer neuen Patienten können dabei Therapeuten Ressourcen übersehen, die ihn/ sie bis jetzt leben und überleben ließen. Für den Anfang einer Therapie ist es die augenscheinliche Ressource, so viel Urvertrauen aufzubringen, um sich einem fremden Menschen (dem Therapeuten) in die Hand zu begeben.

Die Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Kommunikation gehören zum zentralen Konzept der Psychoanalyse und sind inzwischen in allen Psychotherapie-Verfahren (Analytische Psychologie, Gestalttherapie, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Ansätze der systemischen Therapie) weitgehend als Element der Arbeit anerkannt.

Psychotherapie bedeutet die besondere Beachtung und Gestaltung von Beziehung.

Das österreichische Psychotherapiegesetz - mittlerweile beispielhaft in der EU - stellt dies an den Anfang von § 1: Psychotherapie geschieht in einer Interaktion. Der zentrale Wirkfaktor in der therapeutischen Kommunikation ist die Beziehung mit allem, was inter- und intrapsychisch dabei geschieht.

Die Psychotherapieforschung der letzten Jahre hat ein – zunächst überraschendes –Ergebnis erbracht: Bei aller Verschiedenheit therapeutischer Schulen und Ansätze ist es entscheidend, dass eine therapeutische Beziehung entsteht. Fähigkeiten, die das Entstehen einer solchen Beziehung begünstigen, sind u.a. die Warmherzigkeit und Emotionalität des Therapeuten, weiters seine Bereitschaft, Entwicklung zuzulassen, sowie die Offenheit für die verschiedenartigen – positiven wie negativen - Gefühle.

4. Empathie und Konfrontation

Die therapeutische Kommunikation, die sich von der Psychoanalyse ableitet, ist ein Zulassen der Inszenierungen des Unbewussten, der Übertragung und Gegenübertragung, der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, die – wie „mit dem dritten Ohr“ – nach außen und innen hört.

Das Zulassen und Freiraum-Geben für den Klienten, sowie die Resonanz der eigenen bewussten wie unbewussten Gefühle, erfordert somit ein hohes Maß an Empathie und Einfühlung. Es bedeutet, sich ein zu schwingen in die körperliche wie emotionale Befindlichkeit meines Gegenübers. In der Psychoanalyse heißt es: mittels der Identifikation seitens des Therapeuten geschieht Kontakt und Dialog von zwei Partnern, die sich bewusst wie unbewusst begegnen.

Die Abstinenz macht den Therapeuten in einem hohen Maß verfügbar, in den diversen Inszenierungen der Lebens- und Traumwelt des Klienten eingesetzt zu werden. Aus dieser Rolle heraus vermag der Therapeut szenisch zu verstehen, d.h. im Lebensgeflecht eines anderen

Menschen sich zurecht zu finden. Die „Erfahrungen am eigenen Leib“, die der Therapeut in seiner Lehranalyse und Selbsterfahrung gemacht hat, lässt ihn sich probeweise identifizieren mit den Erfahrungen seines therapeutischen Partners.

Die empathische Fähigkeit des Therapeuten ist zugleich – durch Selbsterfahrung und Ausbildung – gekoppelt mit der Fähigkeit, auf Distanz zu gehen und zu reflektieren, zu schauen, einen Sinn in den Szenen und Rollen zu suchen und ihn dem Partner mitzuteilen.

Es ist die Übung des Pendelns „zwischen Kopf und Bauch“, dem sich Einlassen in die affektive Welt des Partners und dem Wiederauftauchen und Reflektieren: zwischen Bühne und Zuschauerraum oder auch - schwerpunktmäßig - zwischen den Hirnhemisphären – der rechten Hirnhälfte des Intuitiven, Ganzheitlichen, des Sich-Fühlens und der linken des Analytisch-Rationalen, der des Ordners.

Diese Form der Empathie oder der probeweisen Identifikation mit dem Klienten hat als Gegenpol die Konfrontation. Zur Expedition in das Reich des Unbewussten gehört immer wieder das Einhalten des Klienten, der Wunsch, nicht weiterzugehen, zu flüchten, Widerstand zu leisten und die alten Formen der Verdrängung einzusetzen, um doch ein Stück der alten Fassade zu retten.

Die psychoanalytische Kommunikation zeichnet sich dadurch aus, dass sie dem Rhythmus des Klienten Raum gibt und keine Mauern einreißt oder überspringt. Gerade im „Widerstand“ liegt es beim Klienten, auf sein inneres Gespür zu hören, selbst zu entscheiden, wann er/ sie sich den nächsten Schritt in der Entwicklung zutraut – oder auch vor einem Schritt vorwärts zunächst zwei Schritte zurückgeht, um einen Anlauf zu machen: „reculer pour sauter“ (= zurückgehen, um zu springen).

Zugleich bleibt der Therapeut an der Stelle stehen, wo ein „Widerstand“ auftaucht, konfrontiert den Klienten mit dieser Situation, etwa jetzt auszuweichen vor den Anforderungen seiner Realität bzw. die Ressourcen seines Unbewussten brach liegen zu lassen. Widerstandsphänomene wie Angst vor Veränderung, Mangel an Vertrauen oder Rebellion gegen den Therapeuten führen zu einer Dialektik zwischen Regression und Progression und gehören zum therapeutischen Prozess (vgl. Lernfeld 2, 8).

Analog zu BAURIEDL (1994) können wir von der „Arbeit mit zwei Händen“ des Analytikers sprechen. Mit der einen Hand – nach BAURIEDL der linken – ist der Therapeut einführend, verstehend, empathisch bei seinem Klienten. Mit der anderen Hand ist er ihm gegenüber der Anwalt der Realität, der aktuellen Beziehungen und Konflikte. Die eine Seite hat etwas einfühlsam Weiches, Mütterliches, die andere Seite etwas herausfordernd Väterliches. Das Zusammenspiel dieser beiden Seiten in der Haltung des Therapeuten bedeutet so etwas wie Heilkunst, die nach meiner Erfahrung ein Leben lang zu üben ist. Zugleich ist es der Weg, woraus dem Klienten neue Möglichkeiten in seinen Beziehungsmustern und in seinem Verhalten erwachsen können.

Es ist auch der Weg zwischen den regressiven Wünschen nach früher Akzeption, Wärme,

Geborgenheit, wie sie sich in der frühen Mutter-Kind-Dyade abspielt und dem Aufbrechen dieser Dyade durch die „Triangulierung“ durch den Vater, der in die Welt der Realität einführt und dem Kind hilft, Konfrontationen zu begegnen. Er gibt dabei Hilfe-Stellung, mit Ängsten und Unsicherheiten zu leben, zu überleben und gibt das Gefühl: Probleme sind dazu da, um gelöst zu werden. Du hast alle Ressourcen, die du brauchst. Ich begleite dich und halte dir vor Augen, dass du es schaffst, erwachsen zu werden, d.h. die Anforderungen des Lebens als Herausforderungen zu sehen und zu meistern (vgl. BLÄTTNER 2004).

Empathie und Konfrontation bedeuten Lebens- und Gesundheitsressourcen.

Zwischen Empathie und Konfrontation sich in der therapeutischen Kommunikation zu bewegen, bedeutet ein Pendeln zwischen mütterlicher Unterstützung, Wärme, Nähe und väterlicher Herausforderung, Distanz. Für beides bereit zu sein, schafft im Therapeuten/ in der Therapeutin nach meiner Erfahrung die Aktivierung einer androgynen Haltung und bedeutet deshalb eine fortdauernde innere Übung.

Zwischen Nähe und Distanz einen Freiraum zu geben als Therapeut/In, kann für Klienten ein besonders förderndes Beziehungserlebnis sein, angesichts seiner bisherigen Muster: entweder sich anzuklammern und Sicherheit zu suchen oder sich verlassen zu fühlen.

Der Freiraum mit dem Wechselspiel von Nähe und Distanz entspricht entwicklungspsychologisch der frühen Kommunikationserfahrung vom Kleinkind mit der Mutter, wenn es - im 2. bis 3. Lebensjahr – beginnt, sich zu „verselbständigen“ und mit der Erfahrung des Laufens ausprobiert, sich von der Mutter/ Bezugsperson zu entfernen und wieder zurückzukehren. Zunehmend im immer größeren Radius testet es seine Autonomie – wie in der „Wiederannäherung“ die Sicherheit bei der Mutter zu finden, ihr „Okay“ zu bekommen, d.h. die Erlaubnis, eine eigene Identität zu entwickeln.

Dies ist genau die Ressource für eine gesunde ICH-Entwicklung im Unterschied zur „schwarzen Pädagogik“ vom „Hänschen klein“, wo die wachsende Autonomie und Neugier - das Laufen „in die weite Welt hinein“ – vom Weinen der Mutter und den Schuldgefühlen gegenüber der Mutter bestraft wird.

Die Empathie des Therapeuten gibt dem Klienten/ der Klientin einen Freiraum für das Ausprobieren von Nähe und Distanz, von Separation und Wiederannäherung.

MAHLER (1999) nennt diese frühkindliche Phase der Identitätsentwicklung die „psychische Geburt des Menschen“ (vgl. ERIKSONS Diagramm Lernfeld 4). Mit seinem empathischen Begleiten von Nähe- und Distanzwünschen fördert der Therapeut nachgeholte Identitätstendenzen und –entwicklungen seines Klienten. Vor allem wird dieser Wirkfaktor bedeutend in der Abschlussphase einer therapeutischen Beziehung, der dann ausdrückt: *„Es ist okay, dass du selbständig wirst und mich nicht mehr brauchst“* – und zugleich: *„Die Türen bleiben offen – und ich freue mich, wann immer wir uns wieder sehen“* (vgl. Punkt 7 dieses Lernfeldes).

5. Holding und Containing

Die bisher vorgestellten Einstellungen und Haltungen in der therapeutischen Kommunikation sind abgeleitet von der psychoanalytischen Arbeit. Die Entwicklung der Psychoanalyse hat zur Arbeit mit sehr frühen Störungen geführt, die über die bisherigen Formen therapeutischer Kommunikation hinaus, besondere Formen therapeutischer Zuwendung erfordern.

WINNICOTT stellt fest: Die meisten von uns können von ihren Eltern sagen: Sie haben Fehler gemacht, sie haben uns ständig frustriert. Aber sie haben uns nie wirklich im Stich gelassen. Wirklich im Stich-Gelassen-Werden und einen frühen Mangel an ausreichend guter Versorgung zu erleben schafft eine psychische Deprivation sowie ein lebenslanges Bedürfnis, „gehalten“ zu werden: Wünsche nach hochgradiger Abhängigkeit in Freundschaften, im sozialen Milieu einer Familie, in den Beziehungen der Krankenpflege, der Sozialarbeit.

Ein großer Teil dessen, was eine Mutter mit ihrem Kind tut, könnte man als „Halten“ bezeichnen: das konkrete Halten, jede Form körperlichen Kontaktes, soweit es den Bedürfnissen des Kindes angepasst ist. Nach und nach lernt das Kind schätzen, wenn es losgelassen wird. Die Familie setzt dieses Halten fort; die Gesellschaft hält die Familie.

Die Therapie bzw. die Sozialarbeit kann als Professionalisierung dieser normalen Funktion der Eltern und örtlichen sozialen Gruppen beschrieben werden, als „Halten“ von Personen und Situationen, das eine Chance für die Entfaltung von Entwicklungstendenzen schafft (vgl. WINNICOTT 1994).

Diese Funktion des Therapeuten, die holding function, steht – ähnlich wie die Empathie - zwischen Loslassen und Festhalten, zwischen dem Wunsch, frühe Formen von Nähe und Sicherheit nach zu erleben und der Angst vor übergreifenden, missbräuchlichen Vorgangsweisen. Vor allem Klienten mit realen Verführungserlebnissen werden versuchen, im Verlauf der Behandlung diese Verführung zu wiederholen. Der Erfolg der Therapie hängt davon ab, dass diese Kindheitsverführung, die für das Kind vorzeitig ein wirkliches Sexualleben an die Stelle eines phantasierten gesetzt hat und ihm damit sein kindliches Vorrecht geraubt hat, uneingeschränkt zu spielen, nicht wiederholt wird und damit in gewisser Weise aufgehoben wird.

Die Holding function ist eine intensive Form der therapeutischen Kommunikation. Über die symbolischen Formen der Kommunikation, Sehen, Hören, Aufmerksamkeit, ist es eine körperbezogene Form, die Erfahrung körperlicher Nähe mit und ohne Berührung.

Patientin Sch. - schon in Lernfeld 4 erwähnt - ist nach einem Jahr drauf und dran, ihre Therapie abzubrechen. Sie bringt viele Träume, die erschütternd zeigen, wie sehr sie von ihrer Mutter und auch Schwester immer wieder im Stich gelassen wurde, so sehr sie ihnen täglich ihr Leid klagte. Ihr Wunsch, einen Menschen zu finden, der sie in die Arme nimmt, hat sich seit ihrer Kindheit bis heute nicht erfüllt. Obwohl sie als Kind jeden Tag ungezählte Male weinte, ging die Mutter nie darauf ein und vermochte es nicht, sich zu ihr zu setzen, sie zu „halten“. Vielmehr war sie und blieb offenbar ein „ungewolltes Kind“.

In der Therapie äußerte sie ihren Wunsch, der Therapeut möge näher zu ihr, näher ans Kopfende der Couch heranrücken. Ich erfüllte ihr zeitweise diesen Wunsch, glaubte später aber, dieses Bedürfnis sei für sie hinreichend erfüllt rückte wiederum etwas ab. Die Klientin aber erlebte meine erneute Distanz als eine Zurückweisung und Kränkung. Sie reagierte mit Rückzug, innerem Groll und der Ankündigung, die Therapie abubrechen. Zugleich hatte sie mehrfach ein Trommeln meiner Fingerkuppen wahrgenommen und sah dies als ein Zeichen, dass ich sie nicht mehr mochte. In mehreren Gesprächen im Gegenübersitzen konnten wir die Situation klären: Ich konnte der Klientin den Zeitpunkt ihres Rückzugs „nachweisen“ im Zusammenhang mit einem Traum, in dem sie die Mutter rief, um ihrer todkranken Katze zu helfen, wobei sich die Mutter – zur Erschütterung der Klientin – aber von ihren Hilferufen im Traum überhaupt nicht beeindruckt ließ, so als sei ihr das Leben der Katze völlig gleichgültig. Die Klientin konnte selbst die Symbolisierung dieses Traumes deuten als Gleichgültigkeit der Mutter ihren Hilfescreien und –signalen gegenüber. Dieser Traum brachte eine tiefgreifende Erschütterung mit zeitweiligen Suizidwünschen, da er der Klientin ihre Kindheitssituation und Deprivation vor Augen führte. Der Therapeut konnte diese Situation im ersten Augenblick nicht auffangen, so sehr er der Klientin zusätzliche Hilfen – wie die begleitende „Versorgung“ durch eine Nervenärztin und Kollegin - anbot, wie auch die ständige Möglichkeit während seines Urlaubs, ihn privat telefonisch anzurufen. Die Klientin schien diese Hilfsangebote überhaupt nicht ernst zu nehmen und erlebte die Nachdrücklichkeit des Therapeuten als ein „Schimpfen“.

Erst als der Therapeut auch seinen „Fehler“ an Aufmerksamkeit (das Fingerklopfen) eingestand und sich dafür entschuldigte und auch wieder eine größere Nähe in seiner Sitz-Position einnahm, fasste die Klientin erneut Vertrauen und genug Hoffnung, um die Therapie fortzusetzen.

Sie hatte sehr deutlich die Vernachlässigung durch die Mutter mit dem Therapeuten re-inszeniert und die holding function durch ihren Therapeuten eingefordert.

Beim genauen Wahrnehmen der Nähe registrierte ich, dass offenbar etwas bei der Klientin mich wieder in die Distanz gebracht hatte: Die Klientin, die u.a. auch wegen Bettnässen mit über 30 Jahren sich zu einer Therapie entschlossen hatte und die während der Therapie dieses Symptom nur noch in größeren Abständen hatte, verbreitete, wenn ich ganz nah bei ihr saß, einen eigenartigen Körpergeruch, der mir nicht sympathisch war. Offenbar hatte ich zunächst Mühe mit der holding function, da ich die Klientin „nicht (so gut) riechen konnte“.

Das „Halten“ dieser Klientin bedeutet längere Zeit auch ein „Aushalten“ ihres inneren wie äußeren Zustandes und zeigt die Bandbreite der holding function in der therapeutischen Kommunikation.

Auf Wünsche nach Nähe und körperlicher Berührung angesprochen, äußerte die Klientin zeitweilig die Phantasie, es wäre ihr am liebsten, dass ich in ihrer Nähe säße, nicht aber sie berührte. Dann wieder zeigt sie den deutlichen Wunsch nach Berührung und schreibt mir später dazu: *„Das Großartigste in meiner Therapie waren die Augenblicke, in denen Sie die Hände auf*

meine Schläfen gelegt haben.“

Bei der Begrüßung und Verabschiedung ist ihr Händedruck eher schlaff, „zurückhaltend“, was für ihre Beziehungssituation symptomatisch ist. Sie hat bisher noch in keiner Partnerbeziehung gelebt. Vielmehr nährt sie sich von sozialen Kontakten und – als Musiklehrerin – körperlich nahen Kontakten mit ihren Schülern.

Containing:

Der Therapeut steht dem Klienten in besonderen Situationen als „Container“ zur Verfügung, bietet Raum und Platz für Gefühle des Schreckens, hält sie aus und gibt sie dem Klienten in akzeptabler Form zurück, „entgiftet“, „entschärft“.

Es ist dann so, wie wenn eine Mutter ein übererregtes Kind, das sich selber so nicht mehr aushalten kann, auf den Arm nimmt und die hohe Erregung auf sich übertragen lässt und damit dem Kind Beruhigung und Ausgleich vermittelt.

Dies ist möglich, wenn der Therapeut den Klienten in seiner psychischen Erregung bei sich aufnimmt, zugleich aber nicht mit ihm „verschwimmt“, sondern selbst „ganz“ bleibt, sozusagen in seiner Mitte zentriert.

Dies verlangt, sich nicht zum „Mülleimer“ zu machen: einerseits den Analysanden in sich aufzunehmen mit seinen z.T. übererregten Gefühlen, zu halten und zugleich ihm gegenüber auf die Grenzen zu achten und den eigenen Lebens- und Bewegungsraum sich zu erhalten.

Die therapeutische Kommunikation geht nach innen und nach außen und bedeutet primär, dass der Therapeut immer auch mit sich gut und achtsam umgeht.

Wie das Containing wirken kann, zeigte mir der Brief einer schwer gestörten Klientin, mit der ich ein Jahr in der Psychiatrie arbeitete: Oft war es nur ein Beieinandersitzen und schweigend ihre Bilder anschauen, die sie häufig in die Therapie mitbrachte und die z. T. ihre innere Not, immer wieder auch ihre Scham zeigten und ihren Wunsch, sich zu verstecken. Wie sie dies hilfreich erlebte, beschrieb sie mir manchmal in Briefen, zuletzt in einem Brief, 15 Jahre nach Beendigung ihrer Therapie: „An einem Regentag im guten Zimmer mit Aussicht: Ich habe gerade an Sie gedacht und möchte mich bei Ihnen bedanken für eine Therapie, die mein Leben beeinflusst hat. Damals jedoch, als Sie es mir ermöglichten, im Kulturzentrum (meine Bilder) auszustellen, war ein schlechter Zeitpunkt, denn es begannen sieben schwarze Jahre. Diagnose: Psychose. Erst später begann ich Medikamente zu nehmen, um weiterleben zu können. Doch die Zeit der Therapie mit Ihnen half mir vieles zu verkraften. Diese erdige meditative Kraft, die Sie mir vermittelt haben in ruhigen, besonnenen Worten.“

Holding-Containing bedeutet: einen Menschen in seiner psychischen Not und Erregung bei sich ankommen zu lassen, halten, in sich aushalten und vielleicht auch zusammenhalten. Dies ist ein

Weg, dass sich ein leidender Mensch auch selber – wieder – aushält und an der Ruhe und Ganzheit seines Therapeuten partizipiert.

Wie die Klientin in ihrem Brief an mich beschreibt, geht dies über eine therapeutische Technik hinaus und bedeutet eine zentrale Haltung von Offenheit und Ganzheit, Gesammelt-sein und Sammeln – wie in einer Meditation oder wie in einem künstlerischen Prozess ihrer Bilder.

6. Die „Droge Arzt“ und die therapeutische Präsenz

Mit der Vorstellung der Wirkfaktoren in der Psychotherapie kommen wir immer mehr zum zentralen Faktor: es ist die Persönlichkeit des Therapeuten oder der Therapeutin, der oder die sich öffnet für eine menschlich-professionelle Beziehung zu seinem Klienten.

BALINT fasst den Wirkfaktor zusammen in der Metapher: „Die Droge Arzt“.

In seiner Arbeit als praktischer Arzt wie zugleich als Psychoanalytiker fand er heraus, dass die am häufigsten in der Allgemeinpraxis verwendete „Arznei“ und auch die wirkungsvollste, der Arzt selbst war.

Im Hintergrund steht die Annahme, dass in der ärztlichen Allgemeinpraxis ein Drittel bis die Hälfte der Patienten, die wegen eines Leidens die ärztliche Sprechstunde aufsuchen, seelisch Leidende sind (vgl. KNOEPFEL 1977, 1321 u.a.).

UEXKÜLL nimmt sogar bis 95 % psychisch-somatisch beeinflusster Erkrankungen an (vgl. Lernfeld 4), bei denen sich eine emotionale Störung offen oder versteckt in den körperlichen Symptomen ausdrückt (UEXKÜLL 2001).

Ob diese Erkrankungen als „funktional“ etikettiert werden oder volle medizinische Aufmerksamkeit erfahren, ist für den Krankheitsverlauf von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Analog einem Pharmakon zeigt die Haltung des Arztes, sein Kontakt zum Körper und zur Seele seines Patienten Wirkung. Über die Beruhigung über den als kompetent erlebten Arzt und das Gefühl, bei ihm gut aufgehoben zu sein, hinaus, bedeutet die „Droge Arzt“ allerdings eine Wechselwirkung zwischen Patient und Arzt. Mit dem ersten Besuch beginnt bereits in der Interaktion die Übertragung und Gegenübertragung.

BALINT schlägt vor, in der Beziehung zwischen Arzt und Patient die Beschwerden sowie die Symptome des Patienten am besten als „Angebot“ an den Arzt aufzufassen, auf die dieser „reagiert.“ Diese Reaktion wiederum würde die Krankheit und ihre Symptome beeinflussen (vgl. Lernfeld 4).

Wenn etwa ein Patient bei seinem Arzt über Halsschmerzen klagt, könnte der Arzt in der überlieferten Weise reagieren, in den Hals schauen, Pharyngitis diagnostizieren, Antibiotika verschreiben und so den Patienten auf der somatischen Ebene fixieren. Er könnte aber auch bei der Betrachtung der Symptomatik – über Hals und Körper hinaus – noch seine Gefühle mit einbeziehen und die Sprache der Symptome als eine Botschaft sehen, wie sich Spannungen und

Konflikte in der Lebenssituation eines Menschen ausdrücken, einen Hilferuf darstellen, einen Appell um Aufmerksamkeit und Verständnis.

Aus seiner Untersuchung der frühen Mutter-Kind-Interaktion, die weitgehend präverbal und über den Körperausdruck verläuft, findet BALINT die Ursache für schwere Störungen, den sogenannten Grundstörungen, in einer „nicht genügend guten mütterlichen Versorgung“ (der Begriff wurde später vor allem von BALINTs Schüler WINNICOTT verbreitet). Dies führt zu einer Übertragung auf den Arzt, analog zur allmächtigen Mutter.

Wenn der Arzt seiner spontanen Gegenübertragung folgt, wird er das frühe Mutter-Kind-Verhältnis „agieren“, sich allmächtig - hilfreich zeigen und so die Ressourcen seines Patienten „klein“ halten, d.h. die frühe Störung weiter in seiner Interaktion und ärztlichen „Versorgung“ wiederholen.

Im Fall der negativen Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung erlebt er den Patienten möglicherweise als eine „Überforderung“, weist ihn in seine Grenzen und wiederholt damit die mütterliche Zurückweisung. Damit bleibt das emotionale Defizit dieses Menschen weiterhin bestehen, sein „Angebot“ und der „Appell“ bleiben ungehört und unverstanden.

Die bisher genannten therapeutischen Haltungen, Wirkfaktoren, auch „Wir-Faktoren“, können dem Arzt wie dem Therapeuten helfen, nicht spontan eine Gegenübertragung – positiv wie negativ – zu agieren, sondern die therapeutische Beziehung genau anzusehen, den Appell wahrzunehmen, empathisch und zugleich konfrontierend zu bleiben und bereit zu sein, einem leidenden Menschen in sich Raum zu geben, im Holding und Containing.

Verstehen, Begleiten, Anteilnahme ist auch dann noch eine wertvolle Möglichkeit, wenn eine direkte Hilfe nicht - oder nicht mehr – möglich ist, wie bei einem chronisch Kranken, Invaliden, Alten, Unheilbaren und Sterbenden. Hier kommt eine tiefe menschliche Erfahrung „zum Tragen“ und „trägt“: nicht allein gelassen zu werden.

Nur wenn ein Arzt oder Therapeut den Wert seiner Anteilnahme spürt, auch wenn er medizinisch-therapeutisch nicht mehr heilen und helfen kann, ist er zum Begleiten fähig. Sieht er den Wert des Begleitens nicht, dann wird er sich früher oder später von diesen Kranken abwenden, da er seine eigene Hilflosigkeit nicht erträgt.

KÜBLER-ROSS hat das am Beispiel der Sterbenden gezeigt (KÜBLER-ROSS 1973, zit. in KNOEPFEL 1977, S. 1327), HEIM am Beispiel der psychisch unheilbar Kranken (HEIM 1978).

Hier stoßen wir freilich auch an die Grenzen dessen, was ein Gesundheitssystem unter der Maxime von Effizienz und Gesundheitsökonomie zu leisten vermag.

Wir sind bei einem therapeutischen Basis-Faktor angelangt und der Grundhaltung des Therapeuten, die sich im therapeutischen Tun ausdrückt: *„Ich lasse dich nicht allein. Ich begleite dich. Hier bin ich – ganz für dich da.“*

Zugleich bedeutet es eine Achtsamkeit für die eigenen äußeren und inneren Ressourcen: *„Für dieses Tun halte ich mich bereit und achte darauf, dass es mir gut genug geht und dass ich ganz bei mir bin.“*

Ganz präsent zu sein für einen anderen Menschen – und zugleich bei sich, ist die Basis und das Ziel in einer therapeutischen Kommunikation, die von der Psychoanalyse lernt, zugleich mit sich wie mit seinem Partner in Kontakt und Begegnung zu sein.

Wirklich präsent zu sein, ist zugleich ein Übungsweg, etwa der der Meditation im Zen-Buddhismus oder auch das „kostbarste Geschenk“, das Liebende sich machen können (HANH 1998).

An dieser Stelle zeigt es sich, wie die therapeutische Kommunikation als Heilkunde und Heilkunst, einmündet in die tiefen Erfahrungen, die ein Mensch in seinem Leben machen kann, etwa in der Meditation oder in einer Liebes- oder Eltern-Kind-Beziehung.

Es zeigt sich auch die Perspektive der WHO-Definition, dass jeder Mensch ein Recht hat auf Gesundheit in sozialer, körperlicher, seelischer und spiritueller Hinsicht (vgl. ENDLER et al. 2004 in diesem Modul).

7. „Kompostieren“ oder Wachsen mit den eigenen „Fehlern“ und Grenzen

Was zum Beginn einer therapeutischen Ausbildung als Aufgabe erscheint, zwischen Fall und Selbsterfahrung zu lernen, scheint im Lauf einer Therapeutenkarriere oft zu verschwinden. Dagegen steht ein Satz, den mir meine Lehrtherapeutin einmal sagte und der wie kaum ein anderer Satz in meiner therapeutischen Selbsterfahrung nachwirkt: *„Schüler lernen am meisten aus den Fehlern ihrer Lehrer.“*

Entgegen der Selbst-Idealisierung von „guruhaften“ Therapeuten sehe ich darin eine dauernde Herausforderung: sich den eigenen Fehlern zu stellen.

Jeder angehende Therapeut hat natürlich Angst, in der Therapie etwas falsch zu machen und Schaden anzurichten. Gerade diese Angst aber bedeutet eine „Falle“ und schafft Barrieren.

In der intensiven und oft länger dauernden Beziehung einer Psychotherapie ist es unvermeidlich, dass ein „faux pas“ geschieht, u.a. auch ein solcher, der wirklich peinlich ist. So bemerkte einmal ein Analysand mit Entrüstung, wie schmutzig er meine Toilette vorgefunden habe. In der nächsten Sitzung kam verspätet meine Information, dass es sich um Reste aus einer ins Klo geschütteten Teekanne handelte.

Zu spät kommen, sich bei einer Honorarnote verrechnen, ein Übersehen auf der Straße: Es sind viele Situationen, bei denen ich mich inadäquat verhalten habe.

Der Angst, ja keinen Fehler zu machen, ist inzwischen meine Haltung gewichen, offen die

Situation zu besprechen, gerade wo etwas für mich als Therapeuten peinlich erscheint und entsprechend – wo angebracht – mich zu entschuldigen. Im Gegensatz zur Angst aus meiner therapeutischen „Lehrlingszeit“ bemerke ich immer wieder, dass gerade der offene und angstfreie Umgang mit meinen Fehlern - oft mit Humor, Selbstironie oder genügend Leichtigkeit gepaart - eine erstaunliche Wirkung auf den therapeutischen Fortgang zeigt: Mich so als Mensch zu erleben und dabei auch die eigene Angst vor Fehlern zu relativieren, wie auch den Zwang, perfekt zu sein, ist eine therapeutische Ressource.

Allerdings sollte dies nicht als Trick eingesetzt werden, sondern muss sich authentisch aus der Situation entwickeln.

Bei aller Souveränität, die sich vielleicht aus dem Letzten zeigt, gibt es aber für jeden Therapeuten/ Therapeutin wirkliche Schwachpunkte, die er/ sie noch immer mit sich herumträgt.

So ist es für mich eine Erfahrung, die mir noch immer einiges an innerer Arbeit abverlangt, wenn ein Klient/ eine Klientin ihre Therapie abbricht oder unterbricht, ohne dass wir uns darüber einvernehmlich – emotional einvernehmlich – einigen konnten.

So erleben es ja auch Eltern von heranwachsenden Kindern, dass diese immer „zu früh“ und noch „nicht reif genug“ von daheim weggehen. Beim Therapeuten, d.h. bei mir, läuft dann die Bilanz, ob ich genug getan habe, nicht früher irgend etwas übersehen habe - auch wenn ich mich überwinde, den/ die Klient/ in gehen zu lassen.

Ich weiß, dass dies einer der stärksten Autonomie-impulse ist, nicht wie die Mutter von „Hänschen klein“ zu handeln, und beim Abschied Schuldgefühle mit auf den Weg zu geben. Vielmehr emotional und inhaltlich zu spiegeln: Es ist okay, dass du gehst. – Und weiters: Du bist es, der mich damit überrascht – und nicht ich bin es, der dich fortschickt.

Zum Abschied gebe ich dir mit: Dies hier bleibt ein Haus mit offenen Türen; du bist jederzeit willkommen und ich freue mich, wenn wir uns irgendwo begegnen. Viel mehr zu sagen, wäre wiederum ein Trick meines Unbewussten, jemanden doch innerlich zu binden – und nicht wirklich gehen zu lassen.

Am Ende noch eine Fallgeschichte:

Ein Klient kommt nach einer längeren Therapie bei mir in die Situation, dass er als Jurist einen Auftrag bekommt, eine Berufsorganisation zu vertreten, die sich mit der meinigen in einen Konflikt begibt und die ich derzeit als Funktionär zu vertreten habe. Wir reden die Situation aus und stellen beide fest, dass wir die therapeutische und juristische Situation nicht voneinander – in unseren Phantasien und unserem Engagement – trennen können.

Jeder von uns beiden weiß, dass neben der realen auch die Übertragungssituation eine Rolle spielt. Mein Klient soll sich von mir als seinem Ersatz-Vater emanzipieren und will nicht klein begeben, wie in seinem bisherigen Leben seinem Vater gegenüber, der ihn beruflich (selbst

auch ein Jurist) neben sich nicht hochkommen ließ. D.h. dass weder ich mich in meiner Rolle als Funktionär meines Berufsverbandes zurückziehen will, noch mein Klient sich diese berufliche Chance entgehen lassen will.

Als Lösung kommt uns die Idee, für eine genügend lange Zeit die Therapie auszusetzen und dann nach zwei Monaten wieder Kontakt aufzunehmen und zu besprechen, ob eine Fortsetzung möglich ist oder nicht.

Nach zwei Monaten treffen wir uns wieder und können beide feststellen, dass die juristische Streitfrage inzwischen sich weitgehend geklärt hat und wir unsere Arbeit fortsetzen können. Mein Klient war inzwischen mehrfach beruflich erfolgreich. Besonders überrascht ihn, emotional, von mir keinen Vorwurf zu hören.

Dazu bringt er folgende Geschichte: Als 4-jähriger Bub findet er ein Zehngroschenstück auf der Straße. Seine Mutter sagt, er solle es in die Spardose geben. Er aber nimmt das Geldstück, kauft dafür ein Stück Stollwerk-Schokolade und weiß noch heute, wie gut es schmeckte. Zugleich ist er stolz, dass er das selbständig so geschafft hat: ins Geschäft zu gehen, die Schokolade zu verlangen, zu bekommen und zu bezahlen, genau wie er sich das vorher überlegt hatte: so geht das und ich kann das. Seine Mutter aber tadelt ihn: Das hast du gegen mein Verbot gemacht und jetzt bist du auch noch stolz darauf.

Das ganz andere Verhalten seines Therapeuten, der ihm keinen Vorwurf macht, sondern ihm gratuliert, lässt ihn diese Geschichte seiner Kindheit uminterpretieren: Nicht mehr die Schuld-, sondern die Erfolgsgefühle, das heißt die Ressourcen anstelle der Defizite, stehen jetzt im Mittelpunkt und bringen einen sichtlichen therapeutischen „Wachstums-Schub“.

Mir als Therapeuten bringt diese Situation ebenfalls eine Wachstums-Erfahrung. Trotz langer Professionalität war es eine neue Erfahrung, so in einen Konflikt zu geraten, die mich vor die Frage stellte, ob die ganze therapeutische Arbeit jetzt abgebrochen werden müsse bzw. ob sich meine Funktionärs-Rolle überhaupt auszahle.

Das offene Austragen des Konfliktes – als zweier gleichberechtigter Partner – wie das Aushalten der Zwischenzeit, erweist es sich als eine therapeutisch produktive Herausforderung und erbrachte meinem Klienten wie mir eine Erfahrung inneren Wachstums. Die Erfahrung der Grenze, das Erleben negativer Gefühle ist eine Chance zum „Kompostieren“ und zum Gewinnen von Entwicklungs- bzw. Heilungsressourcen.

Jemanden fortgehen lassen, kann für den Therapeuten eine Grenzerfahrung bedeuten, die heftige Gefühle der Gegenübertragung wie auch reale Ängste mobilisiert: etwa im Fall der Suizidalität.

So re-inszenierte Frau Sch. (schon erwähnt in Lernfeld 4, 8 und in 6, 5) ihre frühen traumatischen Erfahrungen, schon in der Schwangerschaft ein „ungewolltes Kind“ und auch später vielfach von ihren Angehörigen abgelehnt worden zu sein, indem sie ihrem Therapeuten immer wieder unterstellte, kein wirkliches, sondern nur ein professionelles bzw. finanzielles

Interesse an ihr zu haben, bis zu dem Punkt, dass sie nach mehreren Anläufen ihre Therapie beendete.

Das Letzte, was ich ihr in dieser Situation mitgeben konnte, war meine Zusicherung, dass auch nach der Beendigung der Therapie sie sich jederzeit an mich wenden könne, wenn sie mich brauche, so wie das Angebot, ihr eine Therapeutin, eine Kollegin zu vermitteln, die „vielleicht stärker ihrem Wunsch nach sichtbarer Gefühlsresonanz“ entsprechen würde.

Sie nahm dieses Angebot an und schrieb eine Woche später einen Brief, dass sie diesen Schritt mit mir habe tun müssen und weiters: *„Es stimmt auch nicht, dass Sie mir nichts geben können.“*

Und eine weitere Woche später ruft sie mich an, um ihre Therapie wieder aufzunehmen. Offenbar brauchte sie dieses zwischenzeitige Fortgehen von mir, um mich ebenso wie ihre eigene Autonomie zu „testen“ (vgl. Punkt 4).

Sie schrieb: *„Ich glaube, dass es noch einmal passieren musste, dass ich völlig allein bin, von allen im Stich gelassen, um alles noch einmal zu erleben, alles zu verstehen und vor allem noch einmal die Möglichkeit zu haben, zu wählen, nicht zu verzweifeln, nicht (mit dem Leben) abzuschließen, sondern es mir selbst wert sein zu leben.“*

Die Grenzerfahrung, die sie für sich wie für ihren Therapeuten mit ihrem „Fortgehen“ macht, ist offenbar für sie überlebenswichtig. Das Zulassen ihres Fortgehens stellt mich als Therapeuten vor eine tiefe Vertrauens-Probe: mich zurückzunehmen und meiner Klientin zu überlassen, eine Art Grund-Entscheidung zu treffen. Als Kind, von ihren Eltern ungewollt, will sie nun selbst an diesen Anfangspunkt gehen und erleben: Ich bin es mir selber wert zu leben.

8. Von der Leichtigkeit, vom Lachen und vom Humor in der therapeutischen Beziehung

Mit dem letzten Punkt sind wir unversehens noch zu einem weiteren Wirkfaktor in der Therapie gelangt: zu Freude, Humor und Leichtigkeit.

FREUD wird beschrieben als Mensch von Witz und – vor allem trockenem – Humor.

KOHUT nennt das Auftreten von Humor eine Frucht der therapeutischen Arbeit, *„als ob die Sonne unerwartet durch die Wolken bräche.“* (KOHUT 1975, S. 365)

Therapeuten zeigen oft in ihren Gesichtern und Umgangsformen, dass sie – wie ihre Klienten - „Problem-Menschen“ sind, „seelische Schwerstarbeiter“.

Speziell bei Psychoanalytikern / Tiefenpsychologen scheint als Standard zu gelten, eine möglichst „tiefe Deutung“ zu finden, wie auch eine möglichst „schwere Störung“ zu diagnostizieren.

Nachdem die Psychoanalyse im Lauf ihrer 100-jährigen Geschichte zu immer früheren und

schwereren Störungen gefunden hat, ist nun wohl auch eine Beachtung von Patho- und Salutogenese zugleich angesagt, wie es das Projekt "Integrative Gesundheitsarbeit" nahe legt im Sinn einer Ökonomie seelischer Ressourcen.

FREUD hat bereits eingeschärft, in der therapeutischen Arbeit gerade nicht zu sehr „in die Tiefe“ zu gehen, sondern nur so weit wie notwendig sich in frühe Regressionen und Störungsbereiche einzulassen, d.h. generell „von der Peripherie“ her zu arbeiten.

MORGENTHALER fordert, neben der Störung immer auch die Ressourcen zu diagnostizieren, einen Klienten als Partner „so gesund wie möglich und nicht so krank wie möglich“ einzuschätzen (MORGENTHALER 1978, S.78).

Dazu gehört es, nicht nur die belastenden, traumatischen Erfahrungen eines Menschen zu erheben, sondern auch freudige Situationen zu beachten (vgl. KAST 1991).

Jemanden ernst-nehmen gilt in unserer Kultur als Form besonderer Zuwendung. Wie schaut es aus mit dem Gegenpol: jemanden „fröhlich-nehmen“?

Der Psychoanalytiker – mit dem bezeichnenden Namen SCHALKWIJK - meint dazu: „*Eine abgeschlossene Psychotherapie oder Analyse, in der nie gelacht oder zumindest gelächelt wurde, taugt nichts.*“ (SCHALKWIJK 1997, S 183)

Im Lachen, in der Freude kehrt der Mensch zu den Oasen seines Selbstseins und den Ressourcen seiner Selbstwerdung zurück.

Laut SPITZ (1996) gehört das „Drei-Monats-Lächeln“ zur psychischen Selbst-Organisation eines jeden Menschen. Das Lächeln, Lachen und Scherzen zwischen Eltern und Kindern ist ab der Säuglingszeit eine basale Form der empathischen Resonanz. Wenn das Kleinkind aktiv wird, fröhlich ins Freie läuft oder einen Gegenstand ergreift, so ist das Echo der Freude von Mutter und Vater für die Entwicklung seines Selbstwertgefühls ebenso wichtig, wie das physische Gehalten-werden (vgl. Punkt 5 dieses Lernfeldes).

Es gehört zum Wechselspiel der frühen Eltern-Kind-Kommunikation, wie das Lächeln und Jauchzen des Kindes die Eltern beglückt.

Ebenso wie die Psychodynamik der Angst, gehört zu einer Psychotherapie die Psychodynamik der Freude. Freude ist das Gefühl des Neubeginns, der Selbsterneuerung und des „Gelingens“. Sie weist auf den „Glanz im Auge“ des Therapeuten hin und hat eine hohe, heilsame Wirkung.

Lachen ist - ebenso wie das Weinen – eine Ressource im therapeutischen Prozess. Gemeinsam lachen, Heiterkeit in der Psychotherapie spiegelt eine innere Entwicklung, Gefühle zu integrieren, Unsicherheit zu tolerieren, flexibel mit sich zu werden.

Der Humor sagt: Du hast in dir Ressourcen, eine äußerlich schwierige Situation umzudrehen. Es ist, wie wenn ein Mensch ein Fernglas, das alles heranbringt und vergrößert, umdreht auf

Entfernung und Kleinformat. Dies schafft eine neue Perspektive, einen inneren Spielraum – und nicht selten ein Gefühl von Beruhigung, innerem Trost oder gar Triumph, angesichts äußerer Widrigkeiten.

Humorvoll mit sich umgehen, bedeutet schließlich auch: die eigenen Grenzen wie die seines Therapeuten zu akzeptieren.

Wir sehen unsere Klienten – ebenso wie Eltern ihre Kinder – auf einem guten Weg, wenn sie bei ihrer Arbeit Spaß und Freude haben und stolz sind auf die Werke, die sie schaffen (vgl. HEISTERKAMP 1999).

So spiegelt es auch die Erfahrung des Therapeuten, wenn er nicht nur von der „Schwere“ seiner Arbeit spricht, sondern auch von seinem Vergnügen, seinem Stolz und Wohlbehagen, Menschen auf dem schöpferischen Weg ihrer Individuation zu begleiten und dabei ein Klima von Erfrischung und Leichtigkeit zu erleben – im Wechselspiel lebendiger und belebender Kommunikation (vgl. Lernfeld 3, 8).

Eine 60-jährige Klientin leidet an den Kränkungen durch ihren 67-jährigen Mann, der mit einer noch weit älteren Almwirtin intensiv zu flirten beginnt. In den folgenden therapeutischen Gesprächen wie im Partnergespräch kommt sie darauf, wie viel Weisheit der Spruch hat: *„A Mensch ist wie a Kind und wird wieder eins.“*

Zunehmend muss sie lachen darüber, dass ihr Mann sich zeitweise verhält wie in einem „Dorf-Theaterstück“ und die Rolle des „sunny boy“ und „everybody’s darling“ spielt, um – nach einer Prostata-Operation - sein Potenz-Problem zu überspielen.

Das „darüber muss ich schon lachen“ ist für sie der Beginn, aus der Partner-Entwertung auszusteigen, sowie die zeitweiligen „Wirrungen und Irrungen“ ihres Gatten nicht schwer, sondern „leicht“ zu nehmen.

Humor und Witz können „erden“, wie meine kleine 3 ½ -jährige Tochter mir kürzlich vorführt: Nachdem sie begeistert Schutzengel-Lieder aus dem Kindergarten vorführt und mir sogar eröffnet, ich könne ja, wenn ich gestorben bin, mit Engelsflügeln in den Himmel steigen, überrascht sie mich eines Tages mit der Frage: „Was bekommt ein Schutzengel, wenn er in den Misthaufen fliegt?“ – und ihrer Antwort: „Kotflügel!“

Die erfrischende Leichtigkeit und das ansteckende Lachen sind in einer Therapie, neben allem, was schwer ist und bedrückt, die Frucht der gelingenden Arbeit und eine heilsame und wohltuende Lebensressource.

Literatur

Bauriedl, T.: Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen. Klett-Cotta, Stuttgart 1994

Blättner, B.: Salutogenetische Grundlagen komplementärer Gesundheitsförderung - Gesundheit fördern, an Ressourcen orientieren, college@inter-uni.net 2004

Endler, P. C. et al.: Regulationsbiologische Grundlagen komplementärer Gesundheitsförderung - Naturwissenschaftliche Grundlagen und Konzepte autoregulativer Verfahren, college@inter-uni.net 2004

Epstein, M.: Gedanken ohne den Denker. Das Wechselspiel von Buddhismus und Psychotherapie. Fischer, Frankfurt/ M. 2000

Hanh, T. N.: Schritte der Achtsamkeit. Eine Reise an den Ursprung des Buddhismus. Herder, Freiburg 1998

Heim, E.: Aufbauschritte der therapeutischen Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik, in: Psychiatrische Praxis 1978, Heft 5

Heisterkamp, G.: Zur Freude in der analytischen Psychotherapie. Psyche 1999, Heft 12

Kast, V.: Freude, Inspiration, Hoffnung. Walter, Olten 1991

Knoepfel, H. K.: Allgemeinärztliche Psychotherapie und psychotherapeutische Haltung. In: Eike, D. (Hrsg.), Freud und die Folgen, Bd. 3, Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Kindler, Zürich 1977

Kohut, H.: Narzissmus. Suhrkamp, Frankfurt/ M. 1975

Mahler, M. S., Pinc, F., Bergmann, A.: Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt/ M. 1999

Morgenthaler, F.: Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Syndikat, Frankfurt/ M. 1978

Parin, P.: Morgenthaler, F., Parin-Matthey, G.: Die Weißen denken zuviel. Psychoanalytische Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika. Frankfurt/ M. 1983

Reik, T.: Hören mit dem dritten Ohr. Hoffmann und Campo, Hamburg 1976

Schalkwijk, F.: Humor und Psychoanalyse: ein reizvolles Paar. Zeitschrift psychoanalytischer Theorie und Praxis 1997, Heft 12

Spitz, R. A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett-Cotta, Stuttgart 1996

Uexküll, T.: In: Bartens, W. Krankheit ohne Befund . Neue Krankheiten, alte Leiden. DIE ZEIT. 8.2.2001

Winnicott, D. W.: Kinder, Gespräche mit Eltern. Klett-Cotta, Stuttgart 1994