



PHILIP SEIDEL
FRIEDJUNG JÜTTNER
MARTIN BORNER

Manual der
schicksals-
analytischen
Therapie

Philip Seidel · Friedjung Jüttner · Martin Borner

Manual der schicksalsanalytischen Therapie

Philip Seidel · Friedjung Jüttner · Martin Borner

Manual der schicksalsanalytischen Therapie



Szondi Verlag

Alle Rechte vorbehalten
Nachdruck in jeder Form sowie die Wiedergabe
durch Fernsehen, Rundfunk, Film, Bild- und Tonträger,
die Speicherung und Verbreitung in elektronischen
Medien oder Benutzung für Vorträge, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung der Autoren.

© 2002 Philip Seidel, Friedjung Jüttner, Martin Borner
Szondi Verlag, Zürich
ISBN 3-9520598-3

Printed in Germany

Inhalt

Vorwort	II
-------------------	----

Teil I: Die Grundzüge der Schicksalsanalyse (Philip Seidel, Friedjung Jüttner, Martin Borner)

1 Die Schicksalsanalyse als Tiefenpsychologie	15
2 Wesentliche Aspekte der Schicksalspsychologie	16
2.1 Das Trieb- oder Bedürfnissystem	16
2.2 Die Ich-Lehre	17
2.3 Das familiäre Unbewußte	17
3 Schicksalsanalytische Praxis	18
3.1 Voruntersuchung	18
3.2 Psychoanalytische Phase	18
3.3 Schicksalsanalytische Phase	18

Teil II: Die Triebpathologie der Schicksalsanalyse (Philip Seidel)

1 Gedanken zur aktuellen Psychotherapiesituation aus schicksalsanalytischer Sicht	22
--	----

2	Die Einheit von Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie	25
2.1	Ätiologie und der kausaltherapeutische Ansatz	25
2.2	Spaltungslehre versus Abwehrlehre	26
2.3	Die Schicksalsanalyse und der systemische Ansatz	29
3	Diagnostik und Differentialdiagnostik	29
3.1	Die klinisch-phänomenologische Diagnostik	29
3.2	Funktionale, triebdynamische Diagnostik	30
4	Bedeutung und Stellenwert der Schicksalsanalyse für die Psychopathologie	31
5	Der Triebbegriff	32
6	Triebpathologie – Allgemeine Psychopathologie	33
6.1	Phänomen und Funktion	33
7	Triebdynamik – Pathodynamik	36
8	Psychologie und Pathologie der einzelnen Triebe	39
8.1	Der Kontakttrieb (Vektor C)	39
8.2	Der Sexualtrieb (Vektor S)	50
8.3	Der Affekttrieb oder Paroxysmaltrieb (Vektor P)	61
8.4	Der Ichtrieb (Vektor Sch)	76
 Teil III: Behandlung		
1	Voruntersuchung (Martin Borner)	91
1.1	Anmeldung – Erstkontakt	93
1.2	Persönliche Anamnese	99

1.3	Familienanamnese (Genogramm)	100
1.4	Szondi-Test	103
1.5	Probleme, Konflikte	104
1.6	Ressourcen	108
1.7	Diagnose	113
1.8	Indikation, Prognose	116
1.9	Zielformulierungen	118
1.10	Informationen	120
2	Psychoanalytisches Vorgehen (Martin Borner) . . .	123
2.1	Vorbemerkungen	124
2.2	Freie Assoziation	126
2.3	Zuhören und Verstehen (gleichschwebende Aufmerksamkeit)	127
2.4	Interventionen	129
2.5	Deuten im engeren Sinne	130
2.6	Rekonstruieren und Konstruieren	135
2.7	Handhabung der Übertragung	137
2.8	Handhabung der Gegenübertragung	141
2.9	Widerstandsanalyse	144
2.10	Traumdeutung	146
3	Das schicksalsanalytische Vorgehen (Friedjung Jüttner)	150
3.1	Einleitung	150
3.2	Beginn der schicksalsanalytischen Phase	152
3.3	Das Erkennen der Ahnenansprüche	153
3.4	Das Hervorholen und Erlebenlassen der Ahnen . . .	158
3.5	Konfrontation mit den Ahnenansprüchen	161
3.6	Die Ich-Analyse oder die Analyse des Freiheits- schicksals	162
3.7	Zum Ende einer Schicksalsanalyse	174

Teil IV: Anwendung des Manuals in Ausbildung und Therapieforschung

1	Kontextuelle Faktoren (Martin Borner)	177
1.1	Vorbemerkungen	177
1.2	Liste der wichtigsten kontextuellen Faktoren	178
1.3	Situationen, in denen kontextuelle Faktoren eine besondere Rolle spielen können	179
1.4	Einige Hinweise für den Therapeuten	180
2	Schicksalsanalytische Theorie der therapeutischen Veränderung: Die Wirkfaktoren der Schicksalsanalyse (Friedjung Jüttner)	184
2.1	Die schicksalsanalytische Veränderungstheorie	184
2.2	Schicksalsanalytische Wirkfaktoren oder «Wahl macht Schicksal»	188
2.3	Der Stand der Forschung. Was wirkt denn überhaupt?	193
3	Ein Fallbeispiel (Friedjung Jüttner)	195
3.1	Die psychoanalytische Phase	196
3.2	Die schicksalsanalytische Phase	196
3.3	Die Phase der Ich-Analyse	203
4	Anwendung in Ausbildung und Therapieforschung (Martin Borner)	205
4.1	Das Manual in der Ausbildung	205
4.2	Das Manual in der Weiterbildung	207
4.3	Das Manual in der Forschung	208

**Teil V: Die Bedeutung der Schicksalsanalyse heute
in theoretischer und praktischer Hinsicht (Philip Seidel)**

1	Vorbemerkung	209
2	Die Schicksalsanalyse in epistemologischer Sicht . .	211
2.1	Der Geist um die Jahrhundertwende	213
2.2	Zur Geschichte der Psychopathologieforschung . .	214
2.3	Zur Werkgeschichte Szondis	217
2.4	Dialektische Beziehung zwischen endogenen und exogenen Faktoren	219
2.5	Der Konflikt zwischen der Schicksalsanalyse und der psychoanalytischen Tradition	220
2.6	Der integrative Denkansatz in der Schicksals- analyse	221
2.7	Allgemeine Gesundheits- und Krankheitstheorie . .	222
2.8	Zur Ichtheorie der Schicksalsanalyse	225
3	Die Relevanz der theoretischen Voraussetzungen für die therapeutische Praxis	229
3.1	Ätiologie und therapeutische Indikation	229
3.2	Der Ausdruck der Persönlichkeit Szondis in seinem therapeutischen Konzept	231
3.3	Zur Frage der Aktivität in der schicksalsanalytischen Therapie	232
3.4	Zur Frage der therapeutischen Beeinflußbarkeit . .	235
3.5	Praxis der Experimentellen Triebdiagnostik (ETD) .	236
3.6	Genotypus, Triebstruktur und Psychotherapie . . .	236
3.7	Zur Partizipationsfunktion als Wirkfaktor in der Therapie	237

4	Vermittlung, Rezeption und Verständnis der Schicksalsanalyse	238
4.1	Die Stellung der Schicksalsanalyse in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Szene	238
4.2	Ausbildungsprobleme im Kreise der Schicksalsanalytiker	239
4.3	Schlußwort	242
	Literaturverzeichnis	245

Vorwort

*«Wenn wir bewahren wollen,
was wir haben, werden
wir vieles ändern müssen.»*

GOETHE

Viele Kolleginnen und Kollegen mag es verwundern, daß wir uns die Mühe gemacht haben, ein Manual der schicksalsanalytischen Therapie zu schreiben. Sie mögen denken, so ein «Kochbuch» verdirbt doch jegliche Therapie oder sie könnten skeptisch fragen: Was soll heute noch so ein Buch, eingeschränkt auf die Schicksalsanalyse, wo gerade in gewissen Kreisen immer mehr eine allgemeine Therapie propagiert wird? Wir sind nicht dieser Meinung.

Warum ein Manual?

Um nur *eine* gewichtige Stimme aus der heutigen Psychotherapieforschung zu Worte kommen zu lassen, verweisen wir auf Horst Kächele, der 1997 am University College London einen Vortrag hielt mit dem Titel «From Efficacy to Effectiveness». Dabei äußerte er die Ansicht, daß «für gültige Wirksamkeitsvergleiche ... manualbasierte Behandlungen ein Muß» seien (Lemche 1998, 400).

Für uns sind vor allem zwei Gründe ausschlaggebend gewesen. Zum einen fehlt in unserer schulspezifischen Fachliteratur eine praktische, geschlossene und systematische Handlungsanweisung für die Schicksalsanalyse oder die schicksalsanalytische Therapie.

In den bisher veröffentlichten Darstellungen kommt die Beschreibung des realen Vorgehens oft zu kurz.

Zum anderen müssen wir, wenn wir die Methode weiterentwickeln wollen, uns zunächst auf den bisherigen Wissensstand besinnen und uns mit ihm kritisch auseinandersetzen. Und wenn wir das nicht nur theoretisch, sondern möglichst empirisch tun wollen, brauchen wir das Manual.

Diese beiden Gründe haben den Text insofern beeinflußt, daß dort, wo es nicht um Grundsätzliches geht, möglichst das therapeutische Handeln und nicht die Theorie im Vordergrund stehen. Ein Manual ist kein Lehrbuch.

Bei der inhaltlichen Gestaltung des Manuals haben wir uns an Frau Rosengard (1991) orientiert, die dazu konkrete Vorschläge macht.

Für wen ein Manual?

Einmal möchten wir allen Interessierten einen Einblick vermitteln in die Werkstatt eines Schicksalsanalytikers. (Auch wenn wir nur die männliche Form anführen, so ist die weibliche immer mitgemeint.) Zum anderen brauchen wir diese Texte als Lehrmittel für unsere Therapiestudenten. Aber auch für die schon Praktizierenden aus unseren Reihen dürfte diese Handlungsanweisung dienlich sein. Beispielsweise dann, wenn Schwierigkeiten im Therapieprozeß auftreten, oder dann, wenn man sich selber einmal hinterfragen will, warum man etwas macht oder nicht macht. Und schließlich soll das Manual gerade für Forschungsprojekte und Falldarstellungen eine Ausgangsbasis darstellen.

Keinesfalls darf dieses Manual als Dogmenkatalog betrachtet werden. Es ging uns nicht darum, therapeutische Wahrheiten festzuschreiben, sondern den Stand unseres offiziellen Therapiewissens darzulegen.

Wollte jemand alle Anweisungen berücksichtigen, könnte er

kaum noch sinnvolle Therapie machen. Das Manual versteht sich als eine Summe von Regeln, die zweifellos richtig sind. Wenn man es aber «richtig» machen will, muß man diese Regeln so schnell wie möglich wieder vergessen.

Danksagung

Als Vorsitzender der Wissenschaftskommission (WK) möchte ich vor allem meinen beiden Kollegen Dr. med. Philip Seidel und Dr. phil. Martin Borner ganz herzlich für den großen Arbeitseinsatz meinen Dank aussprechen.

Danken möchte ich auch im Namen meiner beiden Mitautorinnen allen Kolleginnen und Kollegen, die in zwei Arbeitsgruppen (Voruntersuchung und schicksalsanalytische Therapie) mit uns Überlegungen zu den entsprechenden Kapiteln angestellt haben. Ich nenne sie hier in alphabetischer Reihenfolge: Hedi Helg, Zula Lakner, Elisabeth Müller, Markus Rüetschi, Doris Sandmeier, Madeleine Sitterding, Maria Steiner-Wanner, Hans Ziegler.

Ebenfalls danken wir allen, die sich vernehmlassend geäußert haben. Das sind: Eva Alpar, Regula Baeggli, Annie Berner-Hürbin, Silvia Cavadini-Balmer, Esther Genton-Meier, Ines Grämiger, Maria Steiner-Wanner, Werner und Almuth Huth, Gerhard Kürsteiner, Alain Larôme, Esther Lutz, Paul Rychner, Madeleine Sitterding, Annelies Wiget, Hans Ziegler.

Schließlich gebührt Frau Jeannette Friedli entsprechender Dank, weil sie mit einer großzügigen Spende das Erscheinen dieses Buches mitfinanziert hat.

Zürich, im Frühjahr 2002

Dr. phil. Friedjung Jüttner

Die Grundzüge der Schicksalsanalyse

(Philip Seidel, Friedjung Jüttner, Martin Borner)

In diesem einleitenden Kapitel geben wir einen Überblick über die «Grundzüge der Schicksalsanalyse», d. h. darüber, wo sich diese Therapierichtung in der heutigen Psychoszene einordnet und was ihre wichtigsten Konzepte sind. Bis auf kleine Änderungen ist dieser Text identisch mit dem bereits früher in der Szondiana veröffentlichten (Borner 1995/1, 65–67).

Das Wort Schicksalsanalyse wird hier als Oberbegriff verstanden und umfaßt einmal die Schicksalspsychologie (Theorie) und zum anderen ihre Anwendung in der Praxis, nämlich die Schicksalstherapie bzw. die Schicksalsanalyse im engeren Sinn.

1 Die Schicksalsanalyse als Tiefenpsychologie

Die Schicksalsanalyse (im weiten Sinn) versteht sich als ein Zweig der Tiefenpsychologie. Sie baut auf der Psychoanalyse S. Freuds auf und schlägt eine Brücke zur komplexen Psychologie C. G. Jungs. Das Verhältnis wird dabei durch eine Gewichtung in der eben genannten Reihenfolge bestimmt. Das heißt, in der Praxis liegt zunächst der Schwerpunkt auf der Bearbeitung des persönlichen Unbewußten, das sich in den Symptomen und Charakterzügen eines Menschen zeigt. Erst dann rückt das familiäre Unbewußte, das sich in den verschiedenen Wahlformen eines Menschen auswirkt, ins Zentrum der Aufmerksamkeit und schließlich kann

auch noch das kollektive Unbewusste, dessen Sprache die Symbole sind, bearbeitet werden.

Neben dieser integrativen, die drei Richtungen überbrückenden Intention hat die Schicksalsanalyse die Tiefenpsychologie besonders um eigene Entwicklungen ergänzt, die sozusagen zu ihrem Grundgerüst zu zählen sind und die im folgenden beschrieben werden.

2 Wesentliche Aspekte der Schicksalspsychologie

2.1 *Das Trieb- oder Bedürfnissystem*

Der Trieb wird als ein biopsychisches Phänomen verstanden, der auf Radikale, also menschliches Dasein bedingende und erhaltende Wurzeln zurückgeht. Diese Wurzelfaktoren sind unhistorisch, in allem menschlichen Erleben und Verhalten gegenwärtig und funktional spezifisch, aber inhaltlich unspezifisch, d. h. in ihren Manifestationen veränderlich (Szondi 1960, 25).

Die Bedeutung des Triebsystems liegt in der Möglichkeit, seelische Phänomene (auch Urphantasien)

- von biologisch bis human, von gesund bis pathologisch einzelnen Radikalen und Triebkreisen zuordnen zu können;
- in ihrer Dynamik besser verstehen zu können;
- dialektisch, d. h. als Spaltungen bzw. als Entmischungen und komplementäre Ergänzungen zu betrachten;
- als austauschbare Inhalte mit bestimmten, jeweils gleichbleibenden Funktionen in Verbindung zu bringen und zwischen beiden (Inhalt und Funktion) unterscheiden zu können.

2.2 Die Ich-Lehre

Die Schicksalspsychologie unterscheidet zwischen dem Trieb- und dem Pontifex-Ich. Das Trieb-Ich mit seinen vier Funktionen Projektion, Inflation, Introjektion und Negation ist kollektiv gegeben, aber erblich-familiär modifiziert und auch individuell durch die Interaktion mit der Umwelt bestimmt. Es repräsentiert den unbewußten, emotional-dynamischen Teil des Ichs. Das Pontifex-Ich ist durch drei weitere Funktionen definiert, nämlich Transzendieren, Integrieren und Partizipieren und steht für den eher kognitiv-wertenden Teil des Ichs. Diese drei Pontifex-Ich-Funktionen umschreiben die wesentlichen Schritte eines therapeutischen Prozesses und damit auch dessen Wirkfaktoren. Das therapeutische Durcharbeiten ist angewandte Ich-Psychologie.

2.3 Das familiäre Unbewußte

Die Schicksalsanalyse ergänzte die Entdeckung des persönlichen Unbewußten der Psychoanalyse um das familiäre Unbewußte. Die Inhalte dieses familiären Unbewußten nannte Szondi zunächst Ahnen, die als «Muster und Figur» im Leben eines Nachkommen wieder Gestalt annehmen möchten. Die Ahnen sind also gleichbedeutend mit den Existenzmöglichkeiten eines Menschen, die sich auch als Trieb syndrome definieren lassen.

Bei der Bearbeitung des familiären Unbewußten spielt die Figur des «Kain» eine ähnlich bedeutsame Rolle wie die des «Ödipus» bei der Bearbeitung des persönlichen Unbewußten.

Die dialektische Struktur der Psyche bzw. die Triebgegensätze erfordern eine integrative Leistung. Das Gelingen oder Mißlingen der Lösung der Triebgegensätzlichkeiten hat einen Einfluß auf das seelische Gleichgewicht oder dessen Störungen. Auch wenn gewisse Neigungen familiär gegeben sind, sind sie trotzdem durch bewußte Stellungnahme persönlich umstellbar (Szondi 1952, 28; 1956a, 105).

Die Wirkung des familiären Unbewußten zeigt sich in den verschiedenen Wahlformen eines Menschen (Genotropismus). Dabei handelt es sich hauptsächlich um die Wahl in Liebe und Freundschaft sowie um die Wahl des Berufes, der Krankheiten und eventuell auch des Todes.

Die Theorie von den Ahnen und ihren Ansprüchen führte zur Annahme eines Zwangsschicksals, das aber durch die relative Freiheit des Ichs zum Wahlschicksal werden kann.

3 Schicksalsanalytische Praxis

Die folgende Aufzählung bezieht sich auf die Schicksalsanalyse im engeren Sinn, nämlich auf das Heilverfahren.

3.1 *Voruntersuchung*

Sie dient der Diagnose- und Indikationsstellung und umfaßt in der Regel das Interview, einen Lebenslauf, Angaben zum Stammbaum und den Szondi-Test.

3.2 *Psychoanalytische Phase*

Sie bearbeitet das persönliche Unbewußte auf der Basis der Psychoanalyse unter Einbezug von Übertragung und Gegenübertragung, Widerstand, Deutung, Durcharbeiten und unter Wahrung der Abstinenz.

3.3 *Schicksalsanalytische Phase*

Im Anschluß an die psychoanalytische Phase erfolgt je nach Erfordernis die Bearbeitung des familiären Unbewußten (2.3) durch passive Assoziationsmethoden und Traumarbeit (Szondi 1963a, 137–138) unter Einbezug von Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Deutung und Durcharbeiten. Wenn die Inhalte des fami-

liären Unbewußten nicht oder wenig in der Beziehung zu einem Du (Übertragung) erlebbar werden, symptomatologisch aber relevant sind, provoziert die Therapie dieses Erleben der familiären Triebgegensätzlichkeiten oder der Ahnenansprüche durch aktive Methoden. Sie lassen sich durch den Begriff Konfrontation – als Ergänzung zur Deutung – zusammenfassen und können je nach Situation und Therapeutenpersönlichkeit verschieden stark und intensiv eingesetzt werden. Sie umfassen die echolalischen, iterativen und schockartigen Assoziationstechniken (Szondi 1963a, 149–190; Kürsteiner 1987, 195–225) und die Konfrontationen mit den Existenzmöglichkeiten aus dem Stammbaum und dem Szondi-Test. Dem schließt sich die Ich-Analyse mit dem Ziel der «Menschwerdung» an (Szondi 1963a, 96).

Teil II

Die Triebpathologie der Schicksalsanalyse

(Philip Seidel)

Jeder Psychotherapeut begegnet in seiner Praxis Menschen mit einer Problematik, die nicht nur eine Hilfe schlechthin erheischt, sondern auch spezifiziert und in ihrem Schweregrad beurteilt werden muß; dies hat große Bedeutung für das therapeutische Vorgehen (vgl. Teil V, 3.1). In solchen Situationen ist die Schicksalsanalyse eine unschätzbare Hilfe. Ihre Theorie verbindet Psychologie und Psychopathologie in einer einheitlichen Sicht. Das ist besonders wichtig für die Praxis, denn psychologische und pathologische Zustände können fließend ineinander übergehen und sind deshalb häufig nur schwer zu beurteilen, sowohl qualitativ diagnostisch als auch in Bezug auf ihren Schweregrad. Während uns hier die rein klinische Diagnostik oft im Stich läßt, so ist die Experimentelle Triebdiagnostik (ETD) meist eine große Hilfe. Aber auch diese liefert nicht immer schlüssige Resultate, so daß man immer wieder auf die Kenntnis der klinischen Psychopathologie und der phänomenologischen Diagnostik angewiesen ist. Es ist deshalb besonders wichtig, auch die ausgeprägten, schweren klinischen Krankheitsbilder zu kennen.

Die Diskussion über die Effizienz psychotherapeutischer Methoden macht es notwendig, deren theoretische Grundlagen und praktische Bedeutung darzustellen. Voraussetzung für die Wirksamkeitsprüfung einer speziellen Psychotherapiemethode ist einerseits die Kenntnis der ihr zugrunde liegenden Theorie und andererseits das Wissen um die Persönlichkeit des Patienten, die genaue

Art seiner Störung und deren Verursachung. Aufgrund von Ätiopathogenese und Pathodynamik sollte dann ein kausaltherapeutisches Vorgehen ermöglicht werden. Dieses rationale Vorgehen sollte aber begleitet sein durch Intuition, Erfahrung, Vorstellungskraft und Einfühlung. Teilweise entzieht sich die Psyche der objektivierenden Rationalisierung, teils lassen sich Pathomechanismen deutlich feststellen und beschreiben.

1 Gedanken zur aktuellen Psychotherapiesituation aus schicksalsanalytischer Sicht

Beim Versuch, die aktuelle Psychotherapieszene zu überblicken, sehen wir uns einem unüberschaubaren Feld von z. T. völlig disparaten Anschauungen, Theorien, Lehren, Forschungsweisen und Therapiemethoden und neuerdings auch einer *Aufspaltung der Psychiatrie in eine biologische und eine psychologische* gegenüber. Das Fatale an dieser Entwicklung ist, daß sich die verschiedenen Richtungen nicht nur theoretisch, sondern auch weltanschaulich grundsätzlich widersprechen; dabei geht es nicht nur um das Menschenbild, sondern um divergierende Vorstellungen über das Menschsein überhaupt, um die *Frage von Krankhaftigkeit und Gesundheit* und um das, was in einer Therapie, mit welchen Mitteln auch immer, zu verändern oder zu erreichen sei (vgl. Teil V, 2.7). Es scheint, daß im Fortschritt v. a. der psychologischen Grundlagenwissenschaften ein Hang zur Abkehr von allem, was nicht wissenschaftlich objektivierbar ist, festgestellt werden muß. Jede Richtung bestätigt sich selber im Rahmen ihrer Teilerkenntnisse. In der akademischen Psychologie herrscht zum Teil eine extreme nomothetische, nomografische und statistische Denkweise vor, als müßte man, um überhaupt kreditfähig zu sein, den positivistischen Naturwissenschaften nacheifern. Dabei wird der triebpsychologische

Ansatz mit seiner Möglichkeit, psychodynamisch zu objektivieren und mit seiner *vernünftigen Art zu quantifizieren*, mißachtet. In dieser Situation nimmt es sich besonders eigenartig aus, daß keine *allgemeine Persönlichkeitstheorie* existiert, weder eine psychologische, noch eine solche, die – jenseits der Unterscheidung in gesund und krank stehend – Psychologie und Psychiatrie miteinander vereinen würde, so wie die schicksalsanalytische Theorie Szondis. Sie verbindet nämlich Biologie, Triebpsychologie, Tiefenpsychologie und Psychiatrie (Szondi 1952). *Auf der Basis des schicksalsanalytischen und triebpsychologischen Denkens* wurde eine ganzheitliche therapeutische Philosophie konzipiert. Für diesen Therapieansatz ist die Fähigkeit zum *Sowohl-als-auch-Denken* Voraussetzung, ganz besonders bei Störungen, die nachweislich endogen-somatogene und gleichzeitig exogene Verursachungen haben wie z. B. die verschiedenen Depressionsformen. Unabhängig vom pathologischen ist auch ein persönlichkeitspezifischer, charakterologischer Aspekt zu berücksichtigen. Damit schafft die Schicksalsanalyse eine *allgemeine Persönlichkeitstheorie*, die die Dimensionen des Gesunden und des Krankhaften, der Somatogenese und der Psychogenese miteinander verbindet und den Menschen als psycho-biologischen *Organismus* erkennt.

Demgegenüber ist die Tendenz zum Entweder-oder-Denken, zur Dichotomierung in «psychisch» und «somatisch», in exogen und endogen bzw. traumatisch und konstitutionell in der Frage der Ätiologie seelischer Störungen noch weitgehend ein Problem, wodurch die psychophysische Einheit des Menschen in einzelne, isolierte Aspekte zerrissen wird. Doch endogene und exogene Faktoren gehören zusammen – es handelt sich um *zwei Aspekte eines Ganzen, die beide synoptisch gesehen und in der Behandlung berücksichtigt werden müssen*. Basis für eine ganzheitliche Schau ist das triebpsychologische Denken, vorausgesetzt, es geht von der Einsicht in die Doppelnatur der Triebfunktion aus: diese zeigt von

der physischen Seite her ihre biochemische Natur, von der Gegenseite her gesehen stellt sie sich als psychische Funktion dar (Seidel 1996 und 1999). Es gibt eine Analogie dazu in der Physik: 1920 hatte Louis de Broglie die Doppelnatur des Lichts erkannt und nachgewiesen: Das Licht hat gleichzeitig Wellen- und Korpuskularcharakter (Seidel 1963). Die echte Erkenntnis der Natur der Triebfunktion allgemein – sie ist eine ganzheitliche biopsychologische Kraft, die auf neurobiochemischen Prozessen beruht – und die Erfassung des Wesens der einzelnen Triebqualitäten ist notwendig, um Dimensionen übergreifende biopsychologische Modelle zu entwickeln, mit Hilfe derer psychologische und psychopathologische, ätiologische und pathogenetische Probleme ganzheitlich angegangen werden können (Seidel 1996).

Wenn man heute von «Ganzheit» spricht, läuft man Gefahr, falsch interpretiert zu werden. Der Ganzheitsbegriff wurde zu Beginn des letzten Jahrhunderts von Hans Driesch, ausgehend von der aristotelischen Vorstellung der Entelechie und aufgrund der entwicklungsphysiologischen und embryologischen Forschungsergebnisse in die Biologie und in die Philosophie eingeführt. Dieses ganzheitliche Denken wurde von der Gestaltpsychologie übernommen und spielt im teleologisch-finalen Denken C. G. Jungs eine zentrale Rolle. Smuts führte den Begriff des «Holismus» ein. Das Werk Szondis ist in mehrfacher Hinsicht repräsentativ für ein ganzheitliches Denken: die Triebgrundlage, das Triebsystem, die ganzmachende, integrierende Kraft der Pontifex-Funktion des Ichs. In den zwanziger Jahren entwickelten sich die Ganzheitsmedizin (von Weizsäcker 1947) und die psychosomatische Medizin, später das ökologische und systemische Denken. In den USA war bekanntlich Fritjof Capra Promotor der Idee des Paradigmenwechsels (Capra 1983, 1987). Was die Psychotherapie betrifft, so besteht die Gefahr, in einer Pseudoganzheitsvorstellung die Akkumulierung verschiedener Techniken im eklektischen Sinne mit ei-

nem echt ganzheitlichen Denken zu verwechseln (Seidel 1999). Ein solches aber ist organismisch, es berücksichtigt das integrale Wesen des Menschen im psychoneurobiologischen Sinn (vgl. Teil V).

2 Die Einheit von Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie

Wenn das vorliegende Buch zum Zweck hat, Methode und Technik der Schicksalstherapie darzustellen, so soll dies die Sicht auf größere Zusammenhänge, in die die Psychotherapiefrage eingebettet ist, nicht vernachlässigen lassen. Dementsprechend wird dieses Kapitel über die Psychopathologie der Schicksalsanalyse bewußt in den Gesamtkomplex von Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie hineingestellt. Es geht hier um Grundsätzliches: In Psychotherapiekontrollen begegnet man oft der Vorstellung, Psychotherapie sei quasi eine Disziplin an sich, in der es wesentlich um Fragen der Methodik und der Technik allein gehe, darum also, «wie man es mache, ob man sich in der einen oder andern Situation so oder anders verhalten soll» usw. Die Bedeutung solcher technischer Fragen wird aber oft überschätzt gegenüber dem primären Problem des diagnostischen Verständnisses und der darauf bauenden Frage, was denn überhaupt behandelt werden müsse, d. h. welcher Art eine Störung, ein Leiden oder eine Problematik und von welcher Natur die betroffene Persönlichkeit sei (Seidel 1976). Darin sind grundsätzliche Fragestellungen impliziert (vgl. nächster Abschnitt).

2.1 Ätiologie und der kausaltherapeutische Ansatz

- Ätiopathogenetische Frage: Welches ist die rational analytisch erfaß- und objektivierbare Begründung einer Störung, ihre Verursachung? Diese Fragestellung sollte der Psychotherapie

zugrunde liegen, wenn man versucht, ein Leiden nicht nur symptomatisch zu behandeln, sondern es an der Wurzel zu fassen; damit ist das Prinzip der Kausaltherapie angesprochen.

- Systemische Frage: Welcher Art ist das Beziehungsnetz, in dem dieser Mensch lebt?
- Indikationsfrage: Welche (spezifisch-) therapeutischen Möglichkeiten sollen eingesetzt werden?

2.2 Spaltungslehre versus Abwehrlehre

In der ätiopathogenetischen Frage nimmt die *Spaltungslehre* Szondi eine besondere Stellung ein. Während Szondi sich anfangs ganz an die Abwehrtheorie Freuds gehalten und dieses Konzept in seine Psychopathologie eingebracht hatte, so maß er in der weiteren Entwicklung seiner Theorie – nicht zuletzt aufgrund praktisch-therapeutischer Erfahrung – der Spaltungslehre immer größere Bedeutung zu (vgl. Teil V, 2.3). Er kritisierte Freuds Tendenz zur Verwischung der Grenzen zwischen Krankheitsentwicklung und Krankheitsursache, die Überschätzung der Bedeutung der «seelischen Situation», das heißt des verdrängten Triebanspruchs als pathogenetischem Moment, sowie die Vernachlässigung der genetischen Ätiologie (Szondi 1963a). Während Freud allerdings diese einseitige exogen-traumatische Auffassung in seinem späten Werk noch revidierte und dabei auch den erbgenetischen Aspekt – wenn auch summarisch – einbezog (Freud 1937), so blieb die weitere psychoanalytische Entwicklung im wesentlichen doch am traumatischen Konzept hängen. Erst Szondi stellte die hereditäre Ätiologie ins Zentrum und maß den familiären pathogenen Genotypen als ursächlichen Faktoren ihre große Bedeutung zu. Er faßte diese auf als Ahnenansprüche, das heißt als ganzheitliche familiärspezifische Existenzformen, welche nach ihrer Manifestation drängen und sah in ihnen die eigentlichen spezifischen Ursachen der seelischen Erkrankungen. Dies kommt einer Verschiebung der Bedeu-

tung vom Abwehrkonzept zur Spaltungstheorie gleich, indem die meisten pathogenen Genotypen auf Spaltungsphänomenen beruhen, was schwerwiegende Konsequenzen für die Therapie hat.

Während in der Medizin die ätiologische Grundlagenforschung ein kausaltherapeutisches Vorgehen bei sehr vielen Krankheiten ermöglicht, stecken Psychotherapie und Psychiatrie diesbezüglich noch in den Anfängen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die psychische Situation noch weit komplexer ist als die somatische und daß sie nur teilweise rational zu verstehen ist, was aber nicht heißt, daß jeder Versuch zum rationalen Verständnis der Psyche verworfen werden darf. In diesem Sinne bietet die Schicksalsanalyse die Möglichkeit, in einem integrierten Denkansatz ein rational kausalanalytisches Verständnis mit dem irrationalen zu vereinigen. Wir müssen uns also bemühen, die Ursachen und Dynamismen, die den seelischen Störungen zugrunde liegen, so weitgehend wie möglich zu eruieren und mit entsprechenden Methoden therapeutisch anzugehen (kausaltherapeutischer Ansatz). Therapie, Diagnostik und Ätiologie sind als Einheit zu verstehen, und zwar während der ganzen Dauer einer Psychotherapie, denn bei ein und demselben Patienten können unauffällige Zustandsbilder mit krankhaften wechseln. Letztere können allgemein psychopathologisch und triebpathologisch von ganz verschiedener Natur sein, Manifestationen aus allen Triebgebieten, die miteinander abwechseln oder sich kombinieren, sich gegenseitig bedingen. Einen besonderen Stellenwert nimmt hier die Vordergrund-Hintergrundtheorie der Schicksalsanalyse ein, welche im Zusammenhang mit der Latenz oder Dominanz von Genotypen und mit dem Phänomen des Dominanzwechsels im Verlaufe des Lebens einer Person steht. Hinzu kommt die Tatsache, daß der Einzelne multiple Existenzmöglichkeiten hat, die spontan oder lebenssituativ bedingt aktiviert werden können. Hierin erkennen wir den systemischen Denkansatz. Er läßt sich mit der Schicksalsanalyse zu einer Einheit

verbinden (Seidel 1978). Wenn wir die acht Triebfunktionen als Elemente der Beziehung erkennen, dann wird uns auch selbstverständlich, daß die Psyche ein mehrfach offenes System ist, in dem sieben elementare physische Bezugsformen die Person mit der realen Welt verbinden, während eine, die Projektions- bzw. Partizipationsfunktion, die unreal-irrationale Beziehung ermöglicht (Seidel 1979). Alle diese acht Radikale sind Elemente der Beziehung und verbinden Individuum und Umwelt miteinander in wechselseitiger Beeinflussung. Unter diesem systemischen Aspekt im elementarsten Sinn sollte es evident sein, daß die Person weder diagnostisch noch therapeutisch ganz losgelöst vom psychosozialen Kontext verstanden werden kann.

Von der Praxis her gesehen ist kausaltherapeutisches Vorgehen jedoch nicht so einfach und oft auch gar nicht möglich. Das hat verschiedene Begründungen: Nur in einem Teil der Fälle ist die Verursachung einer Störung monokausal, und selbst eine solche ist nicht immer ohne weiteres erkennbar. Zumeist aber überlagern sich ätiologische und pathogenetische Elemente, die – sich kumulierend – schließlich zu einer Dekompensation führen. Weil solche Entwicklungen Jahre dauern können, bis sie sichtbar werden, ist eine genaue Lebensgeschichte, bis in die Anfänge zurückgehend, notwendig, denn eine Anlage kann sich schon in frühen Lebensabschnitten auf irgendeine Weise manifestiert haben, ohne eigentlich krankhafte Formen anzunehmen. Dennoch aber läßt sie sich durch die spezifisch schicksalsanalytische Art des Erhebens der Vorgeschichte erkennen. – Gerade solche diskrete Manifestationen an der Grenze der Norm werden aber oft durch eine konventionelle klinische Diagnostik, die nur die krankhaften Vollformen berücksichtigt, nicht erfaßt.

2.3 *Die Schicksalsanalyse und der systemische Ansatz*

Aus der heutigen Sicht ist auch der systemische Aspekt miteinzubeziehen und mit der schicksalsanalytischen Denkweise in Verbindung zu bringen. Viele menschliche Problemsituationen können nur durch Berücksichtigung der psychosozialen Interaktionen und lebenssituativer Aspekte verstanden und therapeutisch angegangen werden.

3 Diagnostik und Differentialdiagnostik

3.1 *Die klinisch-phänomenologische Diagnostik*

Basis der Diagnostik ist immer noch die klinisch phänomenologische Diagnostik der klassischen Psychiatrie: die Idee der Krankheitseinheiten von Kraepelin und Kretschmer wurde – trotz vieler kritischer Versuche – nicht widerlegt. Ihre Ablehnung kam u. a. von psychoanalytischer Seite, die sich ja mit ihrer einseitig exogen-psychotraumatischen Theorie ganz gegen die – als veraltet apostrophierte – klassische Psychiatrie stellte und gleichzeitig alles Konstitutionelle und Erbgenetische in Abrede stellte. Dazu kam noch eine allgemeine, wohl mehr emotionale und nicht rational begründete Ablehnung von allem, was nach Determinierung und Systematisierung der Psyche aussah. Doch kein Geringerer als Ludwig Binswanger – er war eben ein großer Kliniker – spricht im Zusammenhang mit dem manisch-depressiven Irresein von der «in meinen Augen auch heute noch unerschütterte dastehenden Begriffsbestimmung und Darstellung Kraepelins» (Binswanger 1960, 10; Kuhn 1987). Szondi hat die Kraepelin-Kretschmersche Theorie der Krankheitseinheiten und Erbkreise bestätigt – zum schizoformen und zyklischen hatte Kretschmer den paroxysmalen Erbkreis hinzugefügt – und ergänzte diese Dreiheit um den Sexualkreis zu einer Vierheit; überdies taufte er die Erbkreise zu Triebkreisen

um (Szondi 1952). Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprechen nicht nur die theoretischen Grundlagen, sondern auch die Empirie, d. h. also die experimentelle Triebdiagnostik (ETD) und die klinische Erfahrung. Auch in neuerer Zeit wurde dies durch Roland Kuhn am Beispiel des Paroxysmalkreises wieder bestätigt (Kuhn 1987). Und auch die moderne Neurobiochemie scheint die alten klinischen Beobachtungen mehr und mehr zu bestätigen. Wichtig ist nun aber, daß Szondi die Systematik der Krankheitseinheiten noch verfeinerte durch die Einführung der acht Triebradikale. Sie sind nicht nur Elemente der Triebdiagnostik, sondern die funktionalen Grundlagen der klinischen Phänomene, welche sich so noch viel besser artikulieren lassen, denn oft ist die klinische Phänomenologie nicht eindeutig.

In der Praxis begegnet man immer wieder Patienten, die diagnostisch nur schwer zu verstehen sind. Dies ist von großer Bedeutung, nicht nur als Problem an sich, sondern auch ganz direkt für die Therapie, welche je nach der diagnostischen Entscheidung völlig verschiedenartig sein kann, was von größter Relevanz für den Therapieerfolg ist (vgl. oben).

Was die Schwierigkeiten der klinischen Diagnostik betrifft, so wurde von kompetenter Seite die Bedeutung der Intuition hervorgehoben (Wyrsh 1946, für die Psychiatrie; Nager 1999 a und b, für die Medizin). Diese Ansicht teilen wir durchaus, ergänzen sie aber durch die schicksalsanalytische Perspektive. Es ist auch hier in Erinnerung zu rufen, daß Intuition immer nur voll zur Entfaltung gelangen kann, wenn sie auf solidem berufsspezifischem Wissen, Erfahrung und auf der genauen Kenntnis des Patienten basiert.

3.2 Funktionale, triebdynamische Diagnostik

Drei Gesichtspunkte sind hier wichtig: 1. Durch das triebpsychologische Denken wird eine neue Dimension in das Menschenverständnis eingeführt; es bereichert die klinische Beobachtung um

Daten von relativ hohem Objektivitätsgrad. 2. Die genaue, schicksalsanalytische Aufnahme des Stammbaumes sowie die in der gleichen Weise erforschte Lebensgeschichte des Patienten können den diagnostischen Entscheid wesentlich mitbestimmen. 3. Das Einbringen des triebpsychologischen Wissens in das klinisch psychologische Denken und vor allem die Wesensschau der Triebelemente lassen Persönlichkeit und Pathologie eines Menschen besser verstehen und artikulieren.

Die Triebdiagnostik ist von wesentlicher Bedeutung für die Erkennung der Persönlichkeit und ihrer Störungsanfälligkeiten. Eine Triebdiagnose ist aber nicht identisch mit der klinischen Diagnose, und beide lassen noch nicht die individuelle Gesamtpersönlichkeit eines Menschen erfassen. Die Diagnostik darf nicht auf statische, quasi repräsentative Etiketten begrenzt werden; vielmehr sollte sie eine mehrdimensionale sein, indem sie funktionale Kriterien ebenso berücksichtigt wie klinisch-phänomenologische, innere und äußere Lebensgeschichte, beobachtete Vorgänge, Geschehnisse und Reaktionen während des therapeutischen Prozesses, ausführliche schicksalsanalytische Stammbaumforschung und experimentelle Triebdiagnostik. Die beiden letzteren sind immer gemeinsam zu berücksichtigen.

4 Bedeutung und Stellenwert der Schicksalsanalyse für die Psychopathologie

Die schicksalsanalytische Theorie stellt eine Basis für die neuartige ätio-pathogenetische Sicht psychopathologischer und psychosomatischer Störungen dar.

Die Einsicht in Psychodynamik und Pathodynamik mit Hilfe der Triebpsychologie, zusammen mit der klinischen Phänomenologie, wird Grundlage für eine *mehrdimensionale Diagnostik*.

Die Schicksalsanalyse eignet sich für verschiedenartiges therapeutisches Vorgehen, indem sie uns, auch jenseits der Unterscheidung «analytisch – nicht analytisch», Möglichkeiten bietet, Störungen anzugehen, die ohne diese Grundlagen kaum behandelt werden könnten. Die profunde Kenntnis der Schicksalsanalyse und speziell der Triebpsychologie verschafft nicht nur tiefere Einsichten in psychodynamische und pathodynamische Situationen – Basis für einen kausaltherapeutischen Ansatz –, sondern sie sollte auch *völlig andersartige Theorien und therapeutische Vorgehensweisen einschließen wie z. B. die Systemtheorie*. Das systemische Denken läßt sich besonders gut mit dem triebpsychologischen vereinen. Auch die Verhaltenstherapie sollte auf eine schicksalsanalytische Basis gestellt werden. Eingeschlossen sind selbstverständlich immer die bekannten unspezifischen Wirkmöglichkeiten – ohne jedoch diesen Begriff kritiklos zu dilatieren –, die wohl letztlich etwas vom Wichtigsten in der Psychotherapie sind.

5 Der Triebbegriff

Zum Verständnis der schicksalsanalytischen Triebpathologie ist die Kenntnis der *Natur der Triebfunktion* Voraussetzung: Triebfunktionen sind radikale, bedingende und erhaltende Wurzeln des menschlichen Daseins, deren Energiequelle unerschöpflich ist (Jaspers 1959). Es gehört zum Wesen der Triebfunktion, daß sie die Tendenz hat, sich nach jeder Entladung spontan wieder neu aufzuladen und ebenso, sich aus einer inneren Notwendigkeit heraus bei jeder passenden Gelegenheit wieder zu entladen. Die Triebfunktion ist eine *ganzheitliche biopsychologische Kraft*, die auf neurobiochemischen Prozessen beruht. Sie hat eine *psychophysische Doppelnatur* (Seidel 1996). Ich fasse die Triebfunktion als das noch nicht genügend beachtete, verbindende Glied (missing link)

zwischen der somatischen und der psychischen Seite auf (Seidel 1996). In ihrem Wesen ist sie eine psychophysische Ganzheit. Dementsprechend muß auch das Denken ein *biopsychologisch-ganzheitliches* sein, egal ob man den Triebaspekt des Psychischen oder den psychischen Aspekt des Triebhaften beobachtet, beschreibt, quantifiziert und dynamisiert (Seidel 1999). Diese Denkweise läßt gesunde und krankhafte Phänomene besser verstehen und behandeln. Sie wird durch die Zwischenhirnforschungen von W. R. Hess (1954) und durch die aktuelle Neuropsychobiologie mehr und mehr bestätigt, nachdem der Zürcher Neurophysiologe W. R. Hess schon in den frühen fünfziger Jahren in seinen Zwischenhirnforschungen experimentelle Ergebnisse lieferte. Die Stärke der einzelnen Triebelemente bestimmt weitgehend, ob ein Individuum in seiner Erkrankungsart und Symptomatik z. B. paranoide, depressive, narzisstische, orale Frustrations- oder Suchtphänomene usw. zeigt.

6 Triebpathologie – Allgemeine Psychopathologie

6.1 Phänomen und Funktion

Die klinische Phänomenologie ist Korrelat und Ausdruck der funktionalen Triebpathologie. Triebstörungen (Schwäche, Überdruck, Spaltungen) können als solche symptomatisch werden oder sich auf andere Systeme auswirken: die kognitive Sphäre (Einfluß auf die höherpsychischen Funktionen) oder die neuronale Sphäre (Auslösung von Reflexen und Instinktbewegungen) sowie auf das Neurovegetativum. Diese Aufgliederung läßt psychische Störungen und Krankheitsbilder genauer differenzieren:

- Durch *klinisch-phänomenologische Beobachtung* werden Symptome und Symptomverbände, Verhaltens- und Reaktionsweisen, verbale oder andersartige Äußerungen von Patien-

- ten sowie typische Krankheitsverlaufsformen beschrieben (Psychopathologie und Nosologie der klassischen Psychiatrie).
- *Die funktional-triebdynamische Basis* eröffnet tiefere Einblicke in das krankhafte Geschehen und ist für ein kausaltherapeutisches Vorgehen unabdingbar. Jedes Phänomen und Symptom, jede Äußerung und Verhaltensweise hat eine funktionale Grundlage, durch die sie bedingt wird: teils elementare, teils komplexe Funktionsabläufe. Von Pathodynamik sprechen wir dann, wenn die psychischen Funktionen quantitativ oder qualitativ, d. h. interaktionell aus dem physiologischen Bereich ausbrechen, wenn sie nicht aufeinander abgestimmt sind im Sinne der Integration oder Legierung – oder sich nicht gegenseitig steuern (Spaltung, Desintegration). Sie werden dann in Form von auffälligen Verhaltens- und Reaktionsweisen, von Störungen, krankhaften Symptomen oder Syndromen als klinische Phänomene sichtbar.
 - Das psychodynamische Denken wurde bekanntlich durch Freud, Pierre Janet, Jung und andere in Psychologie und Psychopathologie eingeführt; von der Psychiatrie wurde es jedoch nur bedingt aufgenommen. Szondi vervollständigte und systematisierte es, so daß wir heute, bezugnehmend auf das Triebsystem und die Triebdialektik, nicht mehr von Psychodynamik schlechthin, sondern von *Triebdynamik, Triebdialektik und Triebpathologie* sprechen. Damit konnte Szondi die Tiefenpsychologie mit der Psychiatrie verbinden und die klinische Psychopathologie mit der Psychologie auf eine funktionale triebdynamische Grundlage stellen.
 - Zur *neurophysiologischen Ebene* gehören Reflexe und Instinktbewegungen. Ihnen liegen neurale Strukturen zugrunde. Solche Mechanismen sind von anderer Natur als die Triebfunktionen; letztere sind nur der Motor, der andere Funktionsabläufe in Gang setzt. Diese prinzipielle Unterscheidung ist

sehr wichtig, weil bei pathologischen Erscheinungen ganz verschiedene Systeme involviert sein können. Das gilt ganz besonders für den paroxysmalen Formenkreis. In der Triebosphäre wird bestimmt, ob das Individuum offensiv-aggressiv oder defensiv-passiv reagiert. Die Ausführungsorgane aber, die die Triebimpulse in die Tat umsetzen, sind neuronaler Art, z. B. Flucht- oder Totstellreflex usw. Diese Reflex- und Instinkterrscheinungen sind archaischer Natur und werden beim gesunden Menschen durch höhere Hemmmechanismen unterdrückt (Kretschmer 1974). Unter bestimmten Bedingungen können sie sich jedoch emanzipieren und werden so symptomatisch: Hysterische Phänomene, Tics, Torticollis spasmodicus usw.

- *Die autonomen vegetativen Funktionen* (vgl. 8.3.4): Das vegetative Nervensystem. Jede Affektregung, jede Stimmung wird regelmäßig von neurovegetativen Erscheinungen sympathikotoner oder parasympathikotoner Art begleitet. Im krankhaften Fall können diese Begleiterscheinungen als *Symptome* auftreten, wobei der auslösende Affekt verdrängt wurde.

Beispiele:

Ein Patient hat Handschweiß, der im Moment der Begrüßung ganz plötzlich auftritt. Die Analyse zeigt, daß dieses vegetative Symptom nur Begleiterscheinung einer unbewußten Kontaktangst ist.

Eine Patientin hat immer wieder plötzlich auftretendes rasendes Herzklopfen (sog. paroxysmale Tachykardie) und Beklemmungsgefühle auf der Brust. In der Therapie werden ihr die unbewußten Angstaffekte, die hinter den neurovegetativen Begleiterscheinungen versteckt sind, bewußt.

- *Basale, neuro-biochemische Prozesse:* Sie liegen den neuronalen und psychischen Funktionen allgemein und den Triebfunktionen speziell zugrunde (Neurotransmitter und Rezeptoren).

- Zum *transpersonalen Bereich* gehören 1. Das Aneinander-An-teil-Haben kraft der spirituellen oder Partizipationsfunktion (-p). 2. Das Transzendieren aus der physischen Dimension in die metaphysische. 3. Systemische Beziehungen. Entsprechend dem Triebsystem gibt es sieben Arten des realen, physischen Bezugs zur Welt, nämlich sämtliche Triebstrebungen, ausgenommen die p-Funktion. Diese ist Teil der transzendenten Beziehung und stellt einerseits über die Partizipation und Projektion die Beziehung zwischen den einzelnen Personen her, andererseits zur metaphysischen Dimension schlechthin (Szondi 1956a). Die systemischen Beziehungen ergeben sich u. a. aus der Totalität aller erwähnten Bezüge.

In der Psychopathologie sind zusätzlich immer *zeitliche Verlaufskriterien* mitzubersichtigen: Das statische muß zum dynamischen Denken werden, auch in der Diagnostik (triebpsychologisch funktionale Aspekte und klinisch-phänomenologische Beobachtung im Rahmen einer Längsschnitt-Betrachtung: Lebensgeschichte, Krankheitsverlauf).

7 Triebdynamik – Pathodynamik

Das normale Triebleben zeichnet sich durch ein ständiges Oszillieren aus, d. h. durch dynamischen Wechsel von Aufladung und Entladung der elementaren Triebkräfte. Je nach äußeren oder inneren Bedingungen und Bedürfnissen müssen verschiedene Triebfunktionen aktiv werden.

- Eine Triebfunktion ist nicht verfügbar bei Triebunterdruck (anlagebedingte Triebchwäche, z. B. s0; vgl. asthenisches Syndrom: s0 k0 [Seidel 1959]) oder bei kurz vorangegangener Entladung oder bei Fixierung in einem Faktorenverband

(Triebssyndrom). Letzteres kann überhaupt die psychodynamische Flexibilität einschränken.

- Triebüberdruck (+!! und -!!) kann eine mangelnde Triebentladungsmöglichkeit anzeigen.

Solche Situationen müssen nicht unbedingt von einer entsprechenden Krankheit oder Störung begleitet sein.

- Triebdialektik ist das Kräftespiel zwischen den einzelnen Triebstreben, Triebbedürfnissen und Trieben, indem die Komponenten gemeinsam das gleiche Triebziel verfolgen und gleichzeitig einander steuern und bremsen. Diese Dialektik im Sinne von synergistisch-antagonistischen Gegenspielerfunktionen ist das biopsychologische Organisationsprinzip überhaupt. Paradigma: die Organisation des vegetativen Nervensystems: Sympathikus und Parasympathikus. – Wenn das Kräftespiel zwischen den einzelnen Triebstreben, Triebbedürfnissen und Ganztrieben sowie den vordergründigen und hintergründigen Teilen der Triebpersönlichkeit gestört ist, können Probleme auftreten. Die Triebspaltungen, v. a. die diagonale Spaltungsart und die bei dieser entstehende maximale Spannung, bedingen die schwersten klinischen Krankheitsbilder (z. B. Sch+– oder das vollständige paranoide Spaltungssyndrom).
- Triebvermischung und Triebentmischung (vgl. 8.2 Der Sexualtrieb)

Für den Psychotherapeuten sind folgende Gesichtspunkte wichtig:

- Ist einem Menschen seine Triebssituation überhaupt bewußt?
- Wie löst er das Problem der Triebgegensätzlichkeiten?
- Wie wehrt er seine Triebgefahren ab: durch Verdrängung, Entfremdung, Projektion oder Zwang?
- Bezieht er Stellung gegenüber einer Triebgefahr?
- Welche Möglichkeiten findet er im Alltagsleben, welche Ar-

rangements kann er treffen, um mit seiner schwierigen seelischen Struktur eine möglichst günstige Existenzweise zu realisieren?

- Wie kann er sozialisieren oder sublimieren?

Die Gültigkeit der psychiatrischen Pathologie und Nosologie wird durch die Triebpathologie anhand der ETD im wesentlichen bestätigt. Die Idee der Krankheitseinheiten ist immer noch als gültiges Modell zu verstehen (Binswanger 1957; Kuhn 1987), das einerseits Schwerpunkte setzt und andererseits eine große Vielfalt von Zwischen- und Übergangsformen erkennen und artikulieren läßt. Für den triebpsychologisch Denkenden ist die Gruppierung der verschiedenen psychischen Störungsformen nach den vier Erb- oder Triebkreisen ohne weiteres verstehbar. Jeder Triebkreis ist quasi das Leitelement für die entsprechenden, je zwei zusammengehörenden Krankheitsformen. Eine Differenzierung dieser Vierheit der Krankheitsformen liegt darin, daß jeder der ihnen entsprechenden Erb- oder Triebkreise zwei komplementäre Störungsformen umfaßt, wodurch acht faktorspezifische Krankheitsmöglichkeiten unterschieden werden können. Triebdiagnostisch ist schon aufgrund des Triebüberdrucks einer einzelnen Strebung oder aber gehäufte O-Reaktionen eine entsprechende Problematik oder Störung anzunehmen («Faktorspezifische Krankheiten», vgl. Szondi 1980, 49). Es gilt dabei allerdings, daß *eine Auffälligkeit in der Triebstruktur nicht mit einer klinischen Krankheit gleichzusetzen ist*. Um so bedeutungsvoller aber ist ihr Ausdruck in bestimmten Verhaltens- und Reaktionsweisen, Lebensformen und Lebensverläufen eines Menschen – Störungen also, die nicht einfach mit einer klinischen Diagnose erfaßt, jedoch im funktionalen Sinne verstanden werden können. Dementsprechend ist eine Diagnose vorerst auch nur eine funktionale und nicht eine klinische. Zum monofaktoriellen Aspekt der Triebstörungen hinzu kommt die

syndromatische Verbindung zweier oder mehrerer Faktoren zu einem typischen Faktorenverband. In diesem muß ein spezifischer Faktor mehr als Kernstück oder Leitfaktor betrachtet werden, zu dem meistens eine typische Ichstruktur hinzukommt.

8 Psychologie und Pathologie der einzelnen Triebe

8.1 Der Kontakttrieb (Vektor C)

Der Kontakttrieb wird in dieser Darstellung als erster behandelt, denn er ist die *Basis des realen Bezuges zur Welt* und die Voraussetzung des physischen Kontaktes des Individuums zu ihr. Ohne diesen Bezug könnte kein anderes Triebbedürfnis überhaupt zu seiner Realisierung gelangen. Die Erfahrung zeigt, daß mit der negativen Kontaktsituation (-m) jede andere psychische Problematik einer Person verschärft wird (vgl. Beispiele in 8.3.11 und 8.4.6). Dies ist ganz einfach erklärbar durch das Fehlen jeglicher konkreten Verankerung in der realen Dimension, der tragenden, konkret-physischen Beziehungsfähigkeit zu Personen und Umwelt. Der Kontakttrieb bestimmt wesentlich den psychosozialen Bezug des Individuums und seine Stimmung. Problematische Vektorbilder im Kontakttrieb bringen Störungen in Stimmung, Sozialbezug und Arbeitsfähigkeit mit sich.

Mit der Möglichkeit, die Triebbedürfnisse des Kontakttriebes zu befriedigen, hängt direkt die Stimmungslage des Einzelnen zusammen. «Das Gefühl des Gelingens oder Mißlingens, des Glückens oder Mißglückens, des Zuteilwerdens oder des Verlierens des Objektes ist der Quell aller Stimmungen von Glück und Unglück» (Szondi 1960, 176). «Von der Annahme oder Nichtannahme hängt die gehobene oder bedrückte Stimmung des Menschen ab» und kann beim Einzelnen, im Rahmen des Normalen, situations-adäquat starken Schwankungen unterliegen (Ernst Kretschmer, zitiert

nach Szondi 1960, 176). Wir kennen Stimmungsstörungen, die mehr in den Bereich des d-Faktors gehören (Objektverlust) und solche, die eher auf eine orale Frustration zurückgehen (vgl. dazu auch die frühen oralen Traumatisierungen, die anaklitische Depression nach R. Spitz).

Im Gegensatz zu Freud nimmt Szondi, ausgehend von der Theorie von Imre Hermann, einen speziellen Kontakttrieb an, «dessen besonderes Triebziel es ist, ein Außenobjekt zu suchen und sich daran zu binden, es für sich, für seine Befriedigung zu sichern» (Szondi 1960, 175). Szondi schuf in seiner Konzeption des Kontakttriebes den *physiologischen Sozialtrieb der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Das lateinische Verb *tangere, contangere* (berühren), von dem das Wort «Kontakt» abgeleitet ist, erfaßt alle Bedeutungen, die den psychischen Modalitäten des Kontakttriebes entsprechen.

Stimmungsstörungen: Sie liegen an der Basis einer Reihe verschiedenartiger Phänomene, welche von der Alltagspsychologie bis zu schweren klinischen Erkrankungen führen. Allgemein wird unter dem Titel der Depressionen ein breites Spektrum von Stimmungsschwankungen im Alltag über Formen verstärkter Stimmungsbaisse und Trauer bis hin zur schweren, psychotischen Depression subsummiert. Im Bereich der maniformen Bilder sind es Bindungsunfähigkeit, Euphorie, Unruhe, hypomanische bis manische Betriebsamkeit.

Aus schicksalsanalytischer Sicht werden Depressionen von der Psychiatrie zu Unrecht als affektive Störungen bezeichnet, sie sind jedoch Stimmungsstörungen. Affekte spielen hier höchstens eine sekundäre Rolle, ganz im Gegensatz zu paroxysmalen Störungen, bei welchen Affektstörungen im Zentrum stehen (vgl. 8.3 Der Paroxysmaltrieb). Wenn heute Panikstörungen als Teil depressiver Syndrome verstanden und dementsprechend mit Antidepressiva behandelt werden, so sind dies triebpathologisch gesehen Kombi-

nationen von Kontaktstörungen mit paroxysmalen Elementen, was auch unterstützt wird durch die Psychopharmakologie: Das Antiepileptikum Carbamazepin (Tegretol) wirkt oft auch bei zirkulären Störungen.

8.1.1 Das Urmodell des Kontakttriebes

Es «ist die Bewegungskette, mit der das Neugeborene die Brust der Mutter sucht, ergreift und saugt. Kurz: die Oralität. Die Brust der Mutter bleibt für das ganze Leben das Urojekt allen triebhaften Auf-Suche-Gehens und allen Sich-Anklammerns» (Szondi 1960, 175). Dieses Beispiel repräsentiert eine typische Verschränkung der beiden Komponenten m und d. Von den Triebfunktionen sind aber grundsätzlich die neuralen Reflex- und Instinktbewegungen zu unterscheiden. Diese, z. B. der Saugakt des Säuglings als solcher, werden durch die Triebfunktionen in Gang gesetzt; sie sind die ausführenden Organe der Antriebe. Szondi unterscheidet aber unrichtigerweise nicht den rein triebhaften vom neuralen Teil, den Reflexen und Instinktbewegungen (vgl. 8.3.8 Reflexe und Instinkt-
bewegungen).

8.1.2 Die nichtobjekthafte Umweltbeziehung: Faktor m

Die Strebung +m bedeutet physische Umweltbeziehung im Sinne des Berührens und des Sich-Anklammerns, des Akzeptationsbedürfnisses und der Sicherungstendenz, des Urvertrauens. Dieser Bezug ist nicht ein objekthafter, im Gegensatz zur +d-Funktion.

In Bildern veranschaulicht: Weidetiere, die einfach (Gras-) Masse aufnehmen; ein Nest junger Hunde oder Katzen, die sich eng aneinander drängen; das Kleinkind, das den Kontakt und Schutz bei der Mutter sucht; viele Menschen haben das Bedürfnis, dauernd zu kuscheln, oder sie sind überhaupt unfähig, allein zu sein.

Klar zu unterscheiden ist zwischen dem Kontaktbedürfnis

(+m-Strebung), dem Eros-Bedürfnis (+h) und dem Partizipationsbedürfnis (-p); diese drei Funktionen sind völlig verschiedene Elemente der Beziehung, die allerdings – mit je verschiedenem Akzent – meist zusammenwirken.

Die Strebung $-m$ ist die triebpsychologische Basis für das Sich-Abtrennen aus einer bestehenden Bindung: der Drang, völlig frei zu sein, in der Vereinsamung zu leben oder stets nach Neuem zu haschen, ohne sich je binden zu können.

Das orale Triebbedürfnis «m» stellt den Kontakt zur Materie schlechthin her: vorerst die erdhafte Beziehung, Boden unter den Füßen haben, verwurzelt sein; in der physischen Welt stehen; sie mit Händen greifen und mit ihr in Berührung sein; sodann der kontaktmäßige Bezug zum Mitmenschen und zur lebenden Kreatur. Das neurale Korrelat dieser triebhaften Funktion ist der taktile oder Berührungssinn, die Sensibilität und, auf der motorischen Seite, der Greifakt bzw. der Greifreflex. Das Tasterlebnis ist das Urgefühl des «In-der-Welt-Seins», mit einem Evidenzcharakter, der stärker ist als der durch die Sinnesorgane – das Auge und das Ohr – vermittelte, sensorische. Wird eine Person im Wahrnehmungsbereich von einer Unsicherheit befallen, so überprüft sie die Situation über den Tastsinn:

Beispiel:

Eine Analysandin pflegte immer wieder mit beiden Händen auf den Analysencouch zu schlagen, um sich, während eines Entfremdungs-erlebnisses, über den Tastsinn der Realität zu vergewissern.

8.1.3 Fehlender physischer Weltkontakt und die Psychosen

Das Fehlen des taktilen und oralen Kontaktes ist von essenzieller Bedeutung auch bei der *Psychosenentstehung*. Voraussetzung für diese ist nicht nur der Ausfall der Introjektionsfunktion (0k oder -k), also die Schwächung des sensorischen Wahrnehmungskontak-

tes, welche zur Entfremdung der Wahrnehmungswelt führt, sondern wesentlich auch die vorherrschende Abtrennung im konkreten physischen Weltbezug ($-m$). Liegt eine Abtrennungstrebung ($C0-$, $C--$ oder $C\pm-$) neben einer paranoiden Ichstruktur ($Sch0-$) vor, verdichtet sich der diagnostische Verdacht auf eine *paranoide Psychose*. Dies ist evident, denn erst durch die Loslösung aus der Urbeziehung zur physischen Welt kann der in der Ichstörung begründete Realitätsverlust so recht zur vollen Auswirkung gelangen und sich die Neigung zur Irrealität und Irrationalität, zum Wahnhafte verstärken.

8.1.4 Akzeptationsproblematik und Suchtverhalten im Alltag

Im Alltagsleben ebenso wie in der psychotherapeutischen Praxis können wir bezüglich des Kontaktlebens große konstitutionelle Unterschiede feststellen: Menschen mit einer starken Oralität ($+!m$) sind auf Akzeptation besonders angewiesen und fühlen sich rasch frustriert. Szondi spricht von Akzeptationsneurose. Das Essen bedeutet ihnen alles, sie müssen ständig etwas im Munde haben und neigen zu *oralem Suchtverhalten*: rauchen, trinken, reden. Diese konstitutionellen Eigenheiten können in gesteigerter Form den so häufigen Alltagsüchten zugrunde liegen. Hier ist eine Befriedigung des gesteigerten oralen Bedürfnisses noch möglich, wenn auch nur durch einen massiven Konsum. Dies ganz im Gegensatz zu den schweren Suchtkrankheiten.

8.1.5 Die eigentlichen Suchtkrankheiten

Bei diesen kann eine Befriedigung niemals gelingen, denn es hat ein Umschlag von der $+m$ in eine $-m$ -Strebung stattgefunden, begleitet von einer $-!k$ -Funktion, Basis der Tendenz zur Entwertung aller Werte. Das Suchtobjekt wird entwertet, ist wie eine inflationierte Währung ohne Zahlungskraft.

Beispiel:

Eine schwer oral süchtige Patientin – aus einer Hoteliersfamilie stammend und im elterlichen Hotelrestaurant aufgewachsen –, trinkt auf ihrem Zimmer den Whisky aus dem Zahnputzglas. Als die Patientin Säugling war, pflegte die Mutter, während sie sie stillte, zu rauchen, und zwar gleichzeitig zwei Zigaretten, in jedem Mundwinkel eine.

8.1.6 Zum manischen Syndrom

Klinisch reine Manien sind relativ selten. Meistens stehen sie den inflativen Psychosen nahe und werden dann in der Psychiatrie Schizophrenien genannt. Dem entsprechen ichdynamisch gesehen die starke destruktive Negation und die inflative Tendenz: $-!k +!p$. Das Leitbild ist $C0-!$, das Kontaktbild der Loslösung aus allen Bindungen zur Welt und damit auch die totale Vereinsamung des Patienten. Das Ichbild ist gekennzeichnet durch die Hypernegation ($-!k$): die Tendenz zur Entwertung aller Werte. Hier zeigt sich die nahe Verwandtschaft der Manie zu den schweren Süchten. Die Stimmung des manischen Patienten ist nur eine pseudoeuphorische – direkt dahinter ist die tiefe Trauer spürbar. Für den Patienten kann die maniforme Abtrennungstendenz in eine tragische, totale Vereinsamung münden (Suizidgefahr!).

8.1.7 Der objekthafte Weltbezug: Faktor d

Im Gegensatz zum Faktor m stellt der Faktor d den objekthaften Weltbezug her. Er regelt die Beziehung des Individuums zur Objektwelt. Die Strebung $+d$ ist die Funktion des Auf-Suche-Gehens und der Veränderung, des Sammeln und Besitzens, der Neugierde im Sinne des Sehens und des Eroberns neuer Welten. Die polare Gegenstrebung $-d$ ist die Grundlage des Beharrens, des Nicht-Loslassens, des Nicht-verlieren-Könnens, des Hortens. Dies gilt ebenso für personale wie für rein materielle Objekte. Aber es geht auch um ideelle Werte wie Freiheit, Ehre, Anerkennung usw. Ich fasse auch die Zeit als ein «Wertobjekt» auf (vgl. 8.1.8 Das depressive

Syndrom). Im Charakter zeichnet sich der Faktor «d» durch die Eigenschaft der Treue zu Partner, Familie, Gruppe usw., aber auch durch Habgier, Sammelsucht und Geiz aus.

Im Unterschied zum erwähnten Bild des Nestes junger Hunde für die +m-Strebung steht für die +d-Strebung hier das Beispiel des Eichhörnchens, das Objekte sammelt, sie hortet oder sie unter Zuhilfenahme der «Hände» als Objekte hält, schält und frißt. Das erste ist ein Beispiel für den physischen Kontakt (m) schlechthin, das zweite zeigt den objekthaften Bezug (d), der bereits mit der Fähigkeit zur Handhabung verknüpft sein kann.

Störungen im Rahmen der d-Funktion sind depressive Verstimmung, Depression, Sammelsucht, Kleptomanie, Zwangsstörungen, analer Charakter.

8.1.8 Das depressive Syndrom

Die in der klinischen Psychiatrie verwendeten Termini wie Trauer, reaktive Depression, depressive Entwicklung, endogene bzw. exogene oder endoreaktive Depression sowie zyklische Störung entsprechen rein klinisch-phänomenologischen Kriterien bzw. Verlaufsformen. Eine Beschränkung auf diese Aspekte genügt heute als Grundlage für das diagnostische Verständnis und die Therapie depressiver Störungen nicht mehr. Das klinische Denken muß durch ein funktionales ergänzt werden. Doch nicht nur durch die Vernachlässigung tiefenpsychologischer Aspekte wird die Psychiatrie zunehmend einseitig, sondern auch durch die gleichzeitige Übergewichtung und Isolierung der biochemischen Grundlagen, was zur Abspaltung einer biologischen Psychiatrie aus der Gesamtpsychiatrie geführt hat. Diese Entwicklung würde sich durch den Einbezug der Triebpsychologie verhindern lassen. Zwar hat die psychiatrische Grundlagenforschung Zusammenhänge zwischen neurobiochemischen Vorgängen (Neurotransmittersystemen) und klinischen Phänomenen aufgedeckt, aber es fehlt das

Verständnis des direkten funktionalen Konnexes zu den einzelnen psychischen Funktionen. Dies wird jedoch aufgrund des triebpsychologischen Denkens erklärbar, dann nämlich, wenn wir die Doppelnatur der Triebfunktion erkennen (vgl. 5). Subjektives depressives Erleben und objektive Symptome lassen sich, von der biochemischen Seite her gesehen, größtenteils als Folge der Nichtverfügbarkeit von Neurotransmittern (Serotonin und Noradrenalin) erklären und durch entsprechende Psychopharmaka beeinflussen (MAO-Hemmer und Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI). Auf dieser Ebene wird biochemisches und psychisches Geschehen als Ausdruck einer einheitlichen somatopsychischen Matrix verstehbar (Seidel 1996). Durch die Kenntnis der Triebstrebungen +k und +d, deren verstärktes Wirken an der Basis jeder Depressionsentstehung liegen, wird das Krankheitsverständnis des Depressiven vertieft und die Dichotomierung in eine rein somatogene und eine rein psychogene Verursachung vermeidbar, was für die Indikation der Therapie relevant ist: analytische oder Gesprächstherapie, allein oder kombiniert mit Antidepressiva? Nie jedoch Psychopharmaka ohne gleichzeitige Psychotherapie.

8.1.9 Depression in Triebpsychologie und Psychoanalyse

Das Testsyndrom der Depression: $-s +!k +!d \pm m$, entspricht der Freud'schen Hypothese der Depressionsentstehung (Freud 1913–1917). Seine Kernelemente sind eindeutig und werden sowohl durch die ETD als auch durch die klinisch-psychologischen Erhebungen bestätigt; sie weisen auf eine starke konstitutionelle Basis hin. Das psychoanalytische Modell berücksichtigt aber vielmehr den exogen-traumatischen und psychogenetischen Aspekt als den konstitutionellen. Daß letzterer jedoch von größter Bedeutung ist, wird triebpsychologisch erhärtet und durch die psychopharmakotherapeutischen Effekte bestätigt.

8.1.10 Die Zeit als Wertobjekt – Die typische Veränderung des Zeitgefühls bei den Stimmungsstörungen

Sowohl in der Depression als auch in der Manie spielt die Beziehung zur Zeit eine fundamentale Rolle: während der Depressive an ihr hängt, sie zurückhalten will (retentio), verschleudert der Manische sie, so wie die Objekte, und strebt sinnlos nach vorn, wie er nach neuen Objekten hascht (protentio). Keiner der beiden Patienten ist präsent (vgl. praesentatio; Husserl; Binswanger 1960; vgl. auch Dürckheim: Die Übung der Präsenz – Das Sein im Hier und Jetzt; Dürckheim 1954). Der Depressive lebt nicht in der Gegenwart und noch weniger in der Zukunft, sondern nur in der Vergangenheit. Seine Objektverlustintoleranz ist jedoch nicht auf die Verstärkung des d-Faktors und damit auf den faktischen Objektverlust begrenzt, sondern sie bezieht sich auch auf den introjektiven Objektbezug (+!k). Die ausgesprochen starke Introjektions-tendenz, das große nuancierte Erinnerungsvermögen solcher depressiver – meist hochdifferenzierter – Menschen lassen sie nie vergessen und zwingen sie, dauernd und schmerzerfüllt in der Retrospektive zu leben, am Verlorenen zu hängen, wissend, daß es nie je ersetzt werden kann.

Beispiel:

Eine ältere depressive Patientin hat vor einigen Jahren ihre sehr alte Mutter verloren, die sie bei sich gepflegt hatte. Die Trauerphase ging in eine schwere depressive Reaktion über, in der sich die Patientin während langer Zeit – und in der aktuellen Therapie nach mehreren Jahren wieder erneut – mit allen Details des Sterbeprozesses ihrer Mutter beschäftigte. Die trockene Reaktion einer ersten Therapeu-tin, «sie müsse halt den Tod als Teilaspekt des Lebens akzeptieren», ist an sich nicht unrichtig, war aber bei der Patientin in diesem Moment nicht angebracht und veranlaßte sie – verstehbar – zum sofortigen Abbruch jener Therapie. Erst das lange dauernde, einführende Mitgehen in der neuen Therapie mit dem Bedürfnis der Patientin, alle diese introjizierten Bilder ihrer Mutter immer wieder zu evozieren,

brachte Hilfe. In einer späteren Phase der Therapie begann die Patientin, sich intensiv mit ihrem während des zweiten Weltkrieges in Rußland gefallenen Vater zu beschäftigen. Sie wollte unbedingt sein Grab in Rußland auffinden und machte zu diesem Zweck mehrere Reisen an mögliche Orte. Auch dies mußte mit der Patientin bis ins Detail miterlebt werden. Dadurch wurde erst die Verarbeitung ihrer chronischen Depression möglich (ohne Antidepressiva). Mehr und mehr wurde die Patientin nun, bei gleichzeitiger Aufnahme von spirituellen Aspekten in das Gespräch, befreit und offen für Neues. Von sich aus fing sie an, der Gemeindeschwester in der Betreuung alter Menschen zu helfen und gestaltete so ihre Leidenstendenz um zum Mitleiden (Operotropismus). Bei dieser Patientin ist charakterologisch ein passiophiler Wesenszug nicht zu übersehen.

Das exogene Verlustelement muß aber nicht ein Objektverlust im eigentlichen Sinn, es kann auch ideeller Natur sein: Nichterfüllung eines großen Wunsches, Nichterreichen eines Ideals oder Ziels, Verlust von Freiheit, Ehre, Anerkennung, Karriere, kurz: eine totale *Desillusionierung* (vgl. Beispiel in 8.4.6).

8.1.11 Die enge Beziehung zwischen den Triebbedürfnissen «d» und «k»

An dieser Stelle drängt es sich auf, die nahe Beziehung zwischen dem Faktor d und dem Faktor k zu zeigen. Sie sind nicht voneinander zu trennen, auch wenn sie theoretisch klar voneinander unterschieden werden. Während die d-Funktion den faktischen Objektbezug herstellt, so entsteht über die +k-Strebung ein *introjektiver Wahrnehmungsbezug* zur Objektwelt (Introjekte, Wahrnehmungsbewußtsein, Orientierung in Raum und Zeit, Zeitgefühl, Wertbewußtsein).

8.1.12 Zum Phänomen der Entfremdung (vgl. auch 8.4 Der Ichtrieb)

Ein besonderes Ichphänomen, das auch im Rahmen der Depression erwähnt werden muß, ist das der Entfremdung. Ich interpretie-

re es als einen unglücklichen «Selbstheilungsversuch» im Sinne eines Vergessenwollens, einer Ausschaltung des Verlustbewußtseins und des Schmerzes, eine Distanzierung vom äußeren und inneren Leiden. Dieser Vorgang ist aber als solcher problematisch und kann selber pathogen werden, denn mit der Entfremdung des Schmerzerlebnisses kann auch die ganze Wahrnehmungswelt ausgeschaltet werden. In der Ichanalyse hat Szondi das komplementäre Ichbild Sch+0/Sch-± (depressive Introjektion/Entfremdung) beschrieben, was klinisch mit manisch-depressiven Zuständen verwechselt werden könnte. Dabei wird die ichhafte «Kapitalisierungstendenz» des Depressiven mit einem manischen Zustand gleichgestellt, während die Entfremdungsphase mit dem typischen Sich-Verstecken und Im-Bett-Bleiben, der Inaktivität und Distanzierung von der Welt mit einer depressiven Phase verwechselt wird (Entfremdungsbild Sch-±).

8.1.13 Die Spiritualität als Ressource

Letztlich sind wohl *spirituelle Ressourcen* die einzige verbleibende Möglichkeit des Menschen, die unfafbar bleibende Tatsache eines schweren Verlustes zu ertragen (Seidel 1979). Bei dieser Thematik wird die Begrenztheit der rein mechanistisch-materialistischen Denkweise der klassischen Psychoanalyse und größtenteils auch der modernen akademischen Psychologie sowie einer auf die Psychopharmakologie eingeschränkten Psychiatrie deutlich. All dem gegenüber hat Szondi die spirituelle Dimension in sein Menschenverständnis und in sein therapeutisches Denken einbezogen (vgl. Teil V, 3.7).

8.2 Der Sexualtrieb (Vektor S)

8.2.1 Triebvermischung

Ein «normales» Sexualleben im engeren Sinn ist nur möglich, wenn die beiden konstituierenden Faktoren des S-Triebes, das Eros- oder Zärtlichkeitsbedürfnis (h) und das Triebbedürfnis der Aktivität (s), aufeinander abgestimmt sind, d.h. sich gegenseitig steuern und bremsen (Triebvermischung nach Szondi) und miteinander legiert sind als lebensschaffendes und lebenserhaltendes Funktionspaar (Szondi 1952 und 1984). Eros ist die Triebkraft jeglicher Anziehung und Bindung zum Lebenden, sowohl der individuellen Personenliebe (+h) als auch der kollektiven Menschheitsliebe (-h). Das Wesen des Faktors s ist Aktivität und Aggression (lat. *aggredi* = an etwas herangehen), aber auch das Bemächtigungsbedürfnis und das Bedürfnis einzudringen, zu trennen oder zu spalten (+s). Die Kehrseite davon ist die Passivität bzw. die Wendung der Aktivität und Aggressivität gegen sich selbst, die Hingabe, die Unterwerfung und das Gewährenlassen (-s). Beide Tendenzen beziehen sich nicht nur auf das Geschlechtsleben (sexuelle Aktivität oder Passivität), sondern auf das Leben überhaupt, auf alle Tätigkeiten und auf den Beruf. Das +s-Bedürfnis ist die triebhafte Grundlage für die *Aktivität* und als solche notwendiger Begleiter des Eros, der sich ohne Faktor s niemals realisieren könnte. Ohne die gleichzeitige mildernde Wirkung des Erosfaktors aber würde die Aktivitätsfunktion destruktiv. Durch die Triebvermischung werden beide Komponenten zusammen zu etwas Neuem, so wie die Legierung zweier Metalle etwas Neuartiges ist. Liebesgefühl und Liebesbedürfnis werden durch den Triebgegensatzpartner +s realisiert; ohne diesen bliebe die Liebe eine romantische Sehnsucht. Die Triebvermischung ist die Voraussetzung für die Erfüllung des biologischen Zwecks der Fortpflanzung. Schon Freud hatte die Notwendigkeit der Triebvermischung erkannt: die «prä-

genitalen Partialtriebe», wie er die elementaren Triebstrebungen nannte, sollten vermischt und unter den Primat der Genitalität gestellt werden. Doch wie ist dies heute, in Kenntnis der Triebpsychologie Szondis, zu verstehen?

Diese Sexualität i. e. S., der sog. «Sex», sollte in die Gesamtpersönlichkeit integriert und damit humanisiert werden: Vorerst die Einbettung in ein gesundes, selektives Kontaktleben als Voraussetzung für die Bindungsfähigkeit. Dann die partizipative Vereinigung, d. h. die geistige Kommunikation sowie die gesunde Objektbindungsfunktion, die persönliche Wertschätzung und Anerkennung des Partners.

Die Aggressivität kann direkte Manifestation einer elementaren gesteigerten +s-Strebung (+!!s) sein; sie kann situativ oder durch andere Triebelemente ausgelöst werden, wie durch gestaute grobe Affekte (-e; Neid, Eifersucht, «Kain der Totschläger») sowie durch Frustration und Enttäuschung (+!!m). Im Zusammenhang mit der ichhaften Destruktionstendenz im Sinne der Entwertung aller Werte, des Negativismus (-!k) besteht oft die Gefahr der Selbsterstörung, des Suizids.

Alle elementaren Funktionen des Triebsystems sind theoretisch und definatorisch klar voneinander zu unterscheiden. Das Erosbedürfnis (+h) darf nicht mit dem Partizipations- (-p) oder dem Kontaktbedürfnis (+m) verwechselt werden. Das Eros- oder Zärtlichkeitsbedürfnis ist *ganz von dieser Welt*, bezieht sich konkret auf ein physisches Wesen oder auf einen ästhetischen Wert. Das Partizipationsbedürfnis hingegen ist die Grundlage des «drahtlosen», *rein geistigen Kommunizierens*, der Verschmelzung im grenzenlos adualen Zustand. Die Sublimationsform des Eros ist die kollektive Menschenliebe, die des Partizipationsbedürfnisses ist die Religiosität, der Glaube.

8.2.2 *Sexualprobleme*

Sexualprobleme, die nicht unbedingt in den Bereich der Psychopathologie im engeren Sinn gehören, kann man in einem breiten Spektrum zwischen Psychopathien, Neurosen (neurotische Impotenz, Frigidität) und Hypersexualität oder suchtartiger Sexualität (Satyriasis und Nymphomanie) unterbringen; sie sollten psychodynamisch differenziert werden. Hypersexuelles Verhalten kann auf eine reine Hypertension im S-Trieb zurückzuführen sein, ohne daß eine eigentliche Suchtstruktur vorliegt (S +!! +!; bei Frauen S -! -!!). Die *suchtartige* Sexualität dagegen hat ihre triebpsychologische Grundlage in Haltlosigkeit und Haschen nach neuen Objekten (Kontaktbild C0-!). Hinzu kommt, im Rahmen eines hypomanischen oder manischen Syndroms, die Tendenz zur Entwertung aller Werte (-!k). Nicht selten ist hypersexuelles Verhalten auch ganz einfach Ausdruck eines großen, unbefriedigten Akzeptationswunsches (+!m). Es kommt auch im Zusammenhang mit einer schizoformen Ichstörung oder Debilität vor.

Gewisse Störungen können auch sekundär sein, so Impotenz und Frigidität bei Depressionen und Psychosen, bei schweren organischen Erkrankungen und Alkoholismus oder, als Nebenerscheinung, bei Psychopharmakotherapien, vor allem mit antipsychotisch wirkenden Neuroleptika und Antidepressiva.

8.2.3 *Triebentmischung*

Dieser an sich allgemeine Begriff kann am besten im Rahmen des Sexualtriebes erläutert werden; er wurde durch Freud auch in diesem Sinn und Zusammenhang gefunden. Durch die Entmischung der Triebfaktoren h und s ist die angreifende, destruirende, quälende und zertrennende, die tötende Wirkung des Aggressionsfaktors losgelöst von ihrem Gegenpart, dem verbindenden, abrundenden und abschwächenden Einfluß des Faktors h. Analoges gilt von der -s-Strebung. Bei der Triebentmischung manifestieren sich die

liberierten Strebungen in verschiedener Weise: von Persönlichkeitsvarianten und Verhaltensweisen des Alltagsmenschen bis in den Bereich der Pathologie hinein; also in Unterdrückung, Ausnützung, Erniedrigung und Mobbing sowie in (psychisch-)sadistischem Verhalten im Rahmen der sadomasochistischen Dualunion, einer häufigen, abwegigen Beziehungsform (vgl. 8.2.5 Die Sexualpsychopathien).

8.2.4 Gewalttätigkeit und Kriminalität aus psychopathologischer Perspektive

Die *kriminelle* Gewalttätigkeit im Alltagsleben gehört meist zu den Sexualpsychopathien und damit in den psychopathologischen Bereich. Den Gewaltverbrechern fehlt oft die Fähigkeit zur ethisch-moralischen Zensur, so wie wenn ein Organ nicht vorhanden wäre, weshalb hier *weder Einsichtsfähigkeit noch Reue* zu erwarten und Vorstellungen von therapeutischer Beeinflußbarkeit, von «Besserungsfähigkeit» als naiv zu bezeichnen sind. Man nannte sie früher «gemütlose Psychopathen» (Kurt Schneider) und ihre Krankheit «moral insanity¹». Man muß sich, angesichts der häufigen Gewalttaten, vor allem an Frauen und Kindern, fragen, ob Psychiatrie und Rechtsprechung weiterhin Triebpsychologie und Triebpathologie beiseite lassen dürfen. Ganz im Gegensatz zu den sadistischen Gewaltverbrechen steht der *Affekttotschlag*. Hier ist das *primum movens* weder eine Hypertonie im Faktor s noch eine krankhafte Unfähigkeit zur Sexualbeziehung, sondern eine Neigung zur massiven, paroxysmalen Affekterregung und -entladung, wobei die Ichfunktionen kurzdauernd außer Aktion gesetzt werden. Im Unterschied zum skrupellosen Gewaltverbrechen aber folgen bei diesen Affekttaten die *Schuldgefühle und Gutmachungstendenzen* auf dem Fuß, eine *typische Manifestation* der überstar-

¹ «moral» im englischen Sprachgebrauch entspricht unserem Wort «ethisch»

ken ethischen Zensur beim *paroxysmalen Menschen* und ein wichtiges Kriterium in der Differenzialdiagnostik.

8.2.5 Die Sexualpsychopathien (*Inversion und Perversionen*)

Unter diesem Begriff werden die Inversion und die Perversionen zusammengefaßt – sowohl klinisch als auch psychodynamisch völlig verschiedenartige Störungen, die sich aber oft überlagern und deshalb auch oft miteinander verwechselt werden. Die Ursachen von Sexualstörungen sind vorerst in der individuell spezifischen Triebkonstitution zu suchen, also in der erbgenetischen Determinierung. Doch diese konstitutionelle Basis wird durch exogene Faktoren wie Prägungen, Introjektions- oder Identifikationsmechanismen und traumatische Erlebnisse ausgelöst, verstärkt oder geformt. Letztere werden aber oft durch Verdrängung abgewehrt.

Die Inversion

Inversion ist ein *psychodynamischer Begriff*, der nicht mit dem einer manifesten Homosexualität gleichzusetzen ist. Auch hier muß wieder auf die grundsätzliche Verschiedenheit der funktional-triebpsychologischen und der klinisch-phänomenologischen Denkweise hingewiesen werden. Ist das Zärtlichkeitsbedürfnis nicht vom Aktivitätsfaktor (diagonale Spaltung; $S+ -$) begleitet oder ist es unverhältnismäßig gesteigert ($S+!0$), so liegt beim Mann eine Inversion vor, Grundlage für eine mögliche, manifeste Homosexualität. Die Persönlichkeit wird weich und unmännlich, und das Verhalten zeichnet sich durch Inaktivität, Mangel an Initiative und Durchschlagskraft aus, was ebenso für das Alltagsleben allgemein wie für die Sexualsphäre im speziellen gilt. Diese Dynamik wird verstärkt durch ein weiches, feminines Ich ($Sch0_{\pm}$ oder $Sch+_{\pm}$). So spricht Szondi beim Mann von einer «homosexuellen Spaltung», das heißt von einer Triebzielinversion, bei der Frau von «übertriebener Passivität in der Liebe» (Szondi 1972, 92). Es darf

nie übersehen werden, daß Homosexuelle nicht selten im Hintergrund triebpsychologische Zeichen einer kainitisch-sadistischen Veranlagung haben. Die relativ häufigen Tötungsdelikte im homosexuellen Milieu – die auch der Kriminologie bestens bekannt sind –, lassen sich so triebpsychologisch erklären. Eine ausgeprägte homosexuelle Veranlagung ist dem Betreffenden meistens bewußt und wird in der Regel auch ohne Hemmungen gelebt. Sie kann indessen auch abgewehrt und deshalb unbewußt sein. Als solche kann sie die Lebensqualität ihres Trägers beeinträchtigen oder andere seelische Störungen bedingen. Das folgende Beispiel soll die Fragwürdigkeit einer rein klinisch-phänomenologisch orientierten Diagnosestellung zeigen und ebenso die Notwendigkeit, quer durch die Triebpsychologie bzw. die Psychopathologie zu denken.

Beispiel:

Einer unserer Patienten kam wegen einer schweren Verkehrsphobie in Behandlung: Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels war für ihn absolut unmöglich, so daß er gezwungen war, sich täglich nach Büroschluß mit dem Taxi nach Hause fahren zu lassen. Die dadurch verursachten Kosten ließen ihn in große Schulden kommen. Bei großen Personenansammlungen fühlte er sich besonders unwohl und reagierte mit starken phobischen Symptomen. Immer wieder mußte er sich für eine Zeit abwenden und pro forma in ein Schau- fenster hinein schauen. Die analytisch orientierte Psychotherapie in Kombination mit Psychopharmaka brachte vorerst keine Besserung. Die Idee, es könnte sich um eine völlig unbewußte, homoerotische Gefahr handeln, wurde durch die ETD bestärkt: hier verriet sich die Inversion. Erst diese Kenntnis und die langsame und sorgfältige Hinführung des Patienten zur Bewußtwerdung und Akzeptation seiner abgewehrten homosexuellen Problematik brachte eine Besserung: die Phobie verschwand – als solche unbehandelt –, weil sie eben nur Folgeerscheinung und Symptom der besagten Triebproblematik war. Im zweiten Teil der Therapie mußte dem Patienten geholfen werden,

seine Veranlagung zu akzeptieren, um nunmehr auch menschliche Beziehungen herstellen zu können – heterosexuelle wie homosexuelle, was ihm zuvor unmöglich gewesen war.

An diesem Fallbeispiel kann die Bedeutung der triebdynamischen Diagnose gezeigt werden. Sie verrät hier die eigentliche Störung, welche kaschiert war durch das vordergründige Symptom einer Pseudophobie. Nur dieses kurieren zu wollen – z. B. durch eine kognitive Verhaltenstherapie – wäre sinnlos gewesen.

Die Perversionen

Zur gesunden Entwicklung der Persönlichkeit gehört die reife Befriedigungsmöglichkeit des urmenschlichen Bedürfnisses nach Ergänzung, Ganzheit und Vollkommenheit im Rahmen einer partizipativ-dyadischen Verbindung mit Einschluß von Eros und Sexualität (vgl. 8.2.1). Dies ist tragischerweise dem perversen Menschen nicht möglich.

Freud hatte das Wesen der Perversion darin gesehen, daß «die prägenitalen Partialtriebe» nicht unter den Primat der Genitalität gestellt werden können und vom eigentlichen Sexualziel abweichen; dies sowohl im Sinne von «anatomischen Überschreitungen» der für die Geschlechtsvereinigung bestimmten Körpergebiete als auch im Sinne eines Verweilens auf vorübergehenden Teilabläufen, die normalerweise auf dem Weg zum endgültigen Sexualziel rasch durchschritten werden sollten. Diese Feststellung Freuds ist unbestritten, doch ist sie keine eigentliche Erklärung, denn sie läßt die Frage offen, warum keine Triebvermischung zustande kommt. Aus schicksalsanalytischer Sicht läßt sich dazu folgendes sagen: die psychoanalytische Theorie vernachlässigt den Aspekt der spezifischen Stärke der einzelnen Triebelemente. Diese ist empirisch, d. h. mit der ETD nachweisbar. Sowohl der spezifische erhöhte Triebdruck als auch die Unfähigkeit zur Legierung sind konstitutionell vorge-

geben, aber sie werden durch exogene Momente verstärkt. Zwar ist ein starker Triebdruck in der Aggressionsfunktion (+!!!s) ein wichtiges Element an der Basis einer sadistischen Veranlagung, aber dies ist noch kein Sadismus im Sinne der Perversion, sondern stellt erst die Tendenz zum «Alleingang» dieser Triebfunktion, also zur Triebentmischung fest. Doch erst die spezifische Ichstörung der Unfähigkeit zur normalen Inbesitznahme des Liebesobjektes und damit die Unmöglichkeit, im Liebeserlebnis zu Ruhe und Befriedigung zu kommen, macht die Kernproblematik der Perversion aus. Ich sehe jedoch unter dieser Introjektionsstörung die noch tiefer liegende Partizipationsunfähigkeit und damit die eigentliche Störung des Perversen darin, daß der Schwerpunkt in seinem Ich auf der introjektiven Seite liegt, die Schwäche aber primär auf der partizipativen Ebene, die ja letztlich an der Basis aller seelischen Störungen liegt.

Die entwicklungspsychologische Theorie Freuds ist unbestritten, nur sollte sie durch die Berücksichtigung der höheren Ichfunktionen ergänzt werden. In diesem Sinne gehen auch die Daseinsanalytiker über die Freudsche Theorie hinaus. Oswald Schwarz sieht in der Perversion eine «qualitative Deformation der Partnerschaft» und meint: «es sei nicht nur der Sexualtrieb der Perversen pervertiert, sondern die ganze Art des In-der-Welt-Seins» (Szondi 1952, 365 f.). Hier, wo also die Problematik in der Gesamtpersönlichkeit des pervers Kranken gesehen wird, finden wir den Anschluß an die schicksalsanalytischen Theorie der Perversionen.

Nach Szondi sind Perversionen «schwere Ichstörungen von ganz spezifischer Natur» (Szondi 1952, 367). Er stellt zwei Kriterien auf:

1. Der pervertierte Mensch kann nur auf dem Weg der Sexualität versuchen, sein Ergänzungsbedürfnis zu befriedigen, m. a. W. er ist nicht fähig, die ursprünglichen und allmenschlichen

Macht-, Besitz- und Ergänzungsbedürfnisse in einer *ichhaften Beziehung* zu leben.

2. Er ist unfähig zur ichhaften Inbesitznahme des «Sexualobjekts»: *Störung der Objektidealfunktion* des Ichs.

Der perverse *Fetischist* ist zu einer ganzheitlichen Vereinigung mit einem Sexualpartner unfähig und muß sich mit einem Teilersatz zufrieden geben. Ihm genügt die psychische Introjektion allein nicht, um das Gefühl der Sicherheit der Besitznahme zu erlangen. Er braucht noch einen «materiellen» Teil des Sexualobjekts, um es in concreto zu besitzen und über diese Pseudo-Beziehung orgasmusfähig zu sein. Diese Veranlagung ist insofern tragisch, als ein solcher Mensch nie zur Ruhe kommt, immer allein ist und nie die beglückende Beruhigung einer personalen Beziehung erfährt.

Ein Kranker kann auch auf indirektem Weg straffällig werden, weil er die für seine perverse Praxis notwendigen Ersatzobjekte entwendet.

Beispiel:

Ein Patient hatte als Knabe seine Pflegemutter geliebt und während langer Zeit die von ihr zum Trocknen aufgehängte Unterwäsche als Onaniephantasie gebraucht. Später hatte er als Handwerker Zugang zu Waschküchen und Trocknungsräumen, wo er anfangs Damenwäsche zu entwenden. An die Stelle der früheren Liebe zur Pflegemutter stellte sich die perverse Fixation an die neuen Fetische. Sein ganzes Sexual- bzw. Liebesleben blieb auf die fetischistische Sphäre begrenzt. Schließlich wurde er straffällig wegen Diebstahls. In der anschließenden Psychotherapie konnten diese Zusammenhänge bewußt gemacht und auch im Gerichtsgutachten dargestellt werden, so daß das Strafmaß sehr gering ausfiel. Zwischen einem solchen, harmlosen Perversen und einem schwer kriminellen Gewaltverbrecher besteht natürlich in mehrfacher Hinsicht ein großer Unterschied.

Weit gravierender und hochpathologisch ist die Ichstörung beim *Sadisten*: er hat die Objektidealfunktion völlig verloren und de-

struiert das Liebesobjekt, weil er es nur nach dessen Zerstückelung in Besitz zu nehmen vermag.

Eine andere Art der Perversion ist der *Exhibitionismus*. Auch hier ist die Inbesitznahmefähigkeit gestört. Als Ersatz für eine normale Orgasmusfähigkeit versucht der perverse Exhibitionist, Frauen durch Überraschung in Schreck und Panik zu versetzen, Voraussetzung für ihn, zum Orgasmus zu kommen. Auf gleiche Weise pflegte im Mythos Pan durch sein überraschendes Auftreten Frauen, Nymphen, in Panik zu versetzen – ein Beispiel auch für die nahe Beziehung zwischen dem Paroxysmal-, d.h. dem Überraschungstrieb und der Sexualität.

Sowohl die Theorie von Freud als auch diejenige von Szondi können nur verstanden werden, wenn man sie auf eine biopsychologische Grundlage stellt und sich immer wieder vergegenwärtigt, daß diese Basis beim Menschen in fast allen Bereichen noch stark durchscheint. Die Tierbeobachtung zeigt, daß die Bemächtigungstendenz, ja das Unterwerfen und das Gefügigmachen des Weibchens durch das Männchen, ein offensichtlich biologisches Faktum ist. Beim Menschen wird dies durch den höherpsychischen Überbau kulturell und individuell in verschieden starkem Ausmaß überlagert. Von dieser Perspektive Szondis aus ist die Verwendung des Begriffes «Bemchtigungsbedürfnis» zu verstehen: Es gehört, neben vielen anderen Modalitäten des Objektbeziehungslebens, in den Bereich der k-Funktion. Beim perversen Menschen liegt offensichtlich auch in der Ichorganisation eine so schwere Störung vor, daß nicht nur das integrative Funktionieren sämtlicher prägenitaler Elementarfunktionen und deren Stellung unter dem Primat der Genitalität gestört ist (Freud), *sondern auch die Integration der genitalen Sexualität in die ganze Persönlichkeit*. Die Unfähigkeit zur reifen, ichhaft-partizipativen Beziehung zwingt ihn zur Überbewertung des ichhaften Besitzdenkens und Isolierung der sexuellen Dimension. Das ist es, was Szondi mit der «sexuellen Ausschließ-

lichkeit» des Ergänzungs- und Bemächtigungsbedürfnisses meint. Es ist anzunehmen, daß die Ätiologie der Perversionen wesentlich durch die problematische Ich- oder Persönlichkeitsstruktur gegeben ist. Zweifellos aber können auch traumatische Elemente hinzu kommen und diese zur Manifestation bringen. In diesem Sinne hat Szondi eine Theorie entwickelt: die *ad-hoc-Introjektion einer traumatischen Situation* in der Entstehung von Perversionen. Im Zentrum steht die in der Jugend erfolgte Introjektion einer Verführung. Die gesamte Verführungssituation wurde hyperintrojektiv (+!k), «mit Stumpf und Stiel» einverleibt und mit allen, auch synästhetischen Eindrücken, internalisiert wie in einer photographischen Momentaufnahme: Ad hoc-Introjektion (Szondi 1963a).

Doch wie immer in der psychopathologischen und diagnostischen Beurteilung sollten nicht nur die pathologischen Extremfälle gesehen werden, sondern auch die weniger krankhaften, die «minor»-Formen (vgl. Teil V).

Beispiel:

Ein Patient wurde wegen Exhibierens straffällig und zur Psychotherapie überwiesen. Seine Störung ist nicht eine idealtypische i.S. des szondischen Perversionenverständnisses, sondern eine Art banaler, untauglicher Versuch der Werbung. Wenn er z. B. in einem Restaurant glaubte, eine Frau schaue ihn an und sei an ihm interessiert, pflegte er ihr «mehr» zu zeigen, genau gesagt zu exhibieren – dies in der Meinung, er könne sie im Sinne der Werbung «anmachen». Dies ist ein ganz anderer Modus als der vorher erwähnte, von Szondi beschriebene, eigentliche Exhibitionismus, bei dem das Überraschungsmoment mit dem Ziel, die Frau in Panik zu versetzen, die zentrale Bedeutung hat. In der Gesprächstherapie (es handelte sich nicht um eine Psychoanalyse) konnte ihm dann leicht Untauglichkeit und Kontraproduktivität seines Verhaltens aufgezeigt werden – jetzt hat er eine sehr gute Partnerschaft.

Perversionen spielen in der Forensik eine sehr große Rolle. Bedau-

erlicherweise wird auch heute noch die Bedeutung der anlagebedingten Trieb- und Persönlichkeitsanomalie gegenüber den exogenen Momenten stark vernachlässigt. Demgegenüber werden die exogenen Faktoren und die therapeutischen Möglichkeiten auf un-realistische (naive) Art weit überschätzt.

8.3 Der Affekttrieb oder Paroxysmaltrieb (Vektor P)

Mit der Konzeption des Affekttriebes schuf Szondi die Grundlage für das Verständnis des Affektlebens und für die funktionale Artikulierung ihrer vielfältigen Erscheinungsformen im menschlichen Alltagsverhalten und in der Psychopathologie. Die Doppelbezeichnung «Affekttrieb» und «Paroxysmaltrieb» erklärt sich durch folgende Charakteristika, die diesem Trieb eignen:

1. Die Affekte äußern sich als solche im normalen Alltagsleben kontinuierlich und begleiten sämtliche psychischen Akte und Reaktionen.
2. Die Affekte werden ihrerseits regelmäßig von neurovegetativen Erscheinungen begleitet.
3. Die groben Affekte haben die Neigung, sich aufzustauen (Paroxysmus), um sich, wenn notwendig, bei situativer Auslösung plötzlich zu entladen.
4. Dabei können neurale Reflexe und Instinktbewegungen ausgelöst werden.

8.3.1 Ethik und Moral

Die beiden elementaren Affektbedürfnisse e und hy regeln das Affektleben des Einzelnen und finden Ausdruck in den groben und zarten Gefühlsäußerungen, welche das Verhalten und Reagieren begleiten und jeder Handlung einen Gefühlston, Wärme und Lebendigkeit verleihen. In ihrer wesentlichen Bedeutung für die psychosozialen Beziehungen können sie einen sowohl menschenverbindenden als auch menschentrennenden Effekt haben.

Die *Triebstrebung +e* bildet – zusammen mit der Bewußtseinsfähigkeit des Menschen – die Grundlage für das ethische Verhalten im Sinne des «Du sollst nicht töten» der mosaischen Gesetze. Die *Triebstrebung –e* liegt den groben «kainitischen» Affekten, wie Wut, Haß, Zorn, Rache, Neid, Eifersucht zugrunde. Kain ist der *Archetypus* des Affekttäters, des Totschlägers. Neben der psychologischen hat die Triebstrebung –e auch eine psychobiologische Bedeutung im Sinne des individuellen Selbstschutzes. Der Mensch kommt aufgrund der *Bewußtwerdung seiner ethischen Doppelnatur in das Dilemma zwischen dem Guten und dem Bösen* (Szondi 1969 und 1973a). Er wird zur bewußten Stellungnahme veranlaßt, denn das soziale Zusammenleben macht Verhaltensregeln und -normen notwendig, wie sie schon bei im Sozialverband lebenden Tierarten vorkommen: die Sekundärtriebe nach R. Brun (1954). Die ethischen Schranken scheinen heute allgemein immer mehr an Bedeutung zu verlieren.

In der schicksalsanalytischen Auffassung ist die Moral das Gegenstück zur Ethik (Szondi 1969 und 1960). *Der Faktor hy* ist die triebhafte Grundlage der zarten Affekte, welche, sofern sie maßvoll und adäquat sind, verbindend wirken, in übertriebener oder unechter Weise aber abstoßen. Der Faktor *hy* bezieht sich sowohl auf einzelne Gefühlsinhalte als auch auf die gesamte Gefühlswelt eines Individuums. Gefühle und Phantasien können neurotisch abgewehrt und als solche unsichtbar werden, sich aber indirekt über Körpersymptome verraten (Konversion nach Freud).

Beispiel:

Bei einer Patientin wird jedes Mal, wenn das therapeutische Gespräch in die Nähe der von ihr abgewehrten erotischen Seite des Ehelebens kommt, ein kreisrunder, roter Fleck direkt unterhalb des Kehlkopfes sichtbar.

Der Faktor *hy* steht auch im Zusammenhang mit dem Schutz- und

Abwehrverhalten sowie mit dem Sexualleben, wo durch das Zeigen der Gefühle und Emotionen (+hy) das Gegenüber aufmerksam gemacht, gereizt, herausgefordert oder durch Demonstration der eigenen Schönheit und Größe beeindruckt werden soll – sprichwörtlich ist das Werbeverhalten des Auerhahns (vgl. Beispiel 2 in 8.2.5, Abschn. Perversionen). In karikiertem Form erscheint solches Verhalten beim Menschen als maniert, exhibitionistisch, hysterisch oder heboid und ist, wenn es persistiert, Zeichen von Unreife oder Krankhaftigkeit, im pathologischen Extremfall Teil des *hebephrenen Syndroms*. Verhaltenheit der Gefühle (P0-!), die Tendenz, sich zu verstecken, Scham oder schamhafte Ängstlichkeit zeigt sich auch in Unoffenheit, Verlogenheit oder, im Extremfall, in der *Pseudologia phantastica*. Eine übertriebene affektive Entäußerungstendenz empfinden wir als unangenehm, das Fehlen von Resonanz aber befremdlich, unverbindlich, vielleicht sogar als unmenschlich. Eine Maske mit unbeweglichen Gesichtszügen bewirkt beim Kleinkind Angst. Die klinische Psychiatrie kennt den Ausdruck der affektiven Steifheit oder der *Affektarmut bei schizophrenen Personen*. Eugen Bleuler sprach hier vom Fehlen des affektiven Rapportes.

8.3.2 Schuldproblematik

Weit mehr als der Alltagsmensch leidet der Paroxysmale unter der Schuldproblematik, wobei Schuldgefühle und Gutmachungstendenzen als Reaktion auf die tötende Gesinnung zu verstehen sind. Es kann sich eine eigentliche «*Schuldneurose*» mit notorischen Gutmachungstendenzen, Zwangszügen, Korrektheitsfimmel und förmlicher Umständlichkeit entwickeln. Eine übertriebene Gutmütigkeit, gutmachendes Verhalten und Hypersozialität wird von der Umgebung meist als unecht erkannt und als unglaubwürdig oder abstoßend empfunden. Diese Verhaltensweise der «Verkehrung ins Gegenteil» ist typisch für epileptoide Persönlichkeiten und

im Alltag sehr häufig («abelitische Haltung»). Bei ihnen wirkt triebdynamisch dasselbe Prinzip wie bei den schweren Epileptikern. Szondi unterscheidet aber diese abelitische klar von der mosaïschen Haltung, welche letztere eine bewußte, reife Verarbeitung des Bösen ist (Szondi 1973a).

Eine ungelöste Schuldproblematik ist häufige Ursache für verschiedenste seelische Störungen, wie Schuldneurosen und Schuldgefühle im Rahmen des depressiven Syndroms sowie Schuldgefühle, die zu Selbstbestrafungstendenzen führen oder die – projektiv abgewehrt – zu Beschuldigungstendenzen werden. Die Schuldproblematik steht an der Wurzel der meisten Phobien. Nach Szondi ist Schuld- und Strafangst die psychodynamische Grundlage der Hypochondrie: die Furcht, durch Krankheit und Tod gestraft zu werden. Schuldgefühle hängen eng mit Angst zusammen (vgl. 8.3.7 Angst).

8.3.3 Erscheinungsformen der Affekte im Alltag

Unproblematisch im Alltag sind direkt ausgelebte feine Affekte, solange sie nicht übertrieben und inadäquat sind oder zur Schau gestellt werden, was durch die Umgebung abgelehnt wird und zur Isolation des Betroffenen führen kann. Entlastung und Befriedigung bringen die bejahten, groben Affekte, wenn sie als Reaktion auf einen offensiven äußeren Anlaß – bei individuell verschieden hoher Reizschwelle – ausgelebt werden. Bei gewissen Menschen (dem homo paroxysmalis) stehen Affektreaktionen aber nicht unbedingt in einem direkten, erklärbaren Zusammenhang mit auslösenden Ursachen, sondern zeichnen sich durch eine große Autonomie aus. Umgekehrt kann eine Person, unfähig zur Entladung ihrer groben Affekte, in affektiven Spannungszuständen ihre Umgebung provozieren, um sich nach deren Reaktion für einen eigenen Affektausbruch zu legitimieren. In solchen Situationen ist oft eine starke Projektionstendenz am Werk. Dieser Verhaltensmodus wird

bei schwer epileptoiden Patienten und Epileptikern, aber auch in Alltagsbeziehungen angetroffen.

8.3.4 Neurovegetative Begleiterscheinungen der Affekte

Jeder Affekt wird von Reaktionen des vegetativen Nervensystems begleitet. *Oft werden nur diese sichtbar, nicht aber die ihnen zugrundeliegenden Affekte*, z. B. der Angstaffekt, was Bedeutung hat für die *Pathologie psychosomatischer* bzw. hysteriformer Erscheinungen (vgl. Beispiele in 6.1). Bei den ersteren zeigen sich in allen Organgebieten und in der Haut neurovegetative Erscheinungen, speziell als Gefäßerweiterung oder -verengung. Die hysteriforme Symptomatik aber zeigt sich vor allem in Sensibilität, Sensorik und Psychomotorik. An der Basis bei beiden liegt aber eine Affektproblematik, ein paroxysmaler Genotypus, der lebensgeschichtlich oder situativ ausgelöst wird.

8.3.5 Die Abwehr der Affekte

Bei der *neurotischen Abwehr* spielt sich das Geschehen im Individuum selber ab. Wir wissen seit Freud, daß durch Verdrängung von nicht tolerierten Triebansprüchen, vor allem erotisch-sexuellen – und seit Szondi auch speziell von groben Affekten – neurotische Symptome entstehen. Den Abwehrmechanismen (Hemmung Sch $-+$, Verdrängung Sch -0 , Entfremdung Sch $-\pm$ und Zwang Sch ± 0) gemeinsam ist die $-k$ -Funktion, also die Negation; sie wird unbewußt eingesetzt. Demgegenüber führt die *bewußte Verneinung* nicht zu neurotischen Symptomen. Die Abwehr grober Affekte bringt *hystero-epileptiforme* Störungen mit sich, während die Abwehr zarter Affekte im Zentrum der *Konversionshysterie* i. e. S. der Psychoanalyse steht. Als spezielle epileptiforme Abwehr hat Szondi zusätzlich die zwei *projektiven Abwehrformen* erwähnt: 1. das Ichbild Sch $\pm -$, auch *Ausreißer-Ich* genannt. Die Person «flieht den Ort ihrer Projektionen» (Szondi). 2. *Projektionsbilder*, vor al-

lem Sch 0– oder 0–!. Dabei werden die groben Affekte in die Umgebungspersonen projiziert. Hier wird die *interpersonale Beziehung* zum Austragungsfeld der Dynamik, und die spaltende Kraft der Projektionsfunktion zerstört die zwischenmenschlichen Beziehungen (zunehmende Desozialisierung). Demgegenüber ist die Abwehrform bei schweren Epileptikern nicht nur durch eine Hyperprojektion charakterisiert, sondern auch durch eine vorherrschende und verstärkte Negationstendenz (Seidel 1962), was zu einer *intrapersonalen* Abfuhr der Affekte führt, d. h. zu einer Implosion.

8.3.6 Die Paroxysmalität (Paroxysmus: griech. Stau)

Der Paroxysmaltrieb zeichnet sich durch die Besonderheit aus, im aufgeladenen Zustand zu verharren, um jederzeit zu einer allfälligen, situativ bedingten, Auslösung bereit zu sein. Er ist wie eine gespannte Feder, die ihr Potenzial nur bei einem gezielten, spezifischen Reiz freigibt. Mit diesem Verhalten unterscheidet er sich von allen andern Triebbedürfnissen, welche sich bei jeder nächsten Gelegenheit entladen – es sei denn, sie würden durch eine ichhafte Hemmung daran gehindert. Bei den zwei Triebbedürfnissen des Paroxysmaltriebes handelt es sich also, biologisch gesehen, um ausgesprochen diskontinuierliche, nur situativ, das heißt bei besonderem Bedarf, ausgelöste Funktionen, die ihrerseits wiederum komplexe reflektorische und instinkthafte Mechanismen im Rahmen von Schutz und Abwehr (vgl. 8.3.9 Biologie des Schutz- und Abwehrverhaltens) in Gang bringen oder mit dem Werbeverhalten im Sexualleben im Zusammenhang stehen.

8.3.7 Angst

Angst gehört zum Leben wie die Gefahren, denen jedes Individuum fortdauernd ausgesetzt ist. In diesem Sinne ist Angst ein *normales biologisches Alarmsignal*. Angst ist jedoch nicht nur eine

Reaktion auf äußere, sondern auch auf innere Gefahren; ein wichtiges Symptom in der Allgemeinpraxis – der ärztlichen und der psychotherapeutischen. Damit hängt die häufige Verschreibung (oder Selbstmedikation) von angsthemmenden und beruhigenden Psychopharmaka (Anxiolytica und Tranquillizers) zusammen; diese sind meist wirksam, aber auf recht unspezifische Weise. Triebdynamische Unterschiede und psychopathologische Zusammenhänge sollten in der Therapie berücksichtigt werden.

Die elementarste Angst im Sinne der Psychobiologie ist die Lebensangst. «Oberflächlichere», d. h. bewußtseinsnähere Angstformen können situativ bedingt sein und besonders asthenische, weniger resistente und sensible Personen betreffen: Angst um Bestehen in der Kompetition, im Berufsleben, Existenzangst usw.

Die endogen bedingten Angstformen sind Verlustangst, an deren Basis die Verlustintoleranz der Menschen mit depressiver Konstitution liegt; phobische und hypochondrische Ängste, die mit dem Affektleben und der Schuldproblematik zusammenhängen: Angst vor den eigenen kaintischen Tötungswünschen, den groben Affekten überhaupt sowie vor der eigenen Aggressivität; sensitive oder paranoide (projektive) Angst: Sie kann lange Zeit das einzige Symptom einer latenten oder beginnenden Psychose oder einer Grenzpsychose sein. Nicht selten ist phobische Furcht primär paranoid bedingt, z. B. Bakteriophobie.

Schwer inflative Personen können durch andrängende Inhalte aus dem kollektiven Unbewußten bedrängt werden. Drohender Ichverlust löst Panik aus.

Klinisch unterscheiden wir zwischen *frei flottierender Angst* und *phobischer Angst* (eigentlich «Furcht»). Es versteht sich ganz von selbst, daß bei Berücksichtigung der Vielfalt von ätiologisch völlig verschiedenartigen Angstformen eine nicht differenzierte Psychopharmakotherapie oder eine rein symptombekämpfende kognitive Verhaltenstherapie unsinnig wären.

8.3.8 Reflexe und Instinktbewegungen

Von den paroxysmalen Triebfunktionen als solchen sowie ihren neurovegetativen Begleiterscheinungen sind die neuralen Reflexe und sensomotorischen Instinktbewegungen klar abzugrenzen; es handelt sich um völlig verschiedenartige neuropsychologische Abläufe. Diese Unterscheidung ist auch wichtig zur Auseinanderhaltung der psychosomatischen und hysterischen Störungen. Schutz- und Abwehrreflexe und Instinktbewegungen sind komplexe neurophysiologische Phänomene archaischer Art. Sie stellen artspezifische, festgefügte sensomotorische Reaktionen und Verhaltensweisen dar, die, einmal ausgelöst, unbewußt und schemenhaft ablaufen. *Selbst von nicht triebhafter Natur, werden sie durch die Triebfunktionen ausgelöst.*

Beim Menschen sind sie durch höhere Funktionen wie Wahrnehmung, Bewußtheit, Stellungnahme, Intentionalität sowie Willens- und Willkürfunktion überlagert und gehemmt, so daß sie unter normalen Bedingungen als solche nicht in Erscheinung treten (Kraepelin; Kretschmer 1950, 1958, 1974).

8.3.9 Biologie des Schutz- und Abwehrverhaltens

Die Reaktion eines Tieres auf Gefahrensituationen bzw. Bedrohung kann offensiv oder defensiv sein. Es ist wichtig, diese biologischen Phänomene zu kennen, weil sie beim Menschen dann, wenn sie aus dem hierarchischen Hemmungszusammenhang herausgelöst werden, praktisch in identischer Weise als *neurotische Symptome* auftreten.

Die offensive Reaktion: Die Entladung der Triebstrebung –e ist zumeist mit einem Überspringen der Erregung auf die Aggressionsstrebung (+!s) verbunden, die der Motorik zugrundeliegt. Diese offensive Grundhaltung ist eine ergotrope Reaktion mit allen Zeichen des Sympathikotonus (Hess 1948).

Die defensive Reaktion: Sie wird durch eine –hy-Reaktion in-

duziert; damit verbunden ist mit größter Wahrscheinlichkeit eine –s oder 0s-Reaktion. Dem entspricht phänomenologisch die passive Angstreaktion: das Tier verkriecht und versteckt sich oder verfällt in den Totstellreflex (Kretschmer 1958). Andere Formen sind Bewegungsturm, Farbwechsel usw., alles phylogenetisch alte Schutz- und Abwehrreflexe, die, wie gesagt, beim Menschen nur unter besonderen Belastungen zum Vorschein kommen und als krankhafte Erscheinungen symptomatisch werden können.

Beispiele:

In der Psychopathologie treffen wir relativ häufig Angstreaktionen an, bei denen der Angsteffekt jedoch als solcher gar nicht bewußt wird: Patienten verkriechen und verstecken sich, z.B. in einem Schrank, oder sie bleiben stunden- bis tagelang im Bett liegen. Wichtig ist hier die differenzialdiagnostische Unterscheidung zur sogenannten «morgentlichen Verschlimmerung» bei endogenen Depressiven. Bei diesen ist es eine Folge der Hemmung und Verstimmung, beim Sich-Verstecken aber ist das Symptom eine Angstreaktion (–!hy; vgl. auch Beispiel in 8.4.6).

8.3.10 Psychopathologie der Affektstörungen

Der Unterschied zwischen epileptiformen und hysteriformen Störungen ist durch die Eigenheiten des Paroxysmaltriebes nicht vollständig erklärbar; es kommen noch andere Triebelemente hinzu, vor allem der Ich- und der Sexualtrieb sowie unterschiedliche Phänomene auf der Ebene der Reflexe und Instinkte bzw. der Sensorik und der Motorik. Für den Psychotherapeuten sind die epileptiform-paroxysmalen und hysteriform-paroxysmalen Störungen im weiteren Sinn viel wichtiger als die entsprechenden «großen» klinischen Manifestationsformen. Eine zusammenhängende Schau somatogener und psychogener Aspekte *auf triebpsychologischer Basis* läßt epileptiforme, hysteriforme und auch psychosomatische Störungen in ihrer Genese, Funktionalität und Symptomatologie verstehen und ist Voraussetzung für deren Behandlung.

8.3.11 Die epileptiformen Störungen

Klinisch gehören zu den *epileptiformen Störungen* im engeren Sinn Syndrome, die mit Bewußtseinsveränderungen oder Bewußtseinsverlust und einem Anfallsgeschehen oder anderen psychomotorischen und sensorischen Manifestationen einhergehen, z. B. die Temporallappenepilepsie mit Dämmerattacken (Landolt 1960). Für die psychotherapeutische Praxis ist bedeutend, daß nach Szondi zu den epileptiformen Störungen im weiteren Sinne auch Migräne, Stottern und Enuresis gehören sowie nach neueren Erfahrungen eine große Zahl von Syndromen mit einem wesentlichen paroxysmalen Kern (Szondi 1952). Oft ist das paroxysmal-epileptiforme mit dem paranoiden Element verknüpft, z. B. ein Paranoid auf epileptischer Basis (Seidel 1962).

Beispiel:

Der 25jährige ausländische Patient hat zwei psychiatrische Klinikaufenthalte hinter sich sowie eine 2 Jahre dauernde Phase mit häufigem Gebrauch von Phantastica aller Art und Ecstasy. Das klinische Bild zeigt geordnete unauffällige Phasen im Wechsel mit akut auftretenden episodischen Störungen, die bald mehr paroxysmal-epileptiforme, bald ausgesprochen sensitiv-projektive Züge aufweisen. Der verbalen Entladung aufgetauter grober Affekte mit Schimpfen, Drohen und Anklagen geht eine ausgesprochen sensitiv-paranoide Projektionstendenz voraus. In der anschließenden Phase dagegen zeigt sich immer wieder ein lebenswürdiges, gutmütiges, normalisiertes Verhalten, so daß die ursprüngliche Diagnose einer paranoiden Grenzpsychose relativiert wird. Die erst längere Zeit nach dem Therapiebeginn von den Eltern erhaltene Familiengeschichte zeigt:

Großvater vs empfindlicher, explosiver Tyrann, der die ganze Familie drangsalierte. Erfolgreicher Geschäftsmann.

Ein Onkel vs mit 16 Jahren Sturz aus dem Fenster; mit 20 Jahren Hirnoperation mit nachfolgenden epileptischen Anfällen, steht seither dauernd unter Antiepileptika.

Zwei Onkel vs bei Autounfällen ums Leben gekommen.

Der Patient hat selber mehrere Autounfälle verursacht.

Die Mutter der Mutter hat starke hysterische Züge.

Die diagnostische Vorstellung einer *paroxysmal-paranoiden Grenzpsychose* wird erhärtet und das epileptoide Element durch die familienanamnestische Auskunft höher bewertet. Die immer wieder so auffälligen Phasen korrekten und liebenswürdigen Verhaltens stellen sich deutlich als epileptoide Korrektheits- und Gutmachungsphasen dar. Die paranoiden Episoden sind, wenn auch kurzdauernd, so doch klinisch ganz eindeutig. Sie kommen jedoch testologisch nicht deutlich zum Ausdruck. Sie sind vielmehr als sekundär, durch die groben epileptiformen Affekte ausgelöst, zu verstehen: diese drängen gegen das Ich und bringen es zum vorübergehenden Kollaps, wobei allerdings keine Bewußtlosigkeit, sondern eine ausgesprochene Aktivierung der latenten paranoiden Tendenzen eintritt. Die Therapie ist eine schicksalsanalytische Gesprächstherapie, kombiniert mit einem psychotropen Antiepileptikum (Rivotril) und einer kleinen Dosis eines Antipsychotikums. Testologisch ausgeprägt ist die starke Abwehrstruktur. Wo eine starke Abwehr, da ist auch eine große Gefahr!

Dies zeigt sich deutlich im Profil Nr. VI, in dem auch ein schlechtes Kontaktbild vorliegt: +!+ 0 -! - 0 --

Im Profil IV zeigt sich das Bild des Ichverlusts im Zusammenhang mit dem irrealen Kontaktbild: +!!+ +- 00 --

Triebdynamisch gesehen ist der Kern der epileptiform-paroxysmalen Störungen eine abnorme Tendenz zur Aufladung und Stauung grober Affekte (= Paroxysmus). Sie drückt sich anfallsartig, affektmäßig, motorisch oder sensorisch aus (letzteres bei der Temporalappenepilepsie). Die innere Gefahr liegt im kainitischen Tötungsanspruch, der abgewehrt und gegen die eigene Person gerichtet wird. Aufstauung und plötzliche Entladung der groben Affekte (-e) ist das zentrale und initiale Element in der Psychogenese der Epilepsie.

Durch die Einführung der groben Affekte modifiziert Szondi die psychoanalytische *Theorie der Epilepsieentstehung* von Stekel und Freud, welche diese Triebgefahr noch nicht erkannt hatten,

sondern sich lediglich auf die s-Triebgefahr beschränkten und demgemäß nur von «sadistischer und krimineller Triebgefahr» sprachen (Freud, 1913–1917). Was die Abwehrfunktionen betrifft, so bestätigt die Triebpathologie die Hypothese Freuds, in der die Epilepsie als eine hysterische Neurose gesehen wird, die den epileptischen Anfall als einen *vorgeformten Mechanismus* in ihren Dienst stellt (vgl. 8.3.12 Die hysteriformen Störungen). Damit gleicht sich Freud, zusammen mit Szondi, der Auffassung Kretschmers an (Kretschmer 1950). Szondi hat diese Zusammenhänge nicht nur testologisch, sondern auch mit Stammbaumuntersuchungen und Therapieerfolgen erhärtet.

Die Ergebnisse der Neurobiochemie und der modernen Neurophysiologie stehen nicht im Widerspruch zur triebpsychologischen Hypothese. Es ergeben sich Evidenzen in der Psychopharmakotherapie, insofern, als psychotrope Antiepileptika wie Tegretol und Rivotril auch bei andern Störungen des erwähnten Formenkreises mit gutem Effekt angewendet werden, z. B. bei Migränapatienten, bei klinischen Syndromen mit deutlich paroxysmalem Einschlag, bei kindlichen Verhaltensstörungen auf wahrscheinlich paroxysmaler Basis sowie bei Enuresis nocturna.

In der psychotherapeutischen Praxis sind schwer epileptoide Persönlichkeiten häufig anzutreffen. Es können Personen ohne Anfälle sein, die dementsprechend auch nicht als Epileptiker gelten, die aber die unverkennbar epileptoiden Züge zeigen: Zähflüssigkeit der psychischen Abläufe, besonders des Gedankenganges (Haftsyndrom), übertriebene Gutmütigkeit, Gutmachungstendenz, Überkorrektheit und Förmlichkeit, Umständlichkeit in sämtlichen Äußerungen und Wiederholungen derselben. Die Inhalte drehen sich einerseits um das Gute und die Gutmachung, um die Klagen über Unrecht, sei es um selbst Erfahrenes oder um das Unrecht in der Welt überhaupt. Bei epileptoiden Persönlichkeiten können zerebrale und kardiovaskuläre Anfallsereignisse vorkom-

men mit vorübergehender, ev. auch längerdauernder Mangel-durchblutung. Das klinische Bild kann einen Herzinfarkt vortäuschen, doch das EKG ergibt keinen Befund, der auf eine organische Ursache hinweisen würde. Zahlreich aber sind auch Fälle von Angina pectoris und Herzinfarkten bei Patienten mit entsprechenden epileptoiden Wesenszügen.

Beispiel:

Ein Patient kam nach einem vorgängigen Herzinfarkt zur Psychotherapie. An seinem Arbeitsort war er immer sehr unglücklich gewesen, teils, weil seine Leistungsfähigkeit infolge ausgesprochener Zwanghaftigkeit beeinträchtigt war, teils weil ihm täglich Situationen begegneten, die seinem Gerechtigkeitsgefühl widersprachen. In der Gesprächstherapie – die positiv verlief – zeigte sich bald seine ausgesprochen epileptoide Natur (deutliche Verlangsamung, Überkorrektheit, Zwangshaltung, Förmlichkeit und Umständlichkeit), und es stellte sich immer mehr auch ein starker Hang zum Religiösen heraus, wie er bei epileptoiden Persönlichkeiten typisch ist.

Zwei in den epileptiformen Kreis gehörende schwere Störungen sind wegen ihrer Allgemeingefährlichkeit und forensischen Bedeutung separat zu erwähnen: der *Amoklauf*, dessen triebpsychologische Basis in einem totalen Ichverlust mit paranoider Projektionstendenz und Thanatomanie liegt, sowie die noch weit häufiger auftretende *Pyromanie*.

8.3.12 Die hysteriformen Störungen

Nach den Vorstellungen Freuds liegt hier das Problem in einer Abwehrhaltung gegenüber nicht tolerierbaren sexuellen Triebansprüchen und kann zurückgeführt werden auf die biologischen Zusammenhänge zwischen der Triebspäre (Sexualtrieb) und vorgebildeten, allgemein bekannten Instinktmechanismen im Rahmen des Sexualverhaltens.

Sowohl die Phänomenologie der großen hysterischen Anfälle (arc en cercle usw.) und die situativ ausgelösten Ohnmachten als auch die psychoanalytische Interpretation der Hysterie als Konversionsneurose wurden schon damals im Sinne des Zusammenhangs mit der Sexualität gedeutet. Freud setzte den Akzent auf die Abwehr, d. h. die Verdrängung innerer Gefahren oder sah im hysterischen Symptom einen Krankheitszweck im Sinne der Flucht in die Krankheit.

Nach der Theorie von Kraepelin und Kretschmer sind die hysteriformen Reaktionen als Manifestwerden entwicklungsgeschichtlich vorgebildeter Reaktionsweisen zu verstehen (Kraepelin; Kretschmer 1958). Diese alten Schutz- und Abwehrreflexe sind beim gesunden Menschen zwar durch höherpsychische Funktionen gehemmt, können aber bei äußerer oder innerer Gefahr im Sinne der Abwehr benutzt und dadurch symptomatisch werden.

Kretschmer modifizierte später diese archaische Theorie Kraepelins und vereinigte sie mit der freudschen Krankheitszwecktheorie: «Die hysterischen Symptome sind entwicklungsgeschichtlich vorgebildete Reaktionsweisen des triebhaften seelischen Untergrundes. Sie liegen an sich in jedem Menschen bereit.» – «Der vorgebildete hysterische, biologische Mechanismus ist persönlich ausgelöst und zweckvoll.» (Kretschmer 1958; Szondi 1952)

Beispiel:

Eine Mittelschülerin und ihr Freund haben eine intensive, aber problematische Beziehung. Er teilt ihr seinen Entschluß mit, sich von ihr trennen zu wollen. Kurz darauf – in der Schule – fällt das Mädchen in Ohnmacht und wird per Blaulicht in die Uni-Klinik eingeliefert. Dort bringen sämtliche Untersuchungen keinen Befund. – Das Beispiel steht für die Kretschmersche Auffassung der Auslösung archaischer Schutz- und Abwehrreflexe und auch der Krankheitszwecktheorie. Das Ich des Mädchens war nicht stark genug, um diese Mitteilung des Freundes zu verarbeiten. Mit dem Ichverlust fiel die

Hemmung des archaischen neuralen Mechanismus (des archaischen Totstellreflexes) weg, was sich in einer Ohnmacht äußerte.

Zu den unter dem Sammelbegriff «hysterische Manifestationen» zusammengefaßten Mechanismen reflexartiger Natur gehören verschiedenste Symptome motorischer, sensorischer und sensibler Art wie Zittern, Schüttelbewegungen, Tics, Um-sich-Schlagen, Krämpfe oder Bewegungssturm – oder Bewegungslosigkeit, Lähmungen, hypnoider Dämmer- oder Schlafzustand; im sensiblen Bereich Anästhesien und Analgesien; neurovegetativ: vaskuläre Störungen, z. B. Erröten oder anfallsweise auftretender Handschweiß usw. (vgl. Beispiel in 6.1).

In neuerer Zeit wurden die hysterischen Störungen weitgehend mit den psychosomatischen gleichgesetzt, was in dem Ausspruch gipfelt, «was früher Hysterie war, ist heute psychosomatisch». Dem ist entschieden zu widersprechen. Der Hysteriebegriff wird oft in pejorativem Sinne gebraucht. Demgegenüber werden Angst- und Panikphänomene sowie Tics und andere sensorische und motorische Symptome, ja sogar schwere Lähmungserscheinungen, Paraplegien, die eindeutig von hysteriform-paroxysmaler Natur sind, nicht als solche erkannt (z. B. Ehrbar und Waespe 1992). Analog dazu werden klinische Bilder mit neurovegetativen Symptomen in den großen Topf der psychosomatischen Störungen geworfen.

Im Rahmen hysteriformer Störungen kommen auch Dämmer- und Entfremdungszustände vor. Diese treten weniger akut, sondern eher episodisch auf. Die Verminderung des Wahrnehmungskontaktes zur inneren und äußeren Realität (Entfremdung, Sch $-\pm$) ist triebdynamisch durch eine Abspaltung der Introjektionsfunktion (+k) zu erklären, wodurch die Empfindungs- und Wahrnehmungswelt allgemein oder sektoriell ausgeschaltet wird. Überdies ist anzunehmen, daß die +k-Funktion die triebhafte Grundlage aller höherpsychischen Hemm- und Kontrollmechanis-

men ist, welche ja die archaischen Reflex- und Instinktmechanismen hemmen.

8.4 Der Ichtrieb (Vektor Sch)

Im engen Rahmen dieses Handbuches können leider nur wenige Aspekte der Ichpsychologie und Ichpathologie dargestellt werden.

8.4.1 Zur Frage der triebhaften Grundlage des Ichs

Szondi hat mit seinem Ichbegriff Klarheit in die sonst unübersichtliche, uneinheitliche Welt verschiedenster psychologischer Anschauungen und Theorien über Ich, Überich, Selbst und Persönlichkeit gebracht. Es mag paradox erscheinen, wenn in der Tiefenpsychologie von einem Ichtrieb gesprochen wird, da doch im allgemeinen Sprachgebrauch das Ich als etwas den Trieben völlig Entgegengesetztes empfunden wird. Ähnlich könnte es mißverstanden werden, wenn Freud die Konflikte, welche die Neurosen bedingen, auf den «Kampf zwischen dem Ich und den Trieben» zurückführte (Szondi 1972, 126). Im Grunde war Freud jedoch der Ansicht, das Ich sei triebhaften Ursprungs, stamme aus einer ursprünglichen Ich-Es-Matrix des Unbewußten und habe eine hereditäre Grundlage. Die scheinbare Paradoxie läßt sich ohne weiteres erklären, wenn man sich immer wieder das Wesen des Triebes vor Augen hält (vgl. 5 Der Triebbegriff): Nur diejenigen psychischen Funktionen können aus sich selbst heraus und *jederzeit wirksam sein, deren Natur triebhaft ist*. Zum Wesen der Triebfunktion gehört die Tendenz, sich nach jeder Entladung spontan wieder aufzuladen und ebenso, sich aus einer inneren Notwendigkeit heraus bei jeder passenden Gelegenheit wieder zu entladen. Die dabei frei werdende Energie wird in den Dienst einer spezifischen Aufgabe gestellt, die von außen an ein Individuum hergetragen wird; in diesem Sinne ist sie reaktiv. Völlig unabhängig davon haben aber die Triebfunktionen einen individuellen, genetisch

determinierten, mehr oder weniger autarken Charakter, der sie veranlaßt, aus sich heraus und durch endogene Bestimmung nach Realisierung zu streben. Hierin liegt die Begründung (um nicht zu sagen die Ursache) auch der schweren Ichstörungen klinisch-psychiatrischen Ausmaßes. An dieser Stelle muß der zweite, in der allgemeinen Triebdefinition betonte Wesenszug der Triebfunktionen wiederholt werden: ihre *somatopsychische Doppelnatur* (vgl. oben). Die biochemische Grundlage der Ichfunktionen bedingt in hohem Maße die Funktionsweise des Ichs und ganz besonders die Stärke der einzelnen Ichstrebungen. Die elementaren Ichfunktionen *müssen* von triebhafter Natur sein, denn nur so wird die Kontinuität des Ichlebens sowie des psychischen Lebens überhaupt garantiert. Und doch fällt es, zugegebenermaßen, nicht leicht, die Ichfunktionen als von primär triebhafter Natur anzuerkennen. Szondi schreibt in der Ichanalyse wörtlich: «Die ursprüngliche Ichstrebung ist der Partizipationsdrang. Die Ichanalyse wurde grundsätzlich und generell auf der ursprünglichen Ichstrebung, auf dem Partizipationsdrang aufgebaut: «... der Drang zu dieser ichhaften Partizipation (Lévy-Bruhl) ist an sich schon eine Triebstrebung» (Szondi 1956a, 17 und 160). Bedeutungsvoll ist hier, daß Szondi ausgerechnet jene Ichfunktion *expressis verbis* als von triebhafter Natur erkannte, die er die *geistige² Funktion* (p) nennt. – Aus heutiger biopsychologischer Sicht stellt sich Szondis Werk noch etwas anders dar. Szondi selbst konnte zwar im fortgeschrittenen Alter die Entwicklung der Psychopharmakologie in großen Zügen noch mitverfolgen, doch sein Versuch, darauf einzugehen (Szondi 1980) mußte eine Skizze bleiben. Die um 1950 beginnende Ära der Psychopharmakologie und Neurobiochemie entwickelte sich lange Zeit neben dem sich vertiefenden Werk Szondis her.

² Wenn hier vom «Geistigen» die Rede ist, dann wird immer das Geistige im Sinne der spirituellen Dimension, also die Transzendenz, gemeint, gleich wie im englischen «spirit».

Heute können wir mit Recht die Triebfunktion als Zwischenglied (missing link) zwischen der Psyche und ihrer biochemischen Basis sehen (Seidel 1996). Die ungeheure Macht krankhaft gesteigerter Ichfunktionen begegnet uns in den akuten Psychosen. In ihrer klinischen Manifestation kann die biochemische Grundlage förmlich miterlebt werden. Solche schweren paranoiden, manischen, hebephrenen Psychosen und Melancholien widersetzen sich in der Regel jedem psychotherapeutischen Versuch. Erst wenn durch Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva) ein relatives Gleichgewicht zwischen den Ichfunktionen wieder hergestellt ist, können selbstheilende Kräfte, psychotherapeutischer Kontakt und Hilfe möglich werden.

8.4.2 *Ich und Selbst*

Lange Zeit war der Ichbegriff – abgesehen von den zahlreichen philosophischen Ichtheorien – auf die psychoanalytische Theorie begrenzt, wo die Grundfunktionen der Negation (und später der Introjektion) die bedeutungsvollste Rolle in der Neurosenpathologie spielten.

Die Ichtheorie der Psychoanalyse ermöglichte zwar ein Verständnis für die Verdrängungsneurosen und damit ein kausalrationales Vorgehen in deren Therapie. Doch sie beschränkte sich weitgehend auf *den* Teil des Ichs, den Szondi das Real-Ich nennt. Negation und Introjektion bezogen sich hauptsächlich auf die Triebwelt (Abwehr, Verdrängung bzw. Realitätsprinzip) und auf den Aufbau der inneren Objektwelt – alles Aspekte der realen Dimension und ihrer Repräsentation im Ich.

Ganz anders bei Jung, wo das «Ich» als das Zentrum des Bewußtseinsfeldes oder die bewußte Persönlichkeit und das «Selbst» als «Zentrum der Totalität des Psychischen» definiert wird (Jung 1944; Jung 1960; Szondi 1956a, 143 ff.). Im Ganzen aber ist es evident, daß der wesentliche Teil des Selbst mit dem Ideal-Ich von

Szondi – unter Einschluß der *Pontifex-Funktion* – identisch ist (vgl. 8.4.3 Das «Globale Ich» nach Szondi). Hier haben die Ichtrieb-funktionen der Projektionstendenz und der Inflation (der Begriff stammt von Jung) die größte Bedeutung. Die Triebansprüche und deren Abwehr spielen jedoch eine geringere und andersartige Rolle.

Dementsprechend versteht Jung den Neurosenbegriff nicht im psychoanalytischen Sinne der Verdrängungsneurose, sondern in einem ganz allgemeinen, unspezifischen und eher diffusen Sinne. Auch die Inhalte des Persönlichen Unbewußten sind in der Analytischen Psychologie von geringerer Bedeutung gegenüber den Inhalten des Kollektiven Unbewußten. Diese Archetypen, Symbole, Mythologeme bevölkern das Traum- und Phantasieleben des Individuums sowie großenteils die Wahnwelt der Psychotiker. Damit hängt es zusammen, daß Jung sich in der Psychopathologie mit der Welt der Psychosen befaßte – die Dimension, welche Freud (mit einer Ausnahme: Fall Schreber) nicht beachtete.

Von besonderer Bedeutung für die therapeutische Arbeit in der Analytischen Psychologie ist die integrative Tätigkeit des Unbewußten, des *Selbst*, mit seiner final-ganzheitlichen Potenz. Diese Kräfte freizulegen und ihre heilende, ganzmachende Wirkung zur vollen Entfaltung zu bringen ist das Ziel der Jungschen Therapie (Jung 1971). In der ichpsychologischen Therapiephase der Schicksalsanalyse ist dieser Aspekt ebenfalls von zentraler Bedeutung. Die beiden therapeutischen Ansätze unterscheiden sich viel weniger, als es bei oberflächlicher Betrachtung erscheinen könnte. Die Psychologie C.G. Jungs ergänzt die psychoanalytische Basis und wird mit der Schicksalspsychologie zur neuen, ganzheitlichen Tiefenpsychologie. So vertraut Szondi mit der rationalen Denkweise der Psychoanalyse und mit den biopsychologischen Grundlagen ist, so leicht fällt es ihm, die irrationale Welt der Analytischen Psychologie C.G. Jungs zu verstehen, sie anzunehmen und in seine

Ichlehre einzubauen (Szondi 1956a). Er führt den Begriff des *Globalen Ichs* ein, das dank der transzendierenden und integrierenden Fähigkeit der geistigen Funktion p, *der Integrator aller Gegensätze* ist. Während Freud die geistige Funktion expressis verbis aus der Psychoanalyse und seinem ganzen Weltbild ausschloß, war es Jungs Verdienst, die Sphäre des Geistig-Irrationalen zu erschließen. Notwendig ist die integrative Vereinigung dieser unterschiedlichen Ichtheorien zu einem ganzheitlichen Ichbegriff mit seiner großen diagnostischen und therapeutischen Bedeutung.

8.4.3 Das «Globale Ich» nach Szondi

Die nahe Beziehung des Selbstkonzepts von Jung zum Ideal-Ich von Szondi – der p-Dimension – scheint evident. Bei Szondi wurde der Begriff des Ichs zu einem Ganzheitsbegriff erweitert, in dem Ich und Selbst nur als Teilbegriffe eines Gesamt-Ichs aufgefaßt werden, das nun Globales Ich genannt wird, mit Einschluß der Pontifex-Funktion (Szondi 1956a, 143). Das Ich ist der Knotenpunkt, die Verbindung der realen und der transzendenten Dimension, nach beiden Seiten hin offen: Wie ein Januskopf schaut das Ich – symbolisch gesprochen – mit der Wahrnehmungsfunktion über die Sinnesorgane in die physische Welt hinein, über seinen geistigen Anteil, die p-Funktion, in die Transzendenz. Wenn Dürckheim vom «Menschen als Bürger zweier Welten» spricht (Dürckheim 1973), so meint er damit dessen doppelte Verwurzelung: In der physischen Welt über die Körperhaftigkeit (bei Szondi die Introjektionsfunktion bzw. die sinnliche Wahrnehmung), in der Transzendenz über sein Wesen (bei Szondi die spirituellen Wurzeln). Das Ich hat die Aufgabe, als «Pontifex oppositorum» diese beiden Ichbereiche und die diesen entsprechenden Dimensionen der Welt miteinander zu integrieren, *die wichtigste und auch schwierigste Aufgabe des Menschen*. Das Problem ist hier, die denkbar größten Gegensätze zu vereinen: die reale Dimension und die transzen-

dental-irrationale sowie die Repräsentation beider im Ich. Im Unterschied zu den übrigen Triebgegensatzpaaren, welche alle der gleichen Dimension angehören und von physischer Natur sind, ist die Vereinigung der Gegensätze im Ich, als Vertreter zweier verschiedenartiger Dimensionen, besonders schwierig. Sie ist nur dank der transzendierenden und integrierenden Fähigkeit des Ichs, des Pontifex oppositorum, möglich.

8.4.4 Die Ichdynamik

Die schicksalsanalytische Ichlehre baut das Ich auf zwei gegensätzlichen Triebfaktoren auf: der Realitätsfaktor k bewirkt die Ich-Einengung (Egosystole), der Idealfaktor p ist die triebhafte Grundlage der Ich-Erweiterung (Egodiastrale). Die icheinengende Funktion k hat die Aufgabe, der ausdehnenden Tendenz des Gegenfaktors p entgegenzuwirken, damit diese nicht grenzenlos wird. Zu Störungen kommt es dann, wenn sich die beiden Funktionen voneinander abkoppeln, z. B. bei extremem «Partialdruck» einzelner Ichstrebungen und Unitendenzen – beide bringen ein Ungleichgewicht mit sich –, bei Starrheit immer gleich bleibender Triebkonstellationen oder bei der Spaltung der Ichfunktionen.

- *Die Ichspaltung*

Folgschwerer als Unitendenzen und Strebungshypertonien können sich Spaltungen der Ichfunktionen auswirken, v. a. die diagonale Spaltungsform wegen ihres besonders großen Spannungspotenzials. Das kommt bei der projektiv-paranoiden Spaltungsart (Sch+-) zum Ausdruck. Diese Ichdynamik kann, aber braucht sich nicht als paranoide Störung im klinischen Sinne zu manifestieren, doch bleibt sie im Leben ihres Trägers nicht ohne Folgen.

- *Die komplementären Ichbilder und die komplementären Ichschicksale*

Sie entstehen durch Spaltung der vier elementaren Ichtriebfunktionen in je zwei komplementäre Hälften, deren eine in die vordergründige Psyche drängt und deren andere im Hintergrund verbleibt. Durch diese Spaltung sind komplementäre Ichzustände repräsentiert, die alternierend das klinische Bild bestimmen können, z. B. die Ichbilder Sch+0 / - ± (Depressionsphase/Entfremdungsphase). Das klinische Bild der ersten ist charakterisiert durch starke Aktivität im Sinne einer ichhaften Kapitalisierungstendenz, d. h. eines Erwerbungsdrangs, dem zweiten entspricht der Zustand der Entfremdung und des passiven Rückzuges von der äußeren Welt. Rein klinisch gesehen könnte das Bild mit einer manisch-depressiven Störung verwechselt werden (vgl. 8.1.12 Zum Phänomen der Entfremdung).

Die Kenntnis dieser Formen der Ichdynamik ist für die psychotherapeutische Praxis unverzichtbar im Sinne einer auf Kausalverständnis beruhenden Einflußmöglichkeit, eingeschlossen Gesprächstherapie, adjuvante Maßnahmen und evtl. gezielter Einbezug von Psychopharmaka.

8.4.5 *Funktion und Inhalt*

Als Eugen Bleuler in seinem Schizophreniekonzept den Begriff der Spaltung einführte (Bleuler 1937), ging er von den *Inhalten* aus, nicht von den Funktionen. Die von ihm im Denken der Schizophrenen festgestellte Lockerung des Assoziationsgefüges fester konkreter Begriffe (primäre Spaltung) sowie die Tendenz der Abspaltung und Abgrenzung affektiver Ideenkomplexe (sekundäre Spaltung) sind Folgen einer dieser Denkstörung zugrundeliegenden *funktionalen* Spaltung. Was E. Bleuler also als klinisches Phänomen beobachtete, war das *äußerlich sichtbare Korrelat eines primären, inneren Geschehens, nämlich der funktionalen Spaltung*

des Ichs, die mit dem Szondi-Test dargestellt wird: Projektiv-paranoide Spaltung im Ich: Sch +-(!) oder 0-(!!) oder das durchgehende projektiv-paranoide Spaltungssyndrom: +- 0- +- +-. Hinzu kommen die *Inhalte*, die diese Struktur füllen. Sie werden durch andere Testverfahren wie katathymes Bilderleben, das Assoziationsexperiment von C. G. Jung, den Rorschachtest oder den TAT usw., v. a. aber durch freies Assoziieren und in der Traumbearbeitung erfaßt; in letzteren erscheinen Inhalte des Kollektiven, des Familiären sowie des Persönlichen Unbewußten.

8.4.6 *Das Seins-Ich (p) und das Hab-Ich (k);*

Seinsmacht und Habmacht

Die vier Ichstrebungen – ihre Psychologie und Pathologie

Die *Projektionsfunktion* (-p) stellt in ihrer primären Form, d. h. als primordiale Projektion, die Beziehung zur übersinnlichen Dimension her – sie ist nach C. G. Jung die transzendierende Funktion und nach Szondi der *Vermittler zwischen der Seele und dem Geist*. Die -p-Funktion ist, als *urförmige Projektion, die Grundlage der Partizipation*, des tiefen Dranges des Menschen, eins und gleich zu sein mit dem andern und den Objekten und ebenso mit der geistigen Dimension (*participation mystique*; archaische Identität, Totem [Lévy-Bruhl], unio mystica [C. G. Jung], partizipative Dualunion [Szondi]). Nach Jung beruhen alle diese Manifestationen auf der *primären Projektion*. – Von einer *sekundären* Projektion kann man erst dann sprechen, wenn eine Subjekt-Objektspaltung stattgefunden hat.

Die Ich-Ausdehnung, Egodiastole, ist die ursprüngliche Streben des entstehenden Ichs. Nach dem Zustand des totalen Einsseins mit der Transzendenz – *primordiale Partizipation* – folgt die Partizipation mit der Mutter. Der individuelle Stärkegrad dieser Funktion ist weitgehend genetisch determiniert, während äußeres Angebot und Qualität der partizipativen Entsprechung anfäng-

lich mütterlicherseits bestimmt werden. Die realitätsbedingte, notwendige Reduktion der partizipativen Verschmelzung und der gleichzeitigen oralen Bedürfnisse im Sinne einer dem Individuum und ebenso der Realität gerecht werdenden Lösung ist Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung des Individuums oder aber der Keim für eine potenzielle Krankhaftigkeit.

Bei der primordialen Projektion, das heißt bei der Partizipation, löst das Ich das Gegensatzproblem dadurch, daß es beide Teile des Gegensatzpaares nach außen verlegt, so daß das äußere Objekt die beiden projizierten Qualitäten übernimmt und dadurch «beides», das heißt «alles», m. a. W. allmächtig wird. In diesem Vorgang werden jedoch nicht nur Triebgegensätze oder Inhalte hinaus projiziert, sondern auch seelische Energie, sog. *Seinsmacht*. Durch diese Verschiebung der seelischen Energie wird das äußere Objekt mit einem beträchtlichen Energie-Quantum ausgestattet und wird dadurch allmächtig, während gleichzeitig das Ich an Energie verarmt und ohnmächtig wird. Diese projektive Ichdynamik liegt dem Krankheitsbild des *Verfolgungswahns (dem projektiven Paranoid)* zugrunde, eine unkontrollierte sekundäre Projektionstendenz: Das betroffene Individuum übergibt der Umgebung, speziell dem «Verfolger», projektiv seine eigene Macht, wodurch es selbst ohnmächtig wird und sich verfolgt glaubt. Das Weltbild solcher Personen ist extrem egozentrisch, alles wird auf sich bezogen: sensitive Beziehungs- und Bedeutungserlebnisse (vgl. dazu die «Unfähigkeit zum Vollzug der kopernikanischen Wende», Klaus Conrad 1966).

Eine quantitativ verstärkte Partizipationstendenz kann sich in einem alle Maße übersteigenden Verschmelzungsbedürfnis äußern und, da zumeist nicht erfüllbar, auf verschiedenartige Weise pathogen werden. Daß eine solche Entwicklung jedoch nicht sein muß, zeigt Percy, ein Schüler Szondis, mit seinen Untersuchungen an nicht akkulturierten gesunden Afrikanern: Ihre Ichbilder im

Triebtest zeichnen sich durch extremes Überwiegen der Projektionsfunktion aus, so wie man es sonst nur bei paranoid-psychotischen Menschen sieht (Sch 0-!!!) (Szondi 1956). Die Erklärung dafür im Sinn einer Psychosenentstehungstheorie durch Szondi – unter Bezugnahme auf die Forschungen von Lévy-Bruhl – ist einleuchtend: Jenen extremen projektiven Ichbildern entspricht nicht eine sekundäre, sondern eine primäre Projektionstendenz, die als Partizipation zu verstehen ist. Dieses immense Bedürfnis kann jedoch in der *noch adualen Lebensweise* dieser Menschen, charakterisiert durch das «eins und gleich sein» mit dem anderen, dem Clan und dem Totem, noch voll befriedigt werden, was in einer späteren, zivilisierten Entwicklungsstufe nicht mehr möglich ist, sondern auf krankhafte Weise erfolgen muß durch Partizipation des Patienten an seinen eigenen psychotischen Wahnbildungen.

Die *Inflationsfunktion (+p)* ist die Grundlage für die Bewußtwerdung von Inhalten aus dem Unbewußten im phantasmatischen und ideativen oder ahnungsmäßigen Sinn. Die hier aufsteigenden Inhalte stammen aus allen drei Dimensionen des Unbewußten in Form von elementaren Triebphantasmen, Ahnenansprüchen, Archetypen, Symbolen und Mythologemen, welche in individuell verschieden starkem Maße als Ideen, Phantasien, Träume oder Wahninhalte bewußt werden.

Eine gesteigerte bzw. enthemmte Inflationsfunktion (+!!!p) liegt den inflativ-schizoformen Ichstörungen zugrunde. Das Bewußtsein wird überschwemmt durch archaische Inhalte, die der äußeren Realität entgegenstehen. Klinisch entsprechen dem inflativ-psychotische Zustände: Bald angstvoll erlebt wegen der Ohnmacht des Real-Ichs (0k), bald sich als Allmachts- oder Größenwahn mit überbordendem Selbstbewußtsein manifestierend, was auf die Aufblähung des Ichs (extreme Egodiastole) zurückzuführen ist (+!!p). Eine solche Ichdynamik kann auch im Rahmen einer hypomanischen oder manischen Psychose auftreten.

Nicht immer ist die inflative Ichdynamik direkt und ohne weiteres sichtbar. Dennoch kann sie das Leben eines Menschen nachhaltig bestimmen. Dies läßt sich in dem folgenden Patientenbeispiel darstellen, wo sich eine schwere inflative Ichdynamik indirekt und erst nach Jahren über Folgeerscheinungen bemerkbar machte, indem der inflative Lebensentwurf des Alles-sein-Wollens nach vielen Jahren schließlich zur Dekompensation führte. Das Beispiel soll aber auch die Bedeutung differentialdiagnostischen Unterscheidens aufgrund funktionaler Gegebenheiten aufzeigen und die Notwendigkeit, die klinisch-phänomenologische Diagnostik mit der ETD zu korrelieren:

Beispiel:

Die Patientin war von kompetenter Seite während vieler Monate unter der Diagnose «endogene Depression» mit einer Reihe von Antidepressiva in sehr hoher Dosierung erfolglos behandelt worden. Beim Neuanfang der Therapie wurde vorerst die Diagnose revidiert: nicht nur der klinische Gesamteindruck, sondern die Zahl der körperlichen Beschwerden und die Art ihrer Wiedergabe sprachen gegen eine typische Depression, aber um so deutlicher für stark hysteriforme und appellative Züge. Die Patientin klagte nicht nur über ihre depressive Verfassung mit gelegentlicher Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, über totale Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Schwächeanfälle und Arbeitsunfähigkeit sowie Schlaflosigkeit und die Tendenz, tagsüber jederzeit in Schlaf zu verfallen, sondern auch über Körpersymptome und Beschwerden wie Brechreiz, Appetitmangel, Magenschmerzen, Bauchweh, Durchfall, Kopfschmerzen. Die internistische und die neurologische Abklärung ergaben keine schweren Befunde, die die Symptome erklärt hätten. Folgende Symptome ließen dann den Verdacht auf eine psychotische Komponente aufkommen: Gelegentliches Abgehobensein von der äußeren Realität, frühere Phasen, in denen sie sich plötzlich in den Zug setzte, viele Stunden lang fuhr, um in einer fremden Großstadt kurz ein Museum zu besuchen und wieder zurückzukehren. Sie selbst empfand diese Phasen als zwanghaft und auch als «nicht ganz normal». Diagnostisch müssen sie als

hypomanische Episoden mit einer Tendenz zur psychotischen Derealisation interpretiert werden.

Aus der Triebdiagnostik wird mit einem Blick evident, daß es sich psychodynamisch nicht um eine Depression, sondern um eine inflative Persönlichkeitsstörung mit Tendenz zur Abtrennung von der Realität und hysteriformer Angst handelt.

I.	- +	--	0+!	+	-
VI.	± 0	--	0+!!	0	-

In den Testprofilen zeigt sich deutlich die inflative Ichstruktur (0+ !!), das maniforme Kontaktbild (0 -) und das Paroxysmalbild der inneren Panik (P --).

Unter gleichzeitiger genauer Erhebung der persönlichen Entwicklungs- und Krankengeschichte ergab sich folgende diagnostische Rekonstruktion: Als «hochbegabtes» Kind stark gefördert, hatte die Patientin schon damals große und ambitiöse Pläne. Zwar war sie in Schule und Studium sehr erfolgreich, aber durch den inflativen Lebensentwurf wurde die Lebensgestaltung in mehrfacher Hinsicht, vor allem aber durch unrealistische Dispositionen negativ determiniert, so daß die Patientin schließlich in einer sachlichen und menschlichen Einwegsituation landete. Die Karrierewünsche wurden enttäuscht und die Frau sah sich nun während der Dauer von Jahren in eine Mehrfachbelastung mit Zwang zum Broterwerb unter ungünstigen Bedingungen hineingedrängt. Chronische Überarbeitung und seelische Dauerbelastung führten zur Dekompensation, zu Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Zusammenfassend ist der Zustand der Patientin als komplette Desillusionierung nach Unmöglichkeit der Realisierung eines inflativ-irrationalen Lebensentwurfs mit übermäßiger Dauerbelastung und schließlicher Dekompensation zu sehen – zur Deflation mit Erschöpfungsdepression. An der Basis liegt eine schwere inflative Ichstruktur mit hypomanischem Kontakt und hysteriformen Angstbildern.

Ein Cousin vs ist in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert, höchst wahrscheinlich wegen einer schizophrenen Psychose.

Die Therapie war Entlastung und Ruhigstellung und Ersatz des Antidepressivums durch ein Antipsychotikum und Tegretol, kombi-

niert mit Gesprächstherapie. Nach wenigen Wochen verschwanden die vielen Symptome, fast von einem Tag auf den andern.

Die Ambivalenz und Ambitendenz (E. Bleuler) entspricht der inflativen Ich-Einstellung (Sch₀+!!!), dem «Beides-Sein-Wollen», d. h. der Besetzung des Bewußtseins mit gegensätzlichen Inhalten und Seinsmacht, im Extremfall dem Größenwahn, dem Seins-Narzißmus. Die *Introjektionsfunktion (+k)* ist die triebhafte Basis für die Wahrnehmung der Welt, der inneren und der äußeren; sie erschließt diese und macht sie bewußt. Ist sie schwach, so wird der Wahrnehmungskontakt zur Realität vermindert. Das führt zu Störungen des Wahrnehmungsbewußtseins (Verminderung der Orientierungsfähigkeit, der Realitätskontrolle, der Aufmerksamkeit, der Kognition).

Hypertonie der Egosystole äußert sich in einer Steigerung der Habmacht, des Egoismus, des Narzißmus. Sie kann auch – vor allem bei Perversen, Fetischisten und Sadisten, kriminelle Formen annehmen. Die verstärkte Introjektionstendenz ist jedoch häufiger bei Depressiven und Melancholikern anzutreffen; sie kann durch Umschlagen der Introjektionsfunktion in die Negation (+k → -!k) in eine chronische Melancholie oder Manie übergehen, eine Entwicklung mit zunehmendem Negativismus, Entwertung und Selbstdestruktionsgefahr.

Wenn die Introjektionsfunktion ausfällt bzw. abgespalten wird, fehlt der Realitätsbezug und die Präsenz: Mangelnde Bewußtseinsklarheit und Realitätskontrolle, im Extremfall eingetrübtes Bewußtsein bis zum Bewußtseinsverlust, Absence, Dämmerzustand (epileptiforme Störungen). Eine Abspaltung der +k-Funktion, d. h. das Ichbild der Entfremdung (Sch -±) äußert sich phänomenologisch in Entfremdungszuständen, Desorientierung, Erlebnis der Verfremdung der Umwelt sowie Derealisation und, bei Schwächung der nach innen gerichteten Wahrnehmungsfunktion, in Depersonalisationszuständen. Sie gehören in den Bereich

der hysteriformen bzw. psychotischen, seltener der epileptiformen Störungen.

Die *Negationsfunktion (-k)* ist die triebhafte Grundlage nicht nur der Fähigkeit zum Neinsagen, sondern auch der Fähigkeit, sich zu distanzieren und abzugrenzen (gegenüber Personen wie der gesamten Umwelt) und zu *unterscheiden zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich*. Die Negationsfunktion kann sich – wie die Wahrnehmung – ebenso nach innen wie nach außen richten. Nach innen gerichtet hemmt sie zu starke oder verpönte Triebansprüche (Modell der Verdrängungsneurosen) oder gesteigerte Aggressivität und die Tendenz zur vorwiegend projektiven Ichausdehnung, wie z. B. beim Morbus Parkinson (Seidel 1966). Sie bremst auch den Andrang archaischer, angsterregender Inhalte aus dem Bereich des Kollektiven Unbewußten zum Bewußtsein und ist somit ein Bollwerk gegen psychotische Einbrüche.

Die ursprünglich von Szondi aufgestellte, im Gegenurzeigersinn gerichtete Umlaufbahn der Ichfunktionen manifestiert sich in kleinen episodischen ebenso wie in größeren Zyklen, in der frühen Ichentwicklung wie auch im ganzen Lebensverlauf des Individuums. Die Theorie der Umlaufbahn im Ich wurde durch J. Schotte modifiziert, weiterentwickelt und auch auf die übrigen Triebvektoren angewandt. Auch in der Ichpathologie können sich ähnliche Verlaufsformen zeigen, die der physiologischen Umlaufbahn entsprechen, so der von Szondi beschriebene Übergang vom projektiven Paranoid in die Katatonie: Solch chronischer Krankheitsverlauf zeigt ein definitives Umkippen einer expansiven p-Erkrankung (extreme Egodiastole) in eine eingeeengte k-Störung (extreme Egoystole). Es ist anzunehmen, daß es sich hier um allgemeine Funktionsweisen im Sinn der ichhaften Abwehr handelt, wobei der Umschlag von den expansiven, paranoiden Ichstörungen in die eingeeengt-versteinerten, katatoniformen Negationsstörungen nur ein Extrembeispiel ist.

Analoges können wir bei chronifizierten Epilepsie-Patienten und Parkinsonkranken beobachten, die alle eine Zunahme der Hypernegation zeigen, mit Bildern wie z. B. Sch-!!!-(!) (Seidel 1962; Seidel 1966).

Als Voraussetzung für ein gesundes Ichleben sollten die vier Ichradikale auf integrierte Weise in dynamischem Wechsel aufeinander bezogen sein. Sie sollten sowohl den innerpsychischen Bedürfnissen gerecht werden als auch den Bezug zur Realität und zur Transzendenz regeln.

Ansätze zu den erwähnten Ichstörungen finden sich häufig im Alltag: Weltfremdheit, Irrealität, Phantasterei und Schwärmerei, Neigung zu Sektiererei, Pseudoesoterik, Ideologien usw. oder umgekehrt steriler Materialismus, Bürokratismus, Zwanghaftigkeit, Phantasielosigkeit, Desillusionierung, Negativismus usw. Solche Zustände können in einem sehr weit gefaßten Spektrum psychologischer Phänomene noch knapp Platz finden, gehen jedoch fließend über in Ausprägungsformen, die eindeutig als krankhaft zu bewerten sind.

Ichstörungen im Alltag werden oft Gegenstand der Ichanalyse in der praktischen Psychotherapie. Szondi hat mit der Ichanalyse auf höchster Ebene das geleistet, was uns allen im Alltag aufgegeben ist: die Überbrückung des größtmöglichen Gegensatzes nämlich, dem zwischen der Realität und der Irrealität, zwischen der Ratio und dem Geist. Die Frage ist: Wie löst das Ich dieses Problem seiner Gegensatzstruktur?

Teil III

Behandlung

1 Voruntersuchung (Martin Borner)

Wegen der Berücksichtigung hereditärer Faktoren kommt der Voruntersuchung in der schicksalsanalytischen Therapie eine große Bedeutung zu. Die Voruntersuchung beinhaltet:

1. Wahrnehmungen bei der Anmeldung und beim Erstkontakt,
2. Anamnese,
3. Familienanamnese einschließlich Genogramm,
4. Szondi-Test und evtl. andere Untersuchungsverfahren,
5. Probleme und Konflikte,
6. Ressourcen.

Die Voruntersuchung wird als Teil der Behandlung betrachtet, soll aber in der Regel zu deren Beginn, innerhalb der ersten fünf Sitzungen, stattfinden. Abweichungen von dieser Regel sind zu begründen. Die Haltung des Therapeuten in dieser Anfangsphase soll sein: «Ehe ich Ihnen etwas sagen kann, muß ich viel über Sie erfahren haben; bitte teilen Sie mir mit, was Sie von sich wissen.» (Freud 1913, 468)

Die Voruntersuchung erfüllt mehrere Funktionen:

1. Aufnahme des Psychostatus,
2. Diagnose,

3. Indikation,
4. Prognose,
5. Anknüpfen der therapeutischen Beziehung.

Durch die Art der Voruntersuchung und die spezifischen Fragestellungen erhält der Patient eine Vorstellung von der schicksalsanalytischen Denk -und Arbeitsweise.

Ob eine Voruntersuchung stattfinden soll, ist innerhalb der Psychoanalyse umstritten. Die eine Gruppe behauptet, die Indikation zu einer psychoanalytischen Therapie müsse auf der Trias von Anamnese, Status und Diagnose aufbauen (Maria Pfister-Ammende 1952). Die andere Gruppe bezweifelt den Wert solcher Angaben und befürchtet, daß eine Voruntersuchung die Übertragung verfälsche (Parin 1958).

Szondi rechnete sich der ersten Gruppe zu. Er war der Ansicht, daß das analytische Heilverfahren eine medizinische Note tragen müsse, damit es nicht dem Dilettantismus ver falle (Szondi 1963, 107). Die Angst vor Verfälschung der Übertragung hielt er für übertrieben.

Angesichts der von den Krankenkassen heute geforderten deskriptiven Diagnosen nach ICD oder DSM sind Anamnese und Psychostatus unumgänglich. Zur Analyse des familiären Zwangs -und Freiheitsschicksals ist die Erstellung eines Genogramms notwendig. Für die Triebdiagnostik ist der Szondi-Test das Instrument der Wahl.

Aus schicksalsanalytischer Sicht ist es möglich, den Gegensatz von medizinischer und analytischer Einstellung zur Voruntersuchung zu überbrücken. Das am Wissen orientierte medizinische Vorgehen berücksichtigt vorwiegend die k-Funktionen, das nach dem Bewußtsein fragende analytische die p-Funktionen. Damit diagnostische und prognostische Aussagen gemacht werden können, ist es notwendig, daß sowohl die egosystolische als auch die

egodiastolische Seite des Ich in die Voruntersuchung miteinbezogen werden.

Ein 18jähriger Patient erzählt zu Beginn der Therapie ausführlich von seinen Phantasien und Wünschen. Der Therapeut merkt nach einiger Zeit, daß es ihm schwerfällt, sich ein Bild von den konkreten Lebensumständen des Patienten zu machen. So scheint der Patient viele Leute zu kennen und von diesen auch Vieles zu wissen. Dennoch gelingt es dem Therapeuten kaum, diese Personen anders als durch ihre Namen auseinanderzuhalten. Er fragt sich, ob dies etwas damit zu tun haben könnte, daß der Patient sich und andere nicht wahrnehmen kann. Es würde sich somit um eine Störung der k-Funktionen handeln.

1.1 Anmeldung – Erstkontakt

Bereits der Anmeldung respektive dem Erstkontakt zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch kommt große Bedeutung zu, weil dabei ein komplexer wechselseitiger Prozeß beginnt, der sich bei beiden Personen auf ganz verschiedenen bewußten und unbewußten Ebenen abspielt. Zugleich ist dieser Anfang als Ganzheit überblickbar und somit als diagnostisches Instrument außerordentlich nützlich.

Der Therapeut achtet darauf, wie sich jemand anmeldet. Ist es eine Überweisung oder eine Selbstanmeldung? Erfolgt diese mündlich oder schriftlich? Welche Vorinformationen sind bereits bekannt?

Der Therapeut ist sich dessen bewußt, daß der Moment, in welchem ein Mensch Hilfe sucht, emotionell hoch besetzt ist. Dies ungeachtet, ob jemand aus einer akuten Notsituation heraus anruft oder ob der Anrufende diesen folgeschweren Augenblick in Gedanken schon oft durchgespielt und gute Gründe gefunden hat, den Anruf doch lieber auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Der Therapeut soll auch darauf achten, in welchem Kontext

und in welcher Gefühlsverfassung er sich selbst befindet, wenn der Anruf ihn erreicht.

Der Therapeut geht den bewußt wahrnehmbaren Phänomenen entlang, welche beim Erstkontakt auftauchen: Stimme, Schrift, Gefühle von Sympathie und Antipathie, Verhalten im Gespräch, Reihenfolge der angesprochenen Themen (Grund des Anrufes, Terminvereinbarung, Wegbeschreibung, Finanzen, anderes). Er achtet darauf, ob der Anrufende auf Fragen antworten kann oder ob er anderes thematisiert (Dialogfähigkeit, Autonomie- und Machtfragen). Gibt es ein Thema, welches überwertig viel Raum beansprucht? Der Therapeut achtet auch auf die Übertragungsangebote, die er herauszuhören glaubt, und darauf, mit welchen Gegenübertragungsgefühlen er reagiert.

Die um ein Jahr jüngere Schwester einer 52jährigen Frau ruft an und teilt der Therapeutin mit, daß ihre Schwester sich in einer schweren Krise befinde und unmittelbar Hilfe und vorsichtige Betreuung benötige. Die Therapeutin ist bereit, die Schwester zu sehen und erklärt der Anrufenden, daß sich die Schwester direkt für eine Terminabsprache melden möge. – Nach diesem Gespräch fragt sich die Therapeutin als erstes: Warum ruft die Schwester und nicht die Patientin selbst an? Ist die Patientin auf diese Hilfe tatsächlich angewiesen? Oder versteht sie es, andere für sich aktiv werden zu lassen? Herrscht in der Herkunftsfamilie eine über-beschützende Atmosphäre? – Warum wird eine Drittperson eingeschaltet? – Als die 52jährige Frau dann selbst telephonierte, gibt sie an, sie möchte wegen Eheproblemen in Therapie kommen. Ihr Mann habe nie Zeit für sie. Hauptthema während des Telefongesprächs ist aber das Finanzielle: ob die Krankenkasse die Therapie bezahle, ob die Therapeutin ihre Krankenkasse kontaktieren könne, um das abzuklären usw. Die Therapeutin ermuntert die Patientin dazu, diese Fragen bis zum ersten Termin zu klären. – Nach dem Gespräch stellt die Therapeutin fest, daß das Übertragungsgeschehen jenem beim Telefongespräch mit der jüngeren Schwester gleicht: Die Patientin versucht durch das Einführen von etwas Drittem die Therapeutin für sich aktiv werden zu

lassen. Als Gegenübertragung spürt die Therapeutin Ärger über die Ansprüche der Patientin, und sie realisiert, wie sie sich emotionell von ihr zurückzieht, so wie dies möglicherweise auch der Ehemann tut, dessen Rückzug die Patientin ja als Therapiegrund angegeben hat.

Diese Wahrnehmungen aus dem Erstkontakt sind eine erste «Gravur», auf Grund welcher die Therapeutin erste Hypothesen bildet und sich mögliche Übertragungs-Interventionen oder Probedeutungen für das Erstgespräch überlegt.

Die Therapeutin kann im Erstinterview beim Thema «Krankenkasse und Finanzen» mittels einer Übertragungs-Intervention versuchen, die Motivation zum Anspruchsverhalten der Patientin herauszufinden. Sie entwickelt verschiedene Deutungsphantasien und entscheidet sich dann, welche davon sie der Patientin vermittelt. Ihre Probedeutungen kleidet sie in Form von Anfragen. Eine solche Anfrage könnte lauten: «Sie haben am Telefon gesagt, daß Ihr Mann wenig Zeit für Sie hat, und Sie haben mich gebeten, für Sie bei Ihrer Krankenkasse anzurufen. Könnte es sein, daß es für Sie wichtig ist zu erfahren, ob ich mir Zeit für Sie nehme, da schon Ihr Mann wenig Zeit für Sie hat? Was denken Sie darüber?» (zur Übertragungsdeutung siehe auch Kapitel 2.7.3)

Solche Interventionen sind aus folgenden Gründen wichtig: Erstens wird dem Patienten von Anfang an deutlich gemacht, daß in der Therapie die Analyse des Übertragungsgeschehens eine wichtige Rolle spielt, und es wird ihm an einem einfachen Beispiel gezeigt, wie das konkret aussehen kann. Zweitens sieht der Therapeut, ob und wie der Patient imstande ist, auf solche Deutungen einzugehen. Er ist sich dabei bewußt, daß Übertragungsdeutungen, vor allem zu Beginn der Therapie, vom Patienten als feindlich empfunden werden können, so daß sie das Arbeitsbündnis eher belasten. Während die Bezugspersonen des Patienten außerhalb der Therapie ihre Gefühle – im obigen Beispiel ihren Ärger über das

Anspruchsverhalten der Patientin – agieren, benutzt der Therapeut drittens seine Gegenübertragung, um den Patienten auf konstruktive Weise mit der Realität zu konfrontieren.

Mit der Erwartung des ersten Gesprächs ist auch ein Moment der Spannung, der Aufregung, ja sogar der Angst verbunden. «Sowohl für den Analytiker wie auch für den Patienten rührt die Gefahr für das erste Treffen zu einem Großteil von der Aussicht auf eine neue Begegnung mit der eigenen Innenwelt und der einer anderen Person her. Von Therapeuten, die ihren Beruf noch nicht lange ausüben, wird diese Angst häufig mißverstanden. Sie halten sie für ihre Furcht, daß der Patient die Behandlung wieder abbrechen würde; tatsächlich fürchtet sich der Therapeut davor, daß der Patient bleiben will.» (Ogden 1995, 174)

Aufgrund seiner Wahrnehmungen beim Erstkontakt läßt der Therapeut seine Phantasien und Vorstellungen über den Patienten auftauchen. Wenn Patient und Therapeut sich in Realität zum ersten Mal gegenüberstehen, hält der Therapeut den ersten Eindruck fest, aber auch das Divergierende und Übereinstimmende zwischen Phantasiertem und Realem. Was ihm auffällt, registriert er, ohne es schon zu deuten. Dazu gehören der erste Blickkontakt, die Gepflegtheit der Erscheinung, altersentsprechendes Aussehen, Gang, Gerüche, Händedruck, sprachlicher und gestisch-mimischer Ausdruck, Kleidung, Körperhaltung und emotionale Verfassung.

Der Therapeut beachtet, was äußerlich geschieht und was dieses Geschehen innerlich bei ihm auslöst. Eine Leitfrage kann lauten: *Wie setzt sich der Patient in Szene?* – Zur Inszenierung gehören: Wie gestaltet er die erste Begegnung? Wie bewegt er sich im Behandlungsraum? Welche Gefühle, Fragen und Irritationen steigen beim Therapeuten als Betrachter dieser Szene auf?

Die Art und Weise, wie Patienten ihr Erscheinen ankündigen, weist auf ihre Durchsetzungsfähigkeit im Leben hin: Lautes Klopfen oder

energisches Läuten (s+), geduldiges Warten, bis der Therapeut die Tür öffnet (auch als Test: Hat der Therapeut mich nicht vergessen?).

Therapeuten in Ausbildung haben oft den Impuls, den Patienten die Befangenheit zu nehmen, indem sie ihre eigene Befangenheit durch eine gesellschaftsgängige Bemerkung aufzulockern suchen. Das ist aus drei Gründen nicht angebracht: Erstens kann eine solche Bemerkung den Patienten in die Schuld der «Freundlichkeit» bringen und ihn unter Druck setzen, die «Freundlichkeit» zu erwidern, indem er dem Therapeuten hilft, Gefühle des Unbehagens zu vermeiden. Zweitens nimmt sie dem Patienten die Möglichkeit, sich dem Therapeuten in der Art vorzustellen, die er bewußt oder unbewußt wählt, um die ersten Augenblicke seiner eigenen Geschichte zu gestalten und darzustellen. Schließlich soll sich der Therapeut bei der ersten Begegnung durchaus auf seine Intuition verlassen. Er wird sich dann einem schizoiden Patienten gegenüber ganz anders verhalten als gegenüber einem depressiven.

Nicht konventionell ist die Frage, ob der Patient den Weg zur Praxis des Therapeuten gut gefunden habe. Die Antworten zeigen, wie sich der Patient im Leben überhaupt zurechtfindet.

Alle Wahrnehmungen aus der Erstbegegnung werden zunächst gesammelt und aufbewahrt. Das so gewonnene Material soll später in einen Zusammenhang gestellt und zu einem Bild verdichtet werden, wobei uns die Frage begleitet: Wo finden wir Bestätigung, Übereinstimmung, wo Widersprüche?

Zurück zu unserem Beispiel: Von den vielen Eindrücken bei der ersten Begegnung blieb der Therapeutin inhaltlich besonders die Tatsache, daß die Patientin nur von gut funktionierenden, intakten Aspekten ihres Lebens berichtete, und formal-szenisch, daß die Patientin der Therapeutin räumlich sofort sehr nahe stand, ohne daß die Therapeutin hätte feststellen können, wie die Patientin diese Nähe konstellierte. Die Therapeutin versuchte verschie-

dentlich durch kleine Schritte etwas mehr Distanz zu schaffen, was ihr nicht gelang. Das Gleiche spielte sich auch im Therapiezimmer ab: Es war für die Therapeutin unmöglich, zwischen ihr und der Patientin mehr Raum zu schaffen. Diese Auffälligkeit wiederholte sich ebenfalls am Schluß des Erstgesprächs: Beide hatten sich bereits von ihren Sesseln erhoben, und wiederum konstatierte die Therapeutin, daß die Patientin ganz nah und gleichzeitig inaktiv neben ihr stand, ohne Anstalten zu treffen, den Raum zu verlassen. Schließlich wurde die Therapeutin aktiv, d. h. sie öffnete die Tür. Erst als die Therapeutin die wenigen Schritte der Patientin beobachten konnte, welche diese von der Praxistür zur Treppe machte, sah sie, daß die Frau hinkte (sie hatte im Erstgespräch beiläufig eine gut verlaufene Kinderlähmungs-Erkrankung im Alter von 13 Jahren erwähnt). Durch das ununterbrochene Nahestehen war es der Therapeutin nicht möglich gewesen, die Gesamterscheinung der Frau und somit ihre körperliche Behinderung wahrzunehmen. – Die Phantasie der Therapeutin lautet somit: Die Nähe respektive der fehlende Abstand der Patientin hat den Sinn, die Behinderung unsichtbar zu machen. Das Bedürfnis der Mitmenschen, in Distanz zu gehen, bedeutete für die Patientin jedesmal eine Konfrontation mit ihrer Behinderung. Es ist jedoch diese Nähe respektive der fehlende Raum oder genauer der durch die Patientin noch nicht erlaubte Raum, welcher die tatsächliche Behinderung bewirkt. Und insofern war das Einführen des Dritten (Schwester, Krankenkasse) ein kreativer Selbstheilungsversuch der Patientin, zwischen ihr und der Therapeutin Raum zu schaffen, wobei es sich noch um abwesende, unsichtbare Räume handelte. Eine zweite Arbeitshypothese lautet: Sichtbarer Raum muß nicht nur Behinderung bedeuten, sondern zeigt neue Möglichkeiten auf, wie zwei Menschen sich – innerhalb abgesteckter Grenzen – bewegen und gleichzeitig aufeinander bezogen bleiben können.

1.2 *Persönliche Anamnese*

Das allgemeine Vorgehen bei der persönlichen Anamnese orientiert sich an der psychoanalytischen Technik des Erstinterviews (Argelander u. a.), ergänzt durch spezielle schicksalspsychologische Fragestellungen nach den verschiedenen Ebenen des Zwangs- und Wahlschicksals (Szondi 1956, 515):

- Berufs-, Freundschafts-, Liebes- und Krankheitswahlen,
- Unfälle,
- Dominanz bestimmter Triebfaktoren,
- gelungene Sozialisation von Triebbedürfnissen,
- soziales Umfeld,
- mentale Einflüsse,
- ethische und religiöse Werte (vgl. 1.6 Ressourcen).

Im Sinne einer Hypothesenbildung können die gewonnenen Daten faktoriell signiert werden.

Ein 43jähriger Bankbeamter (d < Geld) meldet sich wegen immer häufiger auftretender depressiver Verstimmungen (d < Depression) zur Therapie an. Vor zwei Jahren ist er wegen eines Darm-Ca (d < Analität) operiert worden. Er möchte nur alle 2 Wochen in die Therapie kommen (d < Geiz).

Eine allgemeinverbindliche Technik der Anamneseerhebung gibt es nicht. Die aktuellen Probleme des Patienten haben, besonders im Erstinterview, Vorrang. Der Therapeut soll von diesen ausgehen und so viele biographische Angaben erfragen, als für das Verständnis der aktuellen Situation förderlich sein können. Er soll sich dabei der Spannung bewußt sein zwischen der Struktur, ohne welche eine sinnvolle Therapie nicht möglich ist, und der Offenheit für das Unerwartete, damit er nicht in die Falle der eigenen Voreingenommenheit gerät. In den folgenden Stunden kann er das Fehlen-

de ergänzen. Er soll möglichst nicht schematisch erfragen, sich jedoch bewußt sein, was er wissen möchte. Indem er dem Patienten zu verstehen gibt, daß er zuerst Einiges von ihm wissen muß, damit er ihm helfen kann, schützt er ihn davor, Vorstellungen magischer Heilkraft auf ihn zu projizieren. Je mehr Freiheit der Therapeut dem Patienten bei der Erzählung seiner Lebensgeschichte jedoch geben kann, desto mehr erfährt er darüber, wie der Patient zu sich und seiner Geschichte steht.

Zur Erhebung der Anamnese kann der Therapeut den Patienten auch um einen ausführlichen schriftlichen Lebenslauf bitten.

Ein Patient überrascht den Therapeuten mit einem ausführlichen schriftlichen Lebenslauf, den er ihm vor der ersten Stunde schickt. Später erweist sich, daß diese Art der Beziehungsaufnahme typisch ist für das Kontaktverhalten des Patienten.

1.3 Familienanamnese (Genogramm)

Mit Hilfe des Genogrammes können sowohl krankmachende Ahnenansprüche als auch bisher ungelebte Existenzmöglichkeiten entdeckt werden (Szondi 1963, 109).

1.3.1 Aufnahme

Das Genogramm kann während der Sitzung aufgenommen oder als Hausarbeit aufgegeben werden. Im ersten Fall ist die Genogrammaufnahme ein Stück Therapie. Im zweiten Fall kann dem Patienten ein Merkblatt mit den gewünschten Angaben mitgegeben werden. In jedem Fall soll der Patient Gelegenheit haben, über Erfahrungen bei der Befragung von Familienangehörigen und Verwandten zu berichten.

Zeitpunkt und Vollständigkeit der Genogrammaufnahme hängen von der therapeutischen Situation ab. Bei Patienten in Krisensituationen wird sich der Therapeut auf solche Angaben beschrän-

ken, die für das Verständnis der aktuellen Situation erforderlich sind. Anderen Patienten fällt der Einstieg in die persönliche Lebensgeschichte über die Familiengeschichte leichter.

Der Patient hat zu Beginn der ersten Stunde Mühe zu sprechen. Er gibt der Therapeutin zu verstehen, daß es ihm lieber wäre, wenn sie ihm Fragen stellen würde, auf die er antworten könnte. Als Grund für seine Schwierigkeit gibt er an, daß er auch sonst nur wenig spreche. Das sei schon immer so gewesen. Auch als Kind habe er nur das Notwendigste gesprochen. Seine Mutter hingegen sei sehr gesprächig gewesen. Die Therapeutin fordert ihn auf, mehr über seine Kindheit zu erzählen, und der Patient berichtet ausführlich über seinen Lebenslauf. Am Ende der Stunde sagt er, andere Leute wüßten wohl viel mehr über sich und ihre Familie zu erzählen als er. Er interessiere sich sehr für die Biographien berühmter Leute und die Familiengeschichten von Herrscher-Dynastien.

1.3.2 Inhalt

Das Genogramm erfaßt idealerweise drei bis vier Generationen und bezieht auch die Personen mit ein, die durch Heirat oder Lebensgemeinschaft mit den Blutsverwandten verbunden sind, sowie die Kinder der Verwandten, die eigenen Geschwister, deren eventuelle Partner und Kinder.

Zu den einzelnen Personen werden notiert: Geburts- und evtl. Todesdatum, Geschlecht, Beruf, Charakterzüge, besondere Begabungen, somatische und psychische Anfälligkeiten oder Krankheiten, Unfälle und Todesursachen, religiös-weltanschauliche Haltung und Erziehung. Weiter soll das Genogramm Angaben über Beziehungen enthalten. Von Personen, die der Patient selber kennt, soll er angeben, in welchem Verhältnis er zu ihnen steht (Sympathie oder Antipathie, Nähe oder Distanz, Ähnlichkeiten oder Differenzen, Vorbildfunktion usw.).

Der Therapeut unterscheidet objektive Daten vom subjektiven Bild des Patienten von seiner Familie. Zur Reihenfolge gelten fol-

gende Faustregeln: Objektives vor Subjektivem, Angaben über Einzelpersonen vor Einschätzung von Beziehungen, einfachere vor schwierigeren und emotional belastenderen Themen.

Es empfiehlt sich, die Einleitungsfrage möglichst offen zu stellen: «Können Sie mir etwas über Ihre Familie erzählen?» – Manchen Patienten gelingt es, ein zusammenhängendes Bild ihrer Familie zu vermitteln. Andere sind auf Fragen angewiesen.

1.3.3 Signierung

Die Signierung richtet sich nach den für Genogramme heute üblichen Kodierungen (Mc Goldrick & R. Gerson 1990).

1.3.4 Fehlendes im Genogramm

Aus äußeren (uneheliche, Scheidungs- oder Adoptivkinder, Kinder aus Patchwork-Familien, Emigration, Krieg u. a.) oder inneren Gründen (fehlendes Zeitgefühl, mangelndes Interesse an eigener Vergangenheit, mangelndes familiäres Bewußtsein, Ausschluß von Familienteilen, Verdrängung bestimmter Themen u. a.) können die Angaben zum Genogramm Lücken aufweisen. In solchen Fällen versucht der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten das Fehlende als solches zu deuten.

Ein Klient mit Sucht- und Abhängigkeitsproblemen wird sich bei der Genogramm-Aufnahme bewußt, daß er von der Familie seiner Mutter sehr viel, von der Familie seines Vaters hingegen kaum etwas weiß. Er erinnert sich daran, daß die Mutter den Vater und dessen Familie, in der es einige Alkoholiker gegeben habe, als Versager bezeichnete und den Kontakt zu ihr abgebrochen hatte. So durfte er als Kind auch nicht zu seinen Großeltern väterlicherseits in die Ferien gehen. Das in seinem Genogramm Fehlende ist das Symptom, deswegen er sich in Therapie begeben hat.

1.3.5 Erste Bemerkungen zum Genogramm

Eine erste Stellungnahme zum Genogramm kann unmittelbar nach dessen Aufnahme erfolgen, falls sich bereits ein Bezug zur Symptomatik des Klienten herstellen läßt.

Die ausführliche Besprechung des Genogramms erfolgt in der Regel bei der Konfrontation mit den unbewußten Ahnenansprüchen in der spezifisch schicksalsanalytischen Phase der Therapie (siehe Teil III, Kap. 3.5).

1.4 Szondi-Test

Im Verlauf der Voruntersuchung erfolgt in der Regel die vollständige Aufnahme des Szondi-Tests mit den 10 Profilen. Die quantitative und qualitative Auswertung dient vorerst als eine der Grundlagen für die Beantwortung der Fragen nach der Indikation und der Prognose. Wenn möglich führt der Therapeut den Test selber durch. Unter Umständen kann der Test dem Patienten zur Aufnahme mitgegeben werden. Das erste und wenn möglich auch das letzte Profil sollten jedoch durch den Therapeuten aufgenommen werden.

Wird der Szondi-Test nicht aufgenommen, so ist dies nach Möglichkeit zu begründen. Die Testaufnahme kann auch zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll sein.

Ein 50jähriger Mann, der sich seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung befindet, warnt den Untersucher gleich zu Beginn, zu viele Informationen einzuholen. Er wolle zuerst Vertrauen fassen und sich auf sein mitmenschliches Gespür verlassen. Er sei eben sehr, sehr mißtrauisch, aber davon zu reden sei unsinnig, das gehöre zur Vergangenheit und solle vergessen werden.

Der Untersucher zeigt ihm Verständnis für seinen Wunsch, über sich selber verfügen zu müssen, und willigt ein mit dem Hinweis, daß Zeit oft Rat bringe. Um ihn optimal verstehen zu können, möchte er aber auch mit einem Testverfahren arbeiten. Wie der Damm in der 6. Stunde bricht, wird die Aufnahme des Szondi-Testes möglich.

Ein Patient äußert immer wieder die Vermutung, ein Jahre zurückliegender Unfall könnte eine bleibende Hirnschädigung verursacht haben. Er beruft sich auf die Untersuchungsergebnisse bildgebender Verfahren, welche eine leichte Anomalie festgestellt hätten. Der Therapeut verzichtet auf eine Szondi-Testaufnahme, weil er den Phantasien des Patienten keine neue Nahrung liefern möchte.

1.5 Probleme, Konflikte

Am Anfang der Begegnung zwischen Patient und Therapeut steht – explizit oder implizit – die Frage im Mittelpunkt: «Was ist Ihr Problem?» – Patient und Therapeut sollen sich auf eine Antwort auf diese Frage einigen. Diese Antwort ist eine vorläufige. Sie gibt das wider, was der Patient im Moment versteht und was dem Therapeuten aufgrund seiner konzeptuellen Überlegungen möglich scheint. Die Problemformulierung dient dem Therapeuten einerseits als Baustein für die Diagnose. Als gemeinsam erarbeitete Problemdefinition ist sie andererseits der Grundstein für das Arbeitsbündnis und Orientierungspunkt der Therapie. Wegen des Widerstandes empfiehlt es sich, das Problem in Form eines Konfliktes – statt eines unbewußten Wunsches – zu formulieren. Nennt der Patient mehrere Probleme, fordert der Therapeut ihn dazu auf, eine Rangfolge zu erstellen.

Eine 40jährige Frau meldet sich zur Therapie an. Als Anlaß nennt sie in der ersten Stunde eine Auseinandersetzung mit ihrem ältesten Sohn, in deren Verlauf ihr bewußt geworden sei, daß sie sich in bestimmten Situationen genau so verhalte wie er. Wenn sie sich überfordert fühle, drohe sie wegzulaufen, ihre Familie zu verlassen oder sich das Leben zu nehmen, obwohl das nie ernsthaft ihre Absicht gewesen sei. Die Anamnese ergibt unter anderem, daß die Patientin ihren Mann schon als Fünfzehnjährige kennenlernte, seinerwegen das elterliche Haus verließ und früh heiratete. Deswegen habe sie auch keinen Beruf erlernt. Die Erziehung der drei Kinder habe sie

meist als schwierig erlebt. Ihr Mann habe sie dabei mehr kritisiert als unterstützt. Schamhaft gesteht sie, daß sie manchmal Jähzornsanfälle habe und hie und da heimlich größere Mengen Alkohol konsumiere. Andeutungsweise erwähnt sie auch sexuelle Schwierigkeiten zwischen ihr und ihrem Mann. Der Therapeutin fällt ihre Neigung zum Erröten auf.

Am Ende des Erstgesprächs formulieren Patientin und Therapeutin als Hauptproblem das Gefühl der Patientin, allein gelassen zu werden. Dahinter verbirgt sich der Konflikt zwischen zwei gegensätzlichen Bedürfnissen: Einerseits sehnt sich die Patientin nach Nähe, Geborgenheit und Akzeptation (m+); andererseits möchte sie sich auch einmal zurückziehen können und nur für sich alleine sein (m-). Die Therapeutin hält für sich zusätzlich die paroxysmale Abwehrform (hy) fest, wobei sie noch offen läßt, ob die Patientin damit mehr das frühe Anklammerungsbedürfnis (m+) abwehrt oder das Bedürfnis sich zu lösen (m-) und sich auf den Weg zur Autonomie (d) zu machen. Später reißt die Patientin mehrmals aus der Therapie aus, und es erweist sich, daß sie sich mit dieser Flucht die Gewißheit zu verschaffen sucht, sie sei unabhängig.

1.5.1 Verbalisierung

Der Patient soll sein Problem verbalisieren, ihm einen Namen geben. Die Beschreibung und Benennung des Problems soll so weit als möglich eine Leistung des Patienten sein. Der Patient soll in seiner Sprache sagen können, was sein Problem ist. Der Therapeut akzeptiert die Ausdrucksweise des Patienten als die im Augenblick bestmögliche. Er achtet auf besondere sprachliche Wendungen, welche ein Ausdruck der Eigenwelt des Patienten sein können. Im Verlaufe der Therapie kann er diese Wendungen wieder aufgreifen.

Eine Patientin sagt von sich in der ersten Stunde, sie habe oft das Gefühl, für andere eine Zumutung zu sein. Am Ende der Stunde wiederholt die Therapeutin diese Formulierung in der 1. Person Singular: ‚Ich (Name der Patientin) bin eine Zumutung.‘ Sie gibt damit zu erkennen, daß sie die Äußerung der Patientin als Ausdruck eines all-

gemeinen Lebensgefühls versteht, welchem in der Therapie Raum gegeben werden darf.

1.5.2 Thematisierung

Der Therapeut achtet darauf, welche schicksalspsychologischen Funktionskreise vom Patienten angesprochen werden und welche nicht. In dem unter 3.5 genannten Beispiel berührt die Schilderung der Patientin die Funktionskreise C, S und P. Nicht angesprochen bleibt der Ich-Bereich. In der zweiten Stunde fordert die Therapeutin die Patientin auf sich vorzustellen, was ihren Sohn dazu bewegen könnte, sie zu beschimpfen.

1.5.3 Gewichtung

Gibt der Patient mehrere Probleme an, so soll er versuchen, eine Beziehung zwischen ihnen herzustellen oder sie in einer Hierarchie zu ordnen. Fällt es ihm schwer zu sagen, was überhaupt sein Problem sei, könnte sich gerade darin ein Problem manifestieren.

1.5.4 Akzeptation

Der Therapeut vermittelt dem Patienten das Gefühl, daß er ihn so, wie er ist, akzeptiere. Falls er nicht versteht, worin das Problem des Patienten besteht, stellt er dies ohne zu kritisieren fest und fordert den Patienten auf, zu wiederholen oder sich genauer auszudrücken. Gewinnt er den Eindruck, daß der Patient ihm ein Problem präsentiere, um von ihm als Patient akzeptiert zu werden, kann er dies nach dem Prinzip der Vorläufigkeit (siehe unten) gestatten.

Die Patientin erzählt von zahlreichen Schwierigkeiten an ihrem Arbeitsplatz. Sie fühlt sich von ihren Mitarbeiterinnen nicht recht ernst genommen, weiß nicht, was ihre Vorgesetzte eigentlich von ihr hält und ob die Firma ihre Arbeit überhaupt als sinnvoll betrachtet. Sie befürchtet, daß ihre Stelle im Zuge von Sparmaßnahmen gestrichen

werden könnte. Sie möchte beweisen, wie wichtig ihre Arbeit sei, fühlt sich aber durch die Gleichgültigkeit um sie herum selber zunehmend apathischer. Sie leidet an Schlaflosigkeit und hat verschiedener somatischer Beschwerden wegen in letzter Zeit häufig ihren Hausarzt konsultiert.

Die Therapeutin: «Ich verstehe, daß die Situation an Ihrem Arbeitsplatz Ihnen Mühe macht, und ich spüre auch, wie Sie darunter leiden. Im Verlaufe der Therapien könnten wir gemeinsam versuchen herauszufinden, was diese Schwierigkeiten mit Ihnen zu tun haben.»

Nennt der Patient ein Problem, das in einer Therapie nicht gelöst werden kann, weist der Therapeut ihn darauf hin. Durch seine Stellungnahme versucht er sich dem Patienten auch als Vertreter des Realitätsprinzips darzustellen, der ihm hilft, besser mit der äußeren Welt zurecht zu kommen.

Eine fünfzigjährige ledige Patientin mit depressiven Verstimmungen, die bis zum Tode der Eltern in deren Haus gelebt hat, nennt dem Therapeuten als Ziel, einen Freund zu finden. Der Therapeut: «Wir können versuchen herauszufinden, warum es Ihnen bisher nicht gelungen ist, Ihren langgehegten Wunsch nach einer Freundschaft zu verwirklichen.»

1.5.5 Vorläufigkeit

Der Therapeut würdigt die Beschreibung und Benennung von Problemen von Seiten des Patienten als Ausdruck dessen, was diesem im Augenblick bewußt ist und was er zu diesem Zeitpunkt fähig ist zu sagen. Dies ist ein erster Schritt. Er drückt damit die Zuversicht aus, daß der Patient im Verlaufe der Therapie weitere Schritte tun wird und daß sich die Probleme verlagern können.

Der Patient drückt in der ersten Stunde seine Unzufriedenheit mit seinem bisherigen Beruf aus. Er hat sich verschiedene andere berufliche

Tätigkeiten überlegt, aber jede dieser Möglichkeiten mit ihm zwingend scheinenden Argumenten widerlegt. Der Therapeut: «Sie fühlen sich unzufrieden mit dem, was Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben gemacht haben, und Sie sind deshalb auf der Suche nach einer grundsätzlich neuen Tätigkeit. Aber Sie wissen nicht, was dies sein könnte. Bei allem, was Sie gerne tun möchten, sehen Sie sich vor unüberwindlich scheinende Schwierigkeiten gestellt. – Wir können zunächst versuchen zu verstehen, warum es für Sie keinen Ausweg aus Ihrer Situation zu geben scheint. Dann werden wir weiter sehen.»

1.6 Ressourcen

1.6.1 Wahl der Therapie als Ressource

Während des Erstgesprächs achtet der Therapeut auch auf die Ressourcen (Fähigkeiten, Begabungen, Fertigkeiten, Stärken) des Patienten. In der therapeutischen Arbeit kann er auf diese Ressourcen zurückgreifen.

Die ersten Ressourcen sind jene, welche es dem Patienten ermöglichen, sich zu einer Therapie zu entschließen. Der Therapeut fragt sich, welche Bedürfnisse den Patienten veranlassen, eine Therapie zu wählen:

1. das Bedürfnis nach Akzeptation (m+) oder nach Befreiung (m-)?
2. das Bedürfnis nach Veränderung (d+) oder nach Bewahrung (d-)?
3. das Bedürfnis nach persönlicher (h+) oder nach kollektiver Zärtlichkeit (h-)?
4. das Bedürfnis nach Aktivität (s+) oder nach Hingabe (s-)?
5. das Bedürfnis, gut und gerecht (e+) oder böse und ungerecht (e-) zu sein?
6. das Bedürfnis, sich zu zeigen (hy+) oder sich zu verbergen (hy-)?

7. das Bedürfnis nach Partizipation und Verschmelzung (p-) oder nach Bewußtwerdung und Selbständigkeit (p+)?
8. das Bedürfnis, etwas zu haben (k+) oder nicht zu haben (k-)?

Eine Patientin äußert im Erstgespräch Zweifel daran, ob sie mit ihrem Problem ein Anrecht darauf habe, eine Therapie in Anspruch zu nehmen. Darin kann sich das Bedürfnis nach Akzeptation oder das Bedürfnis nach Wiedergutmachung (Schuldgefühle) ausdrücken.

1.6.2 Weitere Ressourcen

Im Verlaufe der Anamnese achtet der Therapeut auf weitere Ressourcen, entsprechend dem Schema der schicksalsbedingenden Faktoren (Szondi 1956, 515).

Konstitutionelle Ressourcen

Das kollektive und familiäre Erbe, das sich in Form von Berufen, Begabungen, Interessen, Leistungen, allgemein als «Muster und Figur» (Rilke) der Ahnen äußert.

In der Familie eines Exhibitionisten kommen zahlreiche bildende Künstler vor. Der Therapeut fragt sich, ob die Verwandten des Patienten das exhibitionistische Bedürfnis operotrop im Schaffen und Ausstellen von Plastiken und Gemälden befriedigt haben und welche Lösungen für den Patienten in Frage kämen. Es stellt sich dann heraus, daß der Patient Talent zum Zeichnen besitzt, davon aber bisher nie Gebrauch gemacht hat.

Ressourcen aus dem persönlichen Trieb -und Affektleben

Sie können aus der Anamnese, dem Verhalten und dem Szondi-Test erschlossen werden. Der Therapeut achtet insbesondere darauf, welche Sozialisierungen von Triebbedürfnissen dem Patienten in seinem bisherigen Leben gelungen sind.

Ein depressiver Patient, der einer unehelichen Beziehung entstammt und der seinen Vater nicht kennt, leidet zusätzlich unter der Unfähigkeit, sich für etwas entscheiden zu können. Die Anamnese ergibt, daß er vor einigen Jahren in einem Archiv gearbeitet hat. Der Therapeut stellt bei sich die Vermutung auf, daß der Patient bei dieser Beschäftigung zugleich zwei Bedürfnisse hat sozialisieren können: seine Zwanghaftigkeit, die sich auch in einem peinlichen Ordnungsbedürfnis äußert, sowie das Bedürfnis nach Beschäftigung mit dem Alten (auf die Suche gehen nach dem unbekanntem Vater).

Ressourcen aus der sozialen Umwelt (k-Funktion)

Inwiefern können soziale Herkunft und soziale Umwelt dem Patienten bei der Lösung seiner Probleme oder Konflikte behilflich sein? – Über welche erzieherischen und bildungsmäßigen Voraussetzungen verfügt der Patient? – Ist er verbalisationsfähig? – Welchen Beruf oder welche Berufe hat er erlernt? – In welcher beruflichen Position befand oder befindet er sich? – Wie ist seine materielle Situation? – Verfügt er über ein funktionierendes soziales Netzwerk (Partnerschaft, Familie, Verwandtschaft, Bekanntschaft, berufliche Kontakte)?

Eine Patientin aus einer wohlhabenden und angesehenen Anwaltsfamilie, jahrelang in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert, hat die Erinnerungen an ihr früheres Leben und ihre «gesunde» Persönlichkeit bewahrt. Als junges Mädchen spielte sie Tennis und fuhr Ski, erlernte eine Reihe von Fremdsprachen, reiste viel, besuchte Konzerte und spielte Klavier. Sie genoß eine sorgfältige kaufmännische Ausbildung und hätte die Möglichkeit sowohl zu einer beruflichen Karriere als auch zu einer guten Partie gehabt. – Ihre persönlichen Ansprüche und die Erwartungen ihrer Familie haben sie bisher davor bewahrt, in einem Pflegeheim für Chronischkranke versorgt zu werden. Der Therapeut überlegt sich, wie sie trotz ihrer Behinderung im Einklang mit ihrer sozialen Herkunft leben könnte.

Eine depressive Patientin hat schon als Kind Geigenunterricht genossen. In Phasen depressiver Verstimmung beklagt sie sich darüber,

daß sie nichts mehr fühlen könne. Das Geigenspielen gibt ihr dann die Gewißheit, daß ihr Gefühlsleben noch nicht verarmt ist.

Ressourcen aus der mentalen Umwelt (p)

Inwiefern können Erziehung und Bildung, geistiges Milieu, private und berufliche Werte und Normen, Weltanschauung, Welt- und Menschenbild dem Patienten bei der Bewältigung seiner Probleme oder Konflikte behilflich sein? – Wie steht seine Umgebung zu seinen Problemen oder Konflikten und zu seinen Versuchen, diese zu bewältigen? – Was bedeutete es in seiner Herkunftsfamilie, Probleme zu haben? – Bestehen in der Familie des Patienten Muster für seine Probleme oder Konflikte und Muster für deren Bewältigung?

Eine agoraphobische Patientin mit zwanghaften Zügen kümmert sich trotz ihrer Behinderung um ihre Familie. Sie stammt aus einfachen bäuerlichen Verhältnissen und war von Kind an schwere Arbeit gewöhnt. Der Therapeut überlegt sich, ob sie, wegen ihrer zahlreichen Verpflichtungen als Mutter und Hausfrau, nicht gute Gründe haben könnte, sich ans Haus gebunden zu fühlen und ob sie als Hausfrau nicht Gelegenheit hätte, ihre Zwanghaftigkeit in Form von Sauberkeit und Ordnungsliebe zu sozialisieren.

Ressourcen der Persönlichkeit

Welche Ich-Funktionen können dem Patienten bei der Bewältigung seiner Probleme oder Konflikte behilflich sein? – Über welche autoplastischen (Assimilation, k+) und alloplastischen (Adaption, k-) Fähigkeiten verfügt der Patient? – Welche Abwehrmechanismen setzt er ein? – Wie funktionieren die ethische (e) und die moralische (hy) Zensur? – Welche Coping- und Problemlösestrategien benützt er? – Inwiefern ist er der Überzeugung, daß er seine Probleme bewältigen kann (self efficacy expectation)? – Welche Bereiche der Persönlichkeit sind problemfrei?

Eine Patientin ist fähig, sich bei der Vorbereitung auf eine Prüfung intellektuell anzustrengen und zu konzentrieren. Dies hilft ihr auch, Gefühle, die sie sonst belasten würden, zu rationalisieren.

Den Eltern wird von der Ärztin der Klinik mitgeteilt, daß ihr Kind an Krebs erkrankt sei. Das Kind, das krank in seinem Bettchen liegt, wartet sehnsüchtig darauf, daß seine Eltern wieder kommen. In dieser Situation hilft es den Eltern die Fassung vor dem Kind zu bewahren, wenn sie das Gehörte ungeschehen machen können. Die Therapeutin unterstützt die Eltern dadurch, daß sie die Krankheit nicht anspricht. Erst mit der Zeit wird es den Eltern möglich sein, sich mit der folgenschweren Tatsache auseinanderzusetzen.

Auch Freizeitbeschäftigungen und die dabei verlangten Fähigkeiten können Ich-Stärken verraten (z. B. regelmäßiges Sporttraining oder geduldiges Briefmarkensammeln als Hinweise auf k-Funktionen).

Ressourcen aus dem Pontifex-Ich

Die drei Kernfragen lauten: Ist der Patient fähig, Vertrautes zu verlassen und sich Neuem zuzuwenden, d. h. zu transzendieren? – Kann er dieses Neue in sein Selbstbild integrieren? – Kann er an sich selber und an seiner Umwelt partizipieren und dadurch zu einer versöhnlicheren Haltung zu sich selbst und zu den anderen gelangen?

Ein Patient berichtet zu Beginn der Therapie, er träume stets nur «dummes Zeug», mit dem er nichts anfangen könne. Nach einiger Zeit gelingt es ihm, seine Träume zu erzählen, anfänglich noch mit der Frage verbunden, ob der Therapeut denke, er sei verrückt. Mit Hilfe der Traumdeutung lernt er das Verwirrende seiner Träume als Teil seiner selbst kennen und akzeptieren.

Auch wenn der Therapeut direkt oder indirekt nach Ressourcen fragt, soll der Patient das Gefühl erhalten, er werde mit seinen Problemen ernst genommen. Er soll nicht den Eindruck bekommen,

der Therapeut erwarte von ihm – wie es möglicherweise seine Umgebung tut –, daß er «positiv» über seine Schwierigkeiten hinweggehe. Der Therapeut trägt dem Umstand Rechnung, daß der Patient im Hier und Jetzt empfindet und vielleicht unsicher ist, ob es wert sei, daß der Therapeut auf seine Probleme eingehe.

1.7 Diagnose

Die Diagnose umfaßt:

- 1) die deskriptive Diagnose zuhanden einer Krankenkasse oder eines niedergelassenen Arztes,
- 2) die psychodynamische Diagnose als Handlungsanleitung für den Therapeuten.

Die Diagnose ist in erster Linie ein Arbeitsinstrument des Therapeuten, in zweiter Linie ein Mittel zur Verständigung innerhalb des psychotherapeutischen Versorgungssystems.

Bei der Diagnosestellung werden sowohl Probleme oder Konflikte als auch Ressourcen berücksichtigt (vgl. Kap. 1.5 und 1.6).

1.7.1 Deskriptive Diagnose

Aufgrund des Materials aus der Voruntersuchung soll die Therapeutin eine Diagnose nach ICD und / oder DSM stellen. Falls die Beeinträchtigung des Patienten die diagnostischen Kriterien von DSM und oder ICD nicht erfüllt, ist dies gesondert zu vermerken.

Da es sich bei dieser Diagnose um eine wissenschaftliche Bezeichnung handelt, die für Laien nicht verständlich ist, sollte sie dem Patienten nicht mitgeteilt werden. – Sinnvoll, auch im Zusammenhang mit der Frage nach der Bezahlung, kann jedoch die Mitteilung sein, ob es sich um eine Beeinträchtigung mit Krankheitswert handle oder nicht.

Ob die Therapie von der Krankenkasse übernommen oder vom Klienten selber bezahlt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- 1) Krankenkasse,
- 2) Diagnose,
- 3) Dauer der Behandlung,
- 4) finanzielle Situation des Klienten.

Falls die Leistungen einer Krankenkasse beansprucht werden, sollte der Therapeut den Patienten auch über die mögliche Rolle der Bezahlung in der Therapie informieren: Eigenverantwortung, Realitätsbezug, Schuldgefühle u. a.

1.7.2 Psychodynamische Diagnose: Allgemeiner Teil

Bei der Formulierung der psychodynamischen Diagnose stützt sich der Therapeut nebst dem Material aus der Voruntersuchung insbesondere auf die Wahrnehmung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung.

Die psychodynamische Diagnose kann in einen allgemein tiefenpsychologischen und einen speziell schicksalspsychologischen Teil gegliedert werden. Im allgemeinen Teil soll sie Angaben enthalten über:

1. das Krankheitserleben und die Behandlungserwartungen (Beurteilung des Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung, Leidensdruck, Beeinträchtigung des Selbsterlebens, sekundärer Krankheitsgewinn, Einsichtsfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge; Einsicht in die Ursache, Entstehung und Bedeutung der Probleme oder Konflikte; Erklärungsmuster, Einsichtsfähigkeit in somatopsychische Zu-

sammenhänge, Einschätzung der geeigneten psychotherapeutischen Methode, Motivation zur Psychotherapie, Symptomdarbietung (somatische oder psychische Symptome im Vordergrund); Präsentation durch den Patienten (Ich-Syntonizität, Leidensdruck, emotionale Beteiligung, Scham- oder Schuldgefühle, Projektionen), psychosoziale Integration, persönliche Ressourcen, soziale Unterstützung, Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum objektiv feststellbaren Ausmaß der Erkrankung).

2. das Beziehungsverhalten
habituelles Beziehungsverhalten der Patientin, typische Reaktionen anderer, Einstellung der Umgebung zum Problem oder Konflikt (Partner, Familie, berufliches Umfeld): Verständnis, Ablehnung, Zuwendung, Mitagieren, unbewußte intrapsychische Konflikte.
3. Probleme oder Konflikte
Abhängigkeits- oder Autonomiekonflikte, Kontroll- oder Unterwerfungskonflikte, Versorgungs- oder Autarkiekonflikte, Selbstwertkonflikte, Über-Ich- und Schuldkonflikte, ödipale und sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte, fehlende Konflikts- oder Gefühlswahrnehmung.
4. Struktur
Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Kommunikation, Objektwahrnehmung, Bindung.

1.7.3 Psychodynamische Diagnose: Spezieller Teil

Im speziell schicksalspsychologischen Teil enthält die psychodynamische Diagnose gestützt auf triebpathologische Überlegungen Hypothesen über:

1. die Art der Probleme oder Konflikte (Kontaktprobleme, Ichprobleme, paroxysmale Probleme, Sexualprobleme, Reaktion auf belastende Lebensereignisse),
2. die Manifestation der Probleme oder Konflikte (auf der Symptomebene, auf der Ebene des täglichen Verhaltens, auf der Ebene der Wahlhandlungen, der symbolischen Ebene),
3. die Dialektik von Vordergrund und Hintergrund,
4. die Dialektik von Rand und Mitte,
5. das Verhältnis von Wurzelfaktoren und symptomatischen Faktoren (Triebformel),
6. das Verhältnis von Gefahren und Ventilen (Latenzproportionen),
7. Existenzmöglichkeiten.

1.8 Indikation, Prognose

Die Indikation zu einer schicksalsanalytischen Therapie deckt sich weitgehend mit jener zu einer analytischen Therapie. Ein Spezialgebiet der schicksalsanalytischen Therapie sind die von Szondi (1963, 106 ff.) so genannten Ich- und Triebstörungen.

Bei der Indikationsstellung stützt sich der Therapeut auf die Ergebnisse der Voruntersuchung als Ganzes. Das Genogramm gibt Auskunft über Vorkommen und allfällige Häufung psychischer Störungen in der Herkunfts- und Wahlfamilie. Der Szondi-Test:

- gibt ein plastisches Bild der Stärkeverhältnisse zwischen Ich und Trieben,
- deckt die Abwehrarten und die gefahrbringenden Ich-Veränderungen auf,
- orientiert über präpsychotische und psychotische Spaltungsvorgänge im Ich,
- zeigt die besondere Art der Libidofixierung auf,
- zeigt die Gefahr- und Schutzexistenzen (Szondi 1963, 111).

Die Validität und Reliabilität der Experimentellen Triebdiagnostik (ETD) für die Indikationsbestimmung scheint empirisch noch zu wenig untersucht (Bürli 1970). Zur Indikationsstellung in der Psychotherapie hat die empirische Forschung bis heute nur wenige eindeutige Resultate erbracht (Garfield 1994). Von einer analytisch ausgerichteten Therapie scheinen am besten Menschen mit einer eher mild ausgeprägten Symptomatik, mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz und guter Introspektionsfähigkeit zu profitieren.

Dasselbe gilt grundsätzlich auch für die Prognose. Aussagen über Verlauf und Ausgang einer Therapie lassen sich schon früh, nach drei bis vier Sitzungen, machen, sofern die Gesamtheit der therapeutischen Interaktion berücksichtigt wird. Als relativ zuverlässige Faktoren haben sich die zwischen Patienten und Therapeuten übereinstimmenden Erwartungen, die Motivation der Patienten sowie eine gute therapeutische Beziehung erwiesen (Orlinsky et al. 1994). Beeli (1965) berichtet über gute Ergebnisse in der Prognostik mit Hilfe des Szondi-Tests. Doch seine Untersuchungen sind nicht weitergeführt worden. Praktizierende Psychotherapeuten scheinen sich lieber auf ihre Intuition und ihre Erfahrung zu stützen als auf irgend ein Testverfahren.

Aussagen über Indikation und Prognose wecken im Therapeuten Erwartungen, oder sie sind Ausdruck solcher Erwartungen, deren Einfluß auf die Therapie er reflektieren sollte.

Daß die Therapieforschung trotz großer Anstrengungen auf diesem Gebiet bisher nur wenige Ergebnisse gezeitigt hat, hängt wohl auch damit zusammen, daß Indikation und Prognose nicht nur von einer bestimmten Form der Störung bzw. einer bestimmten Behandlungstechnik abhängen, sondern auch von der Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

Therapeutische Beziehungen kommen meist auch unter äußeren Zwängen zustande. Doch ohne eine persönlich motivierte ge-

gegenseitige Wahl von Patient und Therapeut gäbe es keine therapeutische Beziehung. Aus schicksalsanalytischer Sicht sind den unbewußten Motiven bei der Wahl des Therapeuten und der Therapie auf Seiten des Patienten und der Wahl der Patienten auf Seiten des Therapeuten besondere Beachtung zu schenken. Der Therapeut fragt sich, in welchen Bereichen eine genotrope Anziehung besteht, und er reflektiert die Chancen, aber auch die Risiken dieser Anziehung im Verlaufe der Therapie dauernd.

1.9 Zielformulierungen

Im Anschluß an die Schilderung ihrer Probleme formulieren Patienten oft ihre Erwartungen an die Therapie und ihre Ziele. Wenn es dem Therapeuten nicht klar ist, was der Patient von der Therapie erwartet und welche Ziele er sich vorgenommen hat, fordert er ihn auf, seine Erwartungen und Zielvorstellungen zu formulieren. Der Therapeut soll dazu Stellung nehmen. Er unterläßt klare Versprechen, was die Therapie in einem bestimmten Zeitraum sicher zu leisten vermag. Statt dessen macht er den Patienten darauf aufmerksam, wie wichtig die momentanen Zielsetzungen im Hinblick auf die Therapie sein können, daß sie sich aber aus vielfältigen Gründen auch verändern können und somit stets einen vorläufigen Charakter haben.

Sowohl Patienten, die an der Wirksamkeit einer Therapie zweifeln, als auch solchen, die übersteigerte Erwartungen hegen, könnte man mit einem Satz des Londoner Psychoanalytikers W. Schindler antworten: «Ich habe in meinem ganzen Leben noch keinen Patienten geheilt. Aber ich habe nie erlebt, daß er nicht wesentlich weitergekommen wäre, wenn er das ernsthaft, lange Zeit und mit der richtigen Methode versucht hat.» (Nach einer Mitteilung von W. Huth).

Patienten, denen es schwerfällt, Erwartungen und Ziele zu äußern, sollen nicht dazu gedrängt werden. Der weitere Verlauf der Thera-

pie wird zeigen, ob der Patient sich abhängig vom Urteil anderer erlebt, ob er wenig Zugang zu seiner Wunschwelt hat oder ob es sich um einen Widerstand handelt u. a. m.

Zielinhalte: Der Wunsch nach einer Veränderung der Befindlichkeit in positiver Richtung zeigt sich auf verschiedenen Ebenen: Partnerschaft; Familie; Berufswelt; in körperlicher Hinsicht; in Bezug auf das innerseelische Spannungsgeschehen wie Angst, Verstimmungen, Turbulenzen im nächtlichen Traumleben, störende Gedanken und Impulse; in Bezug auf das Erleben der eigenen Identität mit dem allfälligen Wunsch nach einem Neuanfang usw.

Art des Ausdrucks: Liegen die Lösungsziele nahe bei den aktuell erlebten Konflikten, d. h. sind sie fest umrissen, konkret, erscheinen sie erreichbar? Oder handelt es sich um hochgesteckte Ziele, um «saubere Lösungen», «totales, vollständiges Verschwinden aller störenden Symptome», «ich muß mit allem aufräumen», «etwas in Ordnung bringen»? Dabei interessiert den Therapeuten nicht zuletzt die Wortwahl, die Art des sprachlichen Ausdrucks, die affektive Intensität. Oft zeigen sich wichtige Hinweise für offene oder verborgene Triebbedürfnisse und die dazugehörigen Abwehrstrategien.

Die Erwartungen der Patienten beziehen sich meist auf die von ihnen geschilderten Beschwerden und bewegen sich damit auf der Symptomebene. Mit Hilfe der Triebformel kann der Therapeut für sich bestimmte Erwartungen an die Therapie formulieren.

Ein Patient begibt sich in Therapie, nachdem ihn seine Frau verlassen hat. Von der Therapie erwartet er eine bessere Bewältigung der Trennung. $p+$ als Wurzelfaktor läßt vermuten, daß der Patient an einer Partizipationsstörung leidet und er erwartet von der Therapie auch die Analyse der $-p$ -Funktion.

1.10 Informationen

Gestützt auf die für ihn geltenden Standesregeln informiert der Therapeut den Patienten über die Regeln der Therapie, damit diese ohne äußere Störungen oder Mißverständnisse stattfinden kann. Er vergewissert sich, daß der Patient diese verstanden hat und daß er damit einverstanden ist.

Der Therapeut bestimmt den Zeitpunkt für die nachfolgend genannten Informationen im Rahmen der Voruntersuchung selber.

1. Art der Therapie

Der Therapeut informiert den Patienten darüber, daß er ein tiefenpsychologisch orientiertes Verfahren anwende, jedoch «maßgeschneidert» nach den Bedürfnissen des Patienten. Er kann begründen, weshalb er dieses Verfahren in diesem Falle für angezeigt hält. Er informiert auch frühzeitig über Testaufnahme und Genogramm.

Der Patient hat ein Recht darauf zu wissen, welches Verfahren der Therapeut anwendet. Er darf aber nicht den Eindruck gewinnen, daß dieses Verfahren ein standardisiertes, in jedem Fall gleich ablaufendes ist, und daß von ihm ein bestimmtes Verhalten erwartet werde.

Fragen des Patienten zur Therapie können auch Ausdruck eines Widerstandes sein und sollen daher möglichst neutral beantwortet werden.

Ein Patient äußert zu Beginn der Therapie die Befürchtung, er könnte abhängig werden vom Therapeuten. Der Therapeut antwortet ihm: «Ich habe noch nie einen Patienten erlebt, der von mir abhängig geworden wäre.»

2. Therapieverlauf

Äußert der Patient die Erwartung, daß seine Symptome schon nach kurzer Zeit verschwinden würden, entmutigt ihn der Therapeut

nicht, weist ihn aber darauf hin, daß sich seine Symptome im Verlaufe der Therapie vorübergehend auch verstärken können.

3. *Dauer der Therapie*

Falls nicht ausdrücklich eine Kurzzeittherapie vereinbart wurde, informiert der Therapeut den Patienten darüber, daß tiefenpsychologisch orientierte Verfahren in der Regel eine längere Behandlungszeit beanspruchen. Er achtet darauf, welche Reaktionen diese Mitteilung beim Patienten auslöst und geht darauf ein.

Eine Patientin wird durch die Mitteilung einer längeren Behandlungszeit irritiert. Es habe sie viel Überwindung gekostet, sich überhaupt anzumelden, und sie habe gedacht, für ihre Probleme dürfe sie den Therapeuten nicht mehr als einige Stunden beanspruchen. Auf den Gedanken, eine «richtige» Therapie zu beginnen, sei sie noch gar nicht gekommen. Sie habe immer geglaubt, dies sei nur etwas für Menschen mit schwierigeren Problemen. Auch wisse sie nicht, was ihr Mann dazu sagen würde. Andererseits fühle sie sich beim Gedanken an eine Therapie auch ein wenig stolz.

Der Therapeut lehnt es ab, sich auf eine bestimmte Dauer der Therapie zu verpflichten. Er weist den Patienten darauf hin, daß er das Tempo bestimme. Es ist aber möglich, eine bestimmte Anzahl Stunden oder eine Behandlungsfrist zu vereinbaren, mit der Aussicht auf eine Fortsetzung der Behandlung.

Ein Klient mit rezidivierenden manisch-depressiven Verstimmungen, Kontaktschwierigkeiten und perversen Neigungen, der seit einiger Zeit arbeitslos ist, erhofft sich einen Ausweg aus seiner Arbeitslosigkeit, eine Überwindung seiner Einsamkeit und eine ausgeglichene Stimmung innerhalb von etwa 10 Stunden Therapie. Der Therapeut teilt ihm mit, daß eine solche Erwartung unrealistisch ist. Er schlägt dem Klienten vor, sich innerhalb einer bestimmten Frist zunächst auf seine inneren Schwierigkeiten bei der Suche nach einer neuen Arbeit zu konzentrieren. Danach würden sie weiter sehen. Der Klient willigt ein. Dennoch bricht er nach 15 Sitzungen die Therapie ab.

4. *Honorar*

Der Therapeut teilt dem Patienten unaufgefordert sein Honorar sowie den gewünschten Zahlungsmodus mit. Ist der Patient finanziell nicht in der Lage, das übliche Honorar zu bezahlen, steht es dem Therapeuten frei, eine der Situation des Patienten angemessene Vereinbarung zu treffen.

Der Therapeut handelt nach dem Grundsatz, daß eine Therapie nicht aus finanziellen Gründen verhindert werden soll. Weder nützt er die finanzielle Situation seiner Patienten aus noch konkurrenziert er seine Kollegen durch «Billigtarife».

5. *Krankenkasse*

Der Therapeut erkundigt sich nach der Krankenkasse des Patienten. Er informiert ihn über deren Leistungen oder fordert ihn auf, sich selber zu informieren. Hat der Patient aufgrund seiner finanziellen Situation die Wahl zwischen Kassenleistungen und eigener Bezahlung, bespricht er mit ihm die Vor- und Nachteile beider Lösungen.

6. *Versäumte Stunden*

Der Therapeut informiert den Patienten über die Grundregel: Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zum Voraus abgesagt werden, werden verrechnet. Der Patient soll sich mit dieser Regelung ausdrücklich einverstanden erklären. Ausgenommen davon sind einzig Ereignisse, die einer höheren Gewalt zugeschrieben werden müssen (Eisenbahnunglück, Naturkatastrophe o. ä.)

Unfälle oder plötzliche Erkrankungen sollen von der Grundregel ausdrücklich nicht ausgenommen werden. Der Patient ist über den Grund zu dieser scheinbaren Härte zu informieren.

Der Therapeut trifft mit dem Patienten eine Regelung bezüglich Urlaube.

7. *Schweigepflicht*

Der Therapeut informiert den Patienten darüber, daß er der Schweigepflicht untersteht.

8. *Beschwerdemöglichkeiten*

Tritt im Verlaufe einer Therapie ein Konflikt zwischen Patient und Therapeut auf, der sich nicht mit den Mitteln der Therapie lösen läßt, informiert der Therapeut den Patienten über seine Beschwerdemöglichkeit bei der Standeskommission des SPV.

2 Psychoanalytische Verfahren in der Therapie (Martin Borner)

In den beiden folgenden Hauptkapiteln des Manuals wird die schicksalsanalytische Therapie beschrieben, die aus einer Gruppe von psychoanalytischen und einer Gruppe von spezifisch schicksalsanalytischen Verfahren besteht. Die Autoren des Manuals haben die Bezeichnung dieser beiden Verfahrensgruppen ausführlich diskutiert, ohne daß sie zu einer Entscheidung gelangt sind. Die Schwierigkeit dürfte in der *Sache* begründet sein. Von «Phasen» zu sprechen ist insofern gerechtfertigt, als sich in Fallberichten psychoanalytische und schicksalsanalytische Phasen unterscheiden lassen. In einem Therapiemanual könnte der Begriff der «Phase» jedoch den irreführenden Eindruck erwecken, als hätte in der Therapie auf eine psychoanalytische eine schicksalsanalytische Phase zu folgen. Im Lehrbuch der schicksalsanalytischen Therapie (Szondi 1963) verwendet Szondi keine übergeordneten Begriffe; statt dessen trifft er eine Reihe von Unterscheidungen, angefangen mit jener von «passiver» und «aktiver analytischer Psychotherapie» bereits im Untertitel. Den «grundsätzlichen Modifikationen der Technik» (Szondi 1963, 84 ff.) liegt die Unterscheidung von «Trieb-

ansprüchen» und «Ahnenansprüchen» zugrunde. Das künstliche Hervorrufen der letzteren erfordert nach Szondi ein Gegenagieren des Therapeuten. In der Ich-Analyse unterscheidet Szondi die psychoanalytische Bearbeitung der Abwehr von Triebansprüchen von der schicksalsanalytischen Operotropisierung gefährdender Ahnenansprüche bzw. dem Aufbau eines Pontifex-Ich. In der Klinik wiederum unterscheidet Szondi das direkte Heilverfahren der Psychoanalyse – direkt insofern, als es auf einen krankmachenden psychischen Konflikt hinzielt – vom indirekten Verfahren der Schicksalsanalyse: Umdrehung der sozialnegativen in eine sozialpositive Existenzform, Umkehrung der Ich-Schicksale und Vertauschung der Krankheitsformen. Diese drei Verfahren, denen die Annahme einer multiplen Existenzstruktur der Persönlichkeit zugrunde liegt, wendet Szondi dann auf die einzelnen Störungsformen an: Sexualstörungen, Affektstörungen (im Sinne der Schicksalsanalyse), Ich-Störungen und Kontakt-Störungen. Nicht zuletzt in dieser störungsspezifischen Anwendungsform unterscheidet sich das schicksalsanalytische vom psychoanalytischen Verfahren.

Dieser vielschichtigen – teils plakativ, teils schillernd anmutenden – Unterscheidung wird die hier gewählte Unterteilung keinesfalls gerecht. Für den Zweck eines Manuals mag sie genügen, sofern der Anwender sich bewußt bleibt, daß er es weniger mit festumschriebenen Techniken unterschiedlicher Herkunft als mit zwei durchaus unterschiedlichen Denkweisen und therapeutischen Haltungen zu tun hat, die sich in der therapeutischen Praxis ergänzen und erst dadurch dem Patienten in seiner schicksalhaften Dimension gerecht zu werden vermögen.

2.1 Vorbemerkungen

Das psychoanalytische Verfahren bezieht sich auf das persönliche Unbewußte und seine vorbewußten und bewußten Abkömmlinge. Es bedarf eines spezifischen Settings oder Arrangements, welches

man als die «psychoanalytische Situation» bezeichnet (Müller-Pozzi 1991, 49 ff.). Diese Situation bietet Raum für die unbewußten Wünsche, Affekte und Konflikte sowie für das Selbsterleben des Patienten. Die hauptsächlichen Kennzeichen der psychoanalytischen Situation sind Übertragung und Gegenübertragung, freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit, Abstinenz, Frequenz und Regelmäßigkeit der Sitzungen sowie das Liegen des Patienten (Couch-Analyse).

Das psychoanalytische Verfahren ist eine Methode der Interpretation. Deren technisches Kernstück ist die Deutung, durch welche sich tiefenpsychologische von anderen therapeutischen Verfahren unterscheiden (Berns 2000, 131). Unter dem Einfluß von Selbstpsychologie und Objektbeziehungstheorie wird neben der Einsicht auch der korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben. Die psychoanalytischen Behandlungsregeln beziehen sich somit auf den Umgang mit den Abkömmlingen des persönlichen Unbewußten und ihrer Aktualisierung in der therapeutischen Beziehung.

Die nunmehr hundertjährige Geschichte der Psychoanalyse hat eine Vielfalt an theoretischen und behandlungstechnischen Konzepten hervorgebracht. Deren Differenzen untereinander sind mittlerweile oft größer als die Gemeinsamkeiten. Insbesondere in der Deutungstechnik weichen die einzelnen psychoanalytischen Schulrichtungen heute wesentlich voneinander ab. In der folgenden knappen Darstellung kann dieser den Anfänger eher verwirrende Reichtum nur angedeutet werden.

Das Verhalten des Therapeuten in bestimmten therapeutischen Situationen hat weniger damit zu tun, ob er sich an behandelungstechnische Regeln hält, als daß er fähig ist, eine analytische Haltung einzunehmen. Die im folgenden mitgeteilten Handlungsanweisungen sollen ihn im Bemühen unterstützen, diese Haltung in konkreten therapeutischen Situationen umzusetzen.

2.2 Freie Assoziation

Zu Beginn der therapeutischen Arbeit teilt der Therapeut dem Patienten die Grundregel mit:

«Sie dürfen hier alles sagen, was Ihnen einfällt: Ihre Gedanken, Phantasien und Gefühle, Ihre Träume oder Bilder, die sich Ihnen einstellen. Sie dürfen aber auch etwas für sich behalten, wenn Sie es nicht sagen wollen.»

Diese Modifikation der Freud'schen Grundregel (Freud 1913, 468) trägt einerseits den wissenschaftstheoretischen Erwägungen Rechnung, welche die Erkenntnismöglichkeiten der freien Assoziation hinter ihre klinische Relevanz zurücktreten lassen (Hölzer 2000, 205); andererseits wird von verschiedenen Autoren daraufhin gewiesen, daß die in der Freud'schen Formulierung unerfüllbare Anforderung den Widerstand verstärke und die Entstehung eines tragfähigeren Arbeitsbündnisses erschwere (Fischer 2000, 715).

Der Therapeut kann den Patienten auch dazu auffordern, auf eine Wertung seiner Einfälle möglichst zu verzichten.

«Das eine oder andere von dem, was Ihnen einfällt, mag Ihnen unsinnig erscheinen, so wie Ihnen wohl auch die meisten Träume unsinnig vorkommen. Versuchen Sie es dennoch auszusprechen. Es ist ja unsere Aufgabe zu verstehen, was uns beiden jetzt noch unverständlich ist.»

Hat der Therapeut den Eindruck, daß der Patient etwas verschweigt, kann er ihn darauf hin ansprechen: «Geht Ihnen jetzt gerade etwas durch den Kopf?»

Bejaht der Patient, gibt er jedoch zu verstehen, daß er jetzt nicht darüber sprechen möchte, kann der Therapeut sagen: «Da ist etwas. Aber Sie möchten jetzt nicht darüber sprechen. Das ist gut so. Behalten Sie es für sich. Wenn wieder einmal etwas ist, was Sie für sich behalten möchten, so sagen Sie es einfach.»

Die Therapeutin kann die Grundregel am Ende des Erstgesprächs oder zu Beginn der Therapie mitteilen. Manchmal muß die Grundregel im Verlaufe der Therapie wiederholt werden.

Der Patient schweigt zu Beginn der Stunde. Dann sagt er: «Ich weiß nicht, worüber ich heute sprechen soll.» – Die Therapeutin: «Vielleicht versuchen Sie einfach zu sagen, was Ihnen durch den Kopf geht.»

Um sich zu Beginn jeder Stunde in die therapeutische Situation einstimmen zu können, brauchen die Patienten Zeit, die einen mehr, die anderen weniger. Die Einstellung auf die therapeutische Situation hängt auch davon ab, was der Sitzung unmittelbar vorausgegangen ist. Der Therapeut achtet darauf, daß die Patienten sich diese Zeit nehmen. Beginnt ein Patient jedesmal gleich zu reden, kaum hat er sich hingelegt oder hingesezt, fragt sich der Therapeut, was der Patient durch sein Reden abwehrt. Hat ein Patient über längere Zeit hinweg in jeder Stunde Mühe, anzufangen, sollte dies angesprochen werden.

2.3 Zuhören und Verstehen (gleichschwebende Aufmerksamkeit)

Der Therapeut hört dem Patienten zu. Dies ist seine wichtigste und wohl schwierigste Aufgabe.

Therapeutisches (professionelles) Zuhören heißt, «gleichschwebend» auf alles zu achten, was der Patient verbal, paraverbal (Tonfall) und nonverbal (Gestik, Mimik, Inszenierung) mitteilt (Übertragung), und gleichzeitig auf alle eigenen Einfälle, Phantasien, Erinnerungen und Affekte zu achten (Gegenübertragung).

Diese technische Regel ist das Gegenstück zu jener der freien Assoziation. Sie schließt die Gegenübertragung ausdrücklich mit ein und bezieht sich auf alles, was im Hier und Jetzt der therapeutischen Interaktion geschieht.

Für die Befolgung dieser Regel gilt ein ähnlicher Vorbehalt wie bei der freien Assoziation. Der Zustand der gleichschwebenden Aufmerksamkeit dürfte sich kaum über längere Zeit aufrechterhalten lassen. Er stellt eine hohe Ich-Leistung dar, die sich, ähnlich wie in der Meditation, jeweils nur für kurze Momente erreichen läßt. Der Therapeut verzichtet beim Zuhören auf die Befriedigung seiner Wünsche, nicht zuletzt auf jenen, etwas zu verstehen (zweite Abstinenz).

In einem fortlaufenden Prozeß bildet der Therapeut einerseits aufgrund der Mitteilungen und des Verhaltens des Patienten Hypothesen. Diese Hypothesen unterwirft er der Verifizierung, der Falsifizierung und allenfalls auch der Überprüfung mittels Supervision oder Intervision.

Was der Therapeut glaubt verstanden zu haben, kann Gegenstand von Interventionen werden (siehe Kapitel 2.4).

Der Prozeß des Verstehens ist auch Teil des therapeutischen Prozesses. Der Therapeut achtet darauf, daß sich der Patient an diesem Prozeß aktiv, im Sinne des Arbeitsbündnisses, beteiligt.

Ein Patient mit soziophobischen Symptomen beklagt sich darüber, daß seine Ängste ihm selber unverständlich seien. «Oder können Sie mir sagen», fragt er den Therapeuten, «was das soll?» Sein Widerstand veranlaßt ihn, die Einsicht in sein Verhalten an den Therapeuten zu delegieren, in der unbewußten Erwartung, wenn der Therapeut verstehe, dann dürfe er seine Ängste behalten. Der Therapeut antwortet: «Im Augenblick verstehen wir noch nicht, was Ihre Ängste bedeuten. Wir müssen sie zuerst noch besser kennenlernen, um sie verstehen zu können.»

Auch die Patienten haben das Bedürfnis zu verstehen, und auch sie deuten und konstruieren ihre Welt fortlaufend gemäß unbewußten Deutungsmustern oder Konstruktionsplänen. Gewinnt der Therapeut den Eindruck, daß diese Interpretationsversuche im Dienste des Widerstandes stehen, ermutigt er die Patienten, die Befriedi-

gung des Bedürfnisses nach Sinngebung aufzuschieben (Beispiel siehe unter Konstruktionen – Rekonstruktionen).

Der Therapeut versucht nicht *mehr* zu verstehen, als auch dem Patienten verständlich ist. Stellt er bei sich das Bedürfnis nach einem Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten fest, sollte er dieses Bedürfnis als Äußerung eines Widerstandes analysieren.

Eine Patientin antwortet auf eine ausführliche Deutung des Therapeuten: «Sie sagen mir immer nur, was ich selber schon glaube verstanden zu haben.»

Phantasien des Patienten, der Therapeut verstehe mehr als er, oder er sei fähig, alles, was der Patient ihm mitteile, laufend zu verstehen, soll der Therapeut als Äußerung eines Widerstandes behandeln (siehe unter Analyse von Widerständen).

2.4 Interventionen

Der Therapeut macht, je nach Situation, Persönlichkeit des Patienten und Schweregrad der Störung, von den verschiedenen ihm zur Verfügung stehenden Interventionsformen Gebrauch.

Ihrer Intensität nach lassen sich diese in die nachstehende Reihenfolge bringen:

- (emphatisches) Wiederholen,
- (Nach-)Fragen,
- Exponieren (von Wörtern, Wendungen, Sätzen, Themen),
- Zusammenfassen,
- Beschreiben der Sukzession von Themen (in einer Stunde oder über mehrere Stunden hinweg),
- empathisches Verstehen der emotionalen Erfahrungen aus der Sicht des Patienten,
- Aussprechen von inneren Bildern oder Phantasien aus der Sicht des Therapeuten,

- Deuten im engeren Sinne,
- Konstruktionen und Rekonstruktionen.

Nach dem analytischen Grundsatz, daß möglichst alles verständlich werden soll, kann alles, was sich in einer Therapie ereignet, Gegenstand von Interventionen sein. Der Therapeut soll dem Patienten keine Ausnahmen gestatten (z. B. Briefe zwischen den therapeutischen Sitzungen, Geschenke, «die nichts mit der Therapie zu tun haben» usw.)

Die Art der Interventionen richtet sich nach dem Patienten und nach der therapeutischen Situation.

Ein Patient empfindet es als hilfreich, wenn er am Ende der Stunde den roten Faden sieht, der sich durch seine Einfälle zieht. Die Therapeutin fordert ihn auf zu sagen, was er selber an durchgängigen Themen oder Motiven sieht. Erst dann ergänzt sie allenfalls, was ihr aufgefallen ist.

Bsp. für das Aussprechen von inneren Bildern: «Sie haben mir ausführlich von Ihrer Mutter erzählt. Nun sehe ich zwei Figuren vor mir: Das eine ist eine sehr mächtige Mutter, von der Sie sich manchmal sogar bedroht fühlen; das andere ist eine kranke, schwache und hilfsbedürftige Mutter.»

2.5 Deuten im engeren Sinne

2.5.1 Was kann der Therapeut deuten?

Der Therapeut kann grundsätzlich alles deuten, was sich in der Therapie ereignet, also nicht nur die verbalen Mitteilungen, sondern das gesamte Verhalten des Patienten in der Therapie.

Wohl nirgendwo treten die Unterschiede in den verschiedenen analytischen Schulrichtungen so deutlich hervor wie bei der Deutungstechnik. Zeitgenössische Freudianer deuten aus einer Trieb-

bzw. Wunsch-, Abwehr-Perspektive, wobei sie annehmen, daß die pathologischen Prozesse weitgehend im Patienten entstanden sind. Zeitgenössische Kleinianer deuten alle Mitteilungen als Abkömmlinge innerseelischer, trieb- oder phantasiegespeister und geronnener Objektbeziehungen. Selbstpsychologen gehen von einem unbefriedigten Bedürfnis nach Selbstobjektfunktionen aus und deuten daher vorrangig den Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozeß der Selbst- bzw. Selbstobjektbeziehungen. Die Gruppe um Weiß und Sampson fokussiert ihre Deutungstätigkeit auf das unbewußte Bedürfnis des Patienten nach Widerlegung seiner pathogenen Überzeugungen (Berns 2000, 133 f.)

Alle diese Unterschiede in der Technik und in den dieser zugrunde liegenden theoretischen Annahmen sollen nicht darüber hinweg täuschen, daß das Deuten eine Kunst darstellt.

Ein Kernstück analytischer Arbeit bilden die Übertragungs- und die Widerstandsdeutungen. Einen Spezialfall stellen die genetischen Deutungen oder Rekonstruktionen bzw. Konstruktionen dar.

2.5.2 Wie soll der Therapeut deuten?

Der Therapeut formuliert Deutungen als Vermutungen. Häufige sprachliche Formulierungen sind:

«Könnte es sein, daß ...?» – «Ich könnte mir vorstellen, daß ...»

Der Therapeut bereitet umfassende Deutungen (u. U. schriftlich) vor.

Zur Förderung der Autonomie des Patienten und seiner Fähigkeit zur Selbstanalyse fordert der Therapeut den Patienten auch auf, selber zu deuten. Er kann ihm dabei mit Fragen oder mit der Wiederholung ihm bedeutsam erscheinenden Materials behilflich sein.

Nach jeder Deutung läßt der Therapeut dem Patienten Raum

für seine Reaktionen. Häufige Reaktionen auf die Mitteilung von Deutungen sind:

- Schweigen,
- eher zögernde oder eher lebhaftige Zustimmung,
- teilweise oder gänzliche Ablehnung («Ich habe nicht das Gefühl, daß ...»)
- Ratlosigkeit («Ich weiß nicht, was ich dazu sagen soll.»)
- weiterführende Assoziationen («Als Sie gesagt haben ..., ist mir eingefallen, daß ...»)
- nicht eingehen auf die Mitteilung des Therapeuten («Mir ist noch etwas anderes eingefallen.»)
- (unbewußte) Entwertungen («Ich finde, so einfach ist es nicht.») Auch Komplimente können versteckte Entwertungen sein («Es ist spannend, was Sie da sagen.»)

Der Therapeut kann sich auch vergewissern, wie der Patient seine Deutung aufgenommen hat.

Bei einer Klientin, die Mühe hat, sich ihrer Mutter gegenüber zu behaupten, stellt der Therapeut deutend einen Zusammenhang her zwischen zwei Äußerungen: «Bei der Begrüßung haben Sie mich gefragt, ob ich erkältet sei. Nun sind wir auf Ihre Phantasie gestoßen, ich könnte erkranken und Sie würden mich pflegen. Könnte es sein, daß Sie auch deshalb Mühe haben, sich Ihrer Mutter gegenüber abzugrenzen, weil Sie bei sich das Bedürfnis verspüren, Ihre Mutter zu umsorgen und zu pflegen? – Was meinen Sie?» – Die Patientin bejaht und erinnert sich daran, daß sie auch gegenüber ihrem Partner ähnliche Bedürfnisse verspürt, die sie, weil sie nicht mit ihrem Bild von Weiblichkeit übereinstimmen, jedoch eher verurteilt.

Der Therapeut akzeptiert jegliche, insbesondere auch eine ablehnende, Reaktion des Patienten auf seine Deutung. Keinesfalls versucht er den Patienten von der Richtigkeit seiner Deutung zu über-

zeugen oder seine Deutung zu rechtfertigen. Fragt der Patient: «Wie sind Sie darauf gekommen zu sagen, ...?» – antwortet der Therapeut: «Ich weiß es nicht» (nur insofern er es wirklich nicht weiß!), oder: «Sie haben mir gesagt ..., und da ist mir der Gedanke gekommen ...» Die Antwort soll sich möglichst auf die primär-prozeßhafte Ebene beziehen; Begründungen sollen möglichst vermieden werden. Widerspricht der Patient einer Deutung sehr heftig, kann der Therapeut sagen: «In diesem Falle habe ich mich getäuscht.»

2.5.3 Wann soll der Therapeut deuten?

Der Therapeut achtet darauf, ob die Zeit reif ist für eine Deutung.

Die verschiedenen analytischen Schulrichtungen stimmen darin überein, daß der Zeitpunkt einer Deutung ihre Wirksamkeit wesentlich beeinflusst. Deutungen zum falschen Zeitpunkt (vor allem zu frühe Deutungen) sind im besten Fall wirkungslos. Sie können sich aber auch negativ auf den therapeutischen Prozeß auswirken.

Leider gibt es nur wenige objektive Kriterien für den richtigen Zeitpunkt einer Deutung:

- Häufung unbewußter Mitteilungen,
- Gruppierung unbewußter Mitteilungen um ein bestimmtes Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen,
- intensive Gefühlslage,
- deutliche Symptomatik,
- starker Widerstand,
- starkes Agieren,
- deutlich aktivierte Übertragungs-Gegenübertragungsszene (Berns 2000, 133).

Ein Kriterium seitens des Therapeuten ist die Klarheit, mit der er eine Deutung formulieren kann.

Grundsätzlich deutet der Therapeut etwas erst dann, wenn es wiederholt in Erscheinung getreten ist.

Der Therapeut bringt weder zu Beginn noch am Ende der Stunde Deutungen an. In der letzten Stunde vor einem längeren Unterbruch soll er nur sehr zurückhaltend deuten. Nach besonders deutungsintensiven Sitzungen soll er in der nachfolgenden Sitzung nur sehr zurückhaltend deuten.

2.5.4 Wie oft soll der Therapeut deuten?

Der Therapeut richtet sich in der Häufigkeit und Intensität der Deutungen nach dem Bedürfnis des Patienten, Einsicht zu gewinnen, und seiner Fähigkeit, Einsicht zu ertragen.

2.5.5 Wie können Deutungen überprüft werden?

Der Therapeut achtet darauf, wie der Patient auf eine Deutung reagiert. Objektive Kriterien für die Richtigkeit einer Deutung gibt es nicht, sondern es gilt das Prinzip des «self-righting» des Patienten (Lichtenberg 1996). Die Richtigkeit oder Angemessenheit einer Deutung ist eine Funktion ihrer Wirksamkeit. Wirksam kann eine Deutung erst dann sein, wenn sie vom Patienten akzeptiert wird.

Der Therapeut kann die Wirksamkeit seiner Deutungen (aber auch von sämtlichen therapeutischen Interventionen) längerfristig daran messen, ob sie einen Wachstumsprozeß auslösen oder in Gang setzen, ob sie die Symptomatik des Patienten verbessern oder ob sie die Intensität des Übertragungsgeschehens mildern.

Hinweise auf die unmittelbare Wirksamkeit von Deutungen ergeben sich aus der Befindlichkeit des Patienten. Der Therapeut achtet deshalb darauf, ob sich der Patient durch eine Deutung verstanden, akzeptiert, aufgehoben, erleichtert, entspannt fühlt, ob er das Gefühl hat, sich nun besser zu verstehen. Am Lachen kann sich die Wirkung einer Deutung ebenfalls verraten.

2.6 *Rekonstruieren und Konstruieren*

Der Therapeut rekonstruiert gemeinsam mit dem Patienten lebensgeschichtlich bedeutsame Erfahrungen, so daß sich daraus eine neue, Vergangenheit und Gegenwart, intrapsychische und zwischenmenschliche Vorgänge integrierende Sichtweise ergibt.

In einem weiteren Sinne unterstützt der Therapeut den Patienten in seinem Bemühen, einen lebensgeschichtlichen Sinn- und Bedeutungszusammenhang zu konstruieren.

Der Begriff Rekonstruktion wird heute weitgehend synonym mit jenem der Deutung gebraucht. Unter Rekonstruktion versteht man den Versuch, eine zusammenhängende hypothetische Darstellung eines Stückes nicht erinnerbarer Vergangenheit zusammenzutragen oder herzustellen (genetische Deutung). Die Begründung liegt in der Traumatheorie. Die spätere Entdeckung der großen Bedeutung unbewußter Phantasien bei der Entstehung von Neurosen sowie die Einsicht in den Prozeß der Nachträglichkeit in der Neurosenentstehung haben die Technik der Rekonstruktion in den Hintergrund treten lassen. Maßgeblich für die Richtigkeit von Rekonstruktionen ist, ähnlich wie für die Deutungen, nicht die «historische Wahrheit», sondern die Überzeugung des Patienten, die, wie schon Freud bemerkte, dasselbe leistet wie eine wiedergefundene Erinnerung. Daher werden die Begriffe Rekonstruktion und Konstruktion seit Freud unterschiedslos nebeneinander gebraucht (Hinz 2000, 390). Rekonstruktionen dienen somit weniger dem Wiedererinnern oder Ergänzen eines Stückes vergessener Lebensgeschichte als dem Versuch, einen Sinn zu schaffen oder eine Bedeutung zu geben, welche unabdingbar ist für die Kohärenz des Selbst.

Auch die Patienten konstruieren rekonstruierend laufend ihre Lebensgeschichte. Seitdem sexueller Mißbrauch ins Zentrum öffentlichen Interesses gerückt ist, kommen auch häufiger Patienten mit der Frage in die Therapie, ob sie in ihrer Kindheit sexuell miß-

braucht worden seien. Ohne die Möglichkeit eines tatsächlich geschehenen Mißbrauchs auszuschließen, trägt der Therapeut dennoch der Tatsache Rechnung, daß Erinnerungsspuren nachträglich aufgeladen werden und erst dadurch traumatogen wirken können.

Eine Patientin leidet darunter, daß ihre Erinnerung an die Kindheit zahlreiche Lücken aufweist. Sie fragt sich, ob sich in einer dieser Lücken nicht ein sexueller Mißbrauch verberge, welcher für sie eine plausible Erklärung wäre für sexuelle Schwierigkeiten, unter denen sie als erwachsene Frau leidet. Über entsprechende bewußte Erinnerungen verfügt sie nicht. Als mißbrauchende Person käme für sie am ehesten eine Tante in Frage, die sie als pervers empfindet und von der sie annimmt, daß sie als Kleinkind von ihr des öftern gepflegt worden ist. In ihrer Phantasie sieht sie sich als Baby nackt auf dem Wickeltisch liegend, wie die Tante sie an ihrem Genitale berührt. Diese Vorstellung erweckt in ihr hauptsächlich das Gefühl der Schutzlosigkeit und des Ausgeliefertseins. Der Therapeut hält für sich fest, daß die Phantasie der Patientin sich weitgehend mit der Realität der Kleinkinderpflege deckt, und er hält die Frage offen, ob es in dieser Szene tatsächlich zu einem sexuellen Mißbrauch gekommen ist. In der Folge kehrt die Patientin wiederholt zu ihrer Phantasie zurück, und sie erhofft sich von der Therapie eine Auflösung des Rätsels. Als diese nicht eintritt, ist sie enttäuscht und zweifelt am Erfolg der Therapie.

Beide sind sich bewußt, daß die Lebensgeschichte immer wieder neu verstanden werden muß.

«Ausgehend vom Traum, den Sie heute erzählt haben, sind Sie auf Erinnerungen aus Ihrem vierten Lebensjahr gestoßen. Damals hat Ihr Vater Sie während eines Spitalaufenthaltes Ihrer Mutter in ein Kinderheim gegeben, wo Sie sich vollkommen einsam und verlassen gefühlt haben. Sie fragen sich, ob ähnliche Gefühle, die Sie heute manchmal spüren, in der Beziehung zu Ihrer Frau, an Ihrem Arbeitsplatz oder manchmal auch in der Therapie, ob diese Gefühle nicht in dem damaligen für Sie sehr schmerzhaften Erlebnis ihre Ursache ha-

ben könnten. Allerdings bemerkten Sie auch, daß Ihre Eltern, wie Sie später erfuhren, unter der Trennung ebenfalls sehr gelitten haben. Könnten Sie sich daher vorstellen, daß solche Gefühle der Einsamkeit und Verlassenheit nicht ausschließlich dem Kinde vorbehalten sind und daß Sie vielleicht auch als Erwachsener damit umgehen können, ohne daß Sie sich dadurch wie ein Kind fühlen müssen?»

2.7 Handhabung der Übertragung

Der Begriff der Übertragung steht im Zentrum der psychoanalytischen Theorie und Behandlungstechnik. Es erstaunt daher nicht, daß unter den verschiedenen psychoanalytischen Schulen heute keine Einigkeit mehr darüber besteht, was unter Übertragung zu verstehen ist. Wenn der Therapeut Übertragung als intrapsychisches Geschehen auffaßt, wird er dazu neigen, Übertragungen deutend zur Rekonstruktion konflikthafter Erfahrungen des Patienten zu verwenden. Wer hingegen Übertragungen als interpsychische Äußerungen versteht, wird den Patienten dazu auffordern, mit ihm gemeinsam zu erforschen, was jetzt in der therapeutischen Beziehung gerade geschieht (Herold und Weiß 2000, 758 ff.).

2.7.1 Der Therapeut soll Übertragungsangebote des Patienten erkennen

Der Therapeut fragt sich während der Behandlung:

1. Was bin ich (jetzt gerade) für den Patienten?
Bsp.: Jetzt gerade bin ich für den Patienten eine unnahbare Figur.
2. Was macht der Patient (jetzt gerade) mit mir?
Bsp.: Der Patient macht jetzt gerade, daß ich mich (über seine langatmigen Ausführungen) langweile.

2.7.2 Erkennen von Übertragungsangeboten seitens des Patienten

Der Therapeut veranlaßt den Patienten, die Übertragungsangebote in seinen Mitteilungen zu erkennen. Die folgenden Fragen können ihm dabei behilflich sein:

1. «Was könnte das, was Sie mir erzählen, mit uns zu tun haben?»

Die Patientin erzählt von einem Klassentreffen. Ein ehemaliger Lehrer war ebenfalls anwesend. Die Patientin freute sich auf das Wiedersehen. Sie war jedoch enttäuscht, daß dieser Lehrer nur wenig Zeit für sie hatte. Der Therapeut fragt an dieser Stelle: «Was könnte diese Erfahrung mit uns zu tun haben?» – Die Patientin sieht zuerst keinen Zusammenhang. Der Therapeut: «Sie haben erzählt, daß dieser Lehrer so wenig Zeit für Sie hatte. Könnte es sein, daß Sie manchmal das Gefühl haben, auch ich hätte wenig Zeit für Sie?»

2. «Mit dem, was Sie mir erzählen, möchten Sie mir vielleicht etwas mitteilen. Was denken Sie?»

Ein Patient äußert zum wiederholten Mal zu Beginn der Stunde, es falle ihm schwer anzufangen. Seit der letzten Stunde sei eine Woche vergangen. In der Zwischenzeit habe er viel erlebt. Wie solle er alle diese Eindrücke wieder auffrischen? – Die Therapeutin sagt: «Es ist schwierig für Sie, nach einer Woche Unterbruch wieder anzufangen. Vielleicht möchten Sie mir damit auch mitteilen, daß Sie öfters kommen möchten als einmal wöchentlich. Was denken Sie?»

2.7.3 Übertragungsdeutungen

1. Der Therapeut deutet Übertragungen grundsätzlich wie alle anderen Mitteilungen des Patienten.
2. Übertragungsdeutungen setzen eine gute therapeutische Beziehung voraus. Als Mittel zur Verbesserung oder Intensivierung

der therapeutischen Beziehung sind sie kontraindiziert (Strupp 1994 469 f.).

3. Positive Übertragungen deutet der Therapeut in der Regel nicht, denn sie sind das Vehikel der Therapie.
4. Negative (aversive, feindselige, aggressive) Übertragungen (siehe auch: Übertragungswiderstände) deutet der Therapeut nur insofern, als sie den Gang der Therapie beeinträchtigen.
5. Bei der Formulierung jeder Übertragungsdeutung achtet der Therapeut darauf, daß er den Patienten in seiner Offenheit bestätigt und ermutigt. Er vermeidet es, im Patienten den Eindruck entstehen zu lassen, er tue etwas Falsches oder Unerlaubtes (wie es sich aus der klassischen Auffassung von Übertragung als Verzerrung oder als Irrtum leicht ergeben kann).

Die Patientin ist wütend auf den Therapeuten. Seine Zurückhaltung erinnere sie an ihren Vater. Der habe auch nie etwas Persönliches preisgegeben. Wie bei ihm so befinde sie sich auch dem Therapeuten gegenüber wie vor einem unüberwindlichen Wall. Der Therapeut: «Sie erleben hier etwas, was Sie auch mit Ihrem Vater erlebt haben. Dies gibt uns Gelegenheit zu verstehen, was Sie damals erlebt haben.»

2.7.4 Handhabung von Übertragungswiderständen

Übertragungswiderstände äußern sich in vielfältiger Weise. Die bekanntesten Formen sind: Der Patient versucht seine Übertragungsgefühle in der Therapie zu befriedigen, er macht keine Übertragungsangebote, er klammert sich an bestimmte Übertragungsgefühle oder seine Übertragungsreaktionen sind unspezifisch (Greenson 1967, 259 ff.).

1. Häufig sind es erotische Übertragungsgefühle, welche die Patienten in der Therapie zu befriedigen suchen. Der Therapeut kann diese Gefühle als Zeichen der Lebens- und Liebesfähigkeit des Patienten hervorheben.

«Sie spüren, wie gut Sie mich mögen. Manchmal phantasieren Sie, wir könnten eine Beziehung haben. Und manchmal verspüren Sie den Wunsch, mit mir zusammen ein Kind zu haben. Dies alles zeigt mir, daß Sie fähig sind, einen Menschen zu lieben und auch das Leben als solches zu lieben.»

2. Indirekter Ausdruck einer erotischen Übertragung kann sein, dass sich der Patient in seiner Phantasie sehr intensiv mit der Person des Therapeuten beschäftigt. In solchen Situationen kann es hilfreich sein, wenn der Therapeut den Patienten dazu auffordert, alle seine Phantasien über ihn zu äußern.
3. Der Therapeut ermutigt den Patienten, seine Bedürfnisse, die sich in der Übertragung äußern, zu erforschen. Da erotische Übertragungen in der Therapie häufig eine inzestuöse Färbung haben, achtet der Therapeut darauf, daß der Patient seine Gefühle nicht als etwas Verbotenes erfährt bzw. daß er die Deutung des «Verbotenen» (Inzesttabu) nicht als Kritik empfindet.

Eine Patientin verliebt sich immer wieder in unerreichbare Männer. Als ihre erotischen Übertragungsgefühle auf den Therapeuten sehr intensiv werden, gibt ihr der Therapeut eine Deutung: «Mir fällt auf, daß Sie sich immer wieder zu Männern hingezogen fühlen, mit denen Sie, aus unterschiedlichen Gründen, keine Beziehung haben können. Sie erleben das als Ihr, wie Sie manchmal sagen, «persönliches Lebensunglück». Ich könnte mir aber vorstellen, daß es gerade die Unerreichbarkeit ist, welche diese Männer für Sie so anziehend macht. Was meinen Sie?» – Etwas später findet die Patientin für ihre «unmöglichen» Beziehungen den Ausdruck «verbotene Beziehungen». Dem Therapeuten fallen dazu Träume der Patientin ein, in denen sie mit dem Vater «etwas unternimmt» oder mit dem Vater im Bett liegt, «aber ohne etwas mit ihm zu haben». Er fordert die Patientin auf, zu «verbotene Beziehungen» zu assoziieren. Die Patientin: «Betreten der Baustelle verboten.» Der Therapeut: «Könnte das heißen, daß wir jetzt vor einer Baustelle stehen?» Die Patientin ist ratlos. Der

Therapeut: «Eine Baustelle ist ein Ort, an dem etwas im Entstehen begriffen ist. Betreten darf man die Baustelle nicht, damit die Arbeiter nicht gestört werden, und auch deshalb, weil es gefährlich sein könnte.» Die Patientin: «Ja, da ist mir noch vieles unklar, und ich habe auch ein etwas mulmiges Gefühl.»

2.8 Handhabung der Gegenübertragung

Wir definieren Gegenübertragung als die Gesamtheit aller Einstellungen des Therapeuten gegenüber dem Patienten. Sie beinhalten bewußte und unbewußte, reaktive und genuine Elemente (Ermann 2000a, 226 ff.).

1. Der Therapeut behandelt die Gegenübertragung als wichtiges Arbeitsinstrument in der Therapie. Er geht davon aus, daß sie mit der Übertragung des Patienten zusammen eine sinnvolle Einheit bildet. Deshalb achtet er besonders aufmerksam auf das Zusammenspiel seiner Gegenübertragung mit der Übertragung des Patienten.
2. Der Therapeut fragt sich, inwiefern seine Gegenübertragung eine Inszenierung des Patienten darstellt und inwiefern er daraus Rückschlüsse auf die Übertragung ziehen kann.

Eine Patientin erwähnt zu Beginn ihrer Traumerzählungen häufig, sie habe den Traum morgens beim Erwachen schon ihrem Partner erzählt. Der Therapeut empfindet dieses Verhalten als störend. Für sich deutet er es als Nebenübertragung. Es wäre ihm lieber, die Patientin würde ihm zuerst den Traum erzählen. Er verspürt bei sich Eifersucht auf den Partner der Patientin, der bei den Traumerzählungen zuerst kommt. Dabei wird ihm eine mögliche unbewußte Motivation der Patientin verständlich. Bei der nächsten Gelegenheit spricht er die Patientin auf ihre beiläufige Bemerkung an. «Es fällt mir auf, daß Sie eingangs bemerkt haben, Sie hätten den Traum schon Ihrem Partner erzählt. Ich frage mich, was Sie mir damit mitteilen könnten.» Die Patientin weiß damit zuerst nichts anzufangen. Sie erzählt zögernd,

daß der Partner sie meist an ihren Therapeuten verweise, was sie jeweils störe. Wenn sie dann aus der Therapiestunde zurückkomme, frage er sie manchmal, was der Therapeut zu ihrem Traum gesagt habe. Davon möge sie ihm aber nichts sagen. Sie befürchte, er könnte sich lustig machen über den Therapeuten. Dann wird sie lebhafter. Oft habe sie den Eindruck, ihr Partner sei eifersüchtig auf den Therapeuten. Der Therapeut: «Ihr Partner ist eifersüchtig auf mich. Vielleicht haben Sie mir vorhin sagen wollen, ich brauche nicht eifersüchtig zu sein auf ihn. Sie erzählen ihm zwar Ihre Träume, bevor Sie sie mir erzählen. Aber er geht gar nicht darauf ein, und was wir hier über Ihre Träume gesprochen haben, das sagen Sie ihm nicht.» Die Patientin protestiert: «Nein, das stimmt nicht! Ich möchte sehr wohl, daß Sie eifersüchtig sind auf meinen Partner.»

3. Der Therapeut fragt sich, inwieweit sich in seiner Gegenübertragung das manifestiert, was der Patient noch nicht hat verarbeiten können (Container-Funktion, Money-Kyrle 1956, Bion 1962). Im oben genannten Beispiel ist der Therapeut der Container für die von der Patientin nicht verarbeiteten Eifersuchtsgefühle.
4. Aufgrund seiner Gegenübertragungserwartungen und den daraus geschlossenen Übertragungserwartungen versucht der Therapeut dem Patienten eine korrigierende emotionale Erfahrung zu ermöglichen (Alexander 1949). Im Anschluß an den oben genannten Therapieausschnitt erlebt die Patientin ihre eigene Eifersucht zunächst auf die Ehefrau des Therapeuten gerichtet, die sie stets als «billig gekleidete Blondine» phantasiert. Der Therapeut deutet diese Phantasie als Wunsch, wertvoll zu sein, gepaart mit der Befürchtung, wenig attraktiv zu erscheinen. Die Patientin fühlt sich durch diese Deutung in der Auseinandersetzung mit ihrer weiblichen Identität verstanden, und sie erlebt sich durch die empathische Reaktion des Therapeuten in ihren Gefühlen akzeptiert.
5. Der Therapeut fragt sich, wie zutreffend seine Gegenübertra-

gungswahrnehmungen sind und welchen Störfaktoren sie allenfalls ausgesetzt sein könnten.

Am Ende einer Sitzung überreicht der Patient dem Therapeuten ein Geschenk. Der Therapeut ist darüber zunächst irritiert. Er vermutet hinter der Geste einen unbewußten aggressiven Impuls. Dann vergewärtigt er sich seine ihm bewußte Schwierigkeit im Annehmen von Geschenken, die ihre Wurzeln in Schuldgefühlen hat. Nun wird für ihn einfühlsam, daß der Patient seiner Dankbarkeit für die Fortschritte, die er in der Therapie gemacht hat, hat Ausdruck verleihen wollen.

6. Der Therapeut ist sich bewußt, daß seine Gegenübertragung ebenso wie die Übertragung des Patienten Widerständen unterliegen kann.

Bei der Behandlung einer Patientin empfindet der Therapeut oft Desinteresse und Langeweile, und einige Male muß er gegen Anfälle von Müdigkeit ankämpfen. Er schenkt diesen Wahrnehmungen keine besondere Beachtung. Er erklärt sie sich damit, daß die Patientin für ihn weder physisch noch intellektuell attraktiv ist und daß sie ein für sein Empfinden sehr eintöniges Leben führt. Anlässlich eines wiederum fälligen Krankenkassenberichtes fragt der Therapeut die Patientin, wie sie sich zur Fortsetzung der Therapie stelle. Die Patientin zögert. Eigentlich sei ihr die Therapie wichtig. Die einmal wöchentlich stattfindenden Sitzungen vermittelten ihr einen Halt, ohne welchen sie ihr Leben möglicherweise nicht bewältigen könnte. Aber sie sei sich nicht sicher, ob der Therapeut das auch so sehe. Um offen zu sein habe sie manchmal das Gefühl, daß sie ihn langweile.

7. Nur in bestimmten Fällen kann der Therapeut seine Gegenübertragungsreaktion ausdrücken (Heigl 1988), speziell in der Behandlung von strukturellen Ich-Störungen zur Förderung der Selbstwahrnehmung.

Eine Patientin mit einem schweren chronifizierten Waschzwang beklagt sich darüber, daß sich niemand für sie interessiere und ihr zuhöre. Als Beispiel nennt sie ihren Bruder, der ebenfalls an einer schweren Zwangsneurose leidet und der am Telefon nur immer von sich reden wolle. Der Therapeut wirft ein, er könne sich vorstellen, daß andere Personen ihr gegenüber ähnlich empfänden wie sie ihrem Bruder gegenüber: sie wenden sich von ihr ab, um sich vor ihren ewigen Klagen zu schützen.

2.9 Widerstandsanalyse

Der Therapeut versteht Widerstände als Mittel zur Aufrechterhaltung des momentanen intrapsychischen und interpersonellen Gleichgewichts. Er ist sich bewußt, daß jede Intervention in das psychische Gleichgewicht eingreift und dadurch Unsicherheit, Zweifel und Angst hervorrufen sowie das bisherige Selbstverständnis und die bisherige Lebensbewältigung gefährden kann (Ermann 2000 b).

1. Bei neurotischen Patienten erfolgt die Deutung von Widerständen in drei Schritten: Erstens die Konfrontation mit der Tatsache, daß und wie Widerstand besteht, zweitens die Gründe für den Widerstand, drittens die Ursprünge und unbewußten Motive in ihrer konflikthafter Struktur (Greenson 1967, 116).
2. Der Therapeut deutet Widerstände nur dann, wenn er glaubt, deren Funktion verstanden zu haben. In jede Deutung eines Widerstandes bezieht er dieses Verständnis mit ein, und er anerkennt den Widerstand als eine Leistung. In seiner Haltung ist er nicht verfolgend oder anklagend, sondern neugierig und suchend, verständnisvoll und tolerant.

«Mir fällt auf, daß Sie bisher immer in der gleichen Weise auf der Couch gelegen haben. Könnte es sein, daß Ihnen die Vorstellung, Sie könnten Ihre Haltung ändern, ebenso Mühe bereitet wie die Vorstel-

lung, Sie könnten bestimmte Dinge in Ihrem Leben ändern, obwohl Sie eigentlich ganz gerne einmal etwas Neues versuchen möchten und es Ihnen nicht leicht fällt, darauf zu verzichten? Was denken Sie?»

3. Bei Patienten mit narzißtischen Störungen achtet der Therapeut besonders auf das Bedürfnis, Anpassung und Selbstkohärenz aufrechtzuerhalten und die bestehenden Beziehungen stabil zu halten (Sandler et al. 1973).

Der Therapeut macht die Patientin darauf aufmerksam, daß sie überwiegend über ihre Umgebung, kaum aber über sich selber spreche. Die Patientin erwidert, sie wüßte kaum, was sie über sich sagen sollte. Der Therapeut: «Ist es so, daß Sie den Eindruck haben, Sie hätten nichts über sich zu sagen?» – Die Patientin verneint. Es gäbe schon vieles zu sagen. Sie sei sich bewußt, daß sie ein schwieriger Mensch sei. Aber was würde ihr das helfen, wenn sie über ihre Schwierigkeiten reden würde?

4. Die Therapeutin achtet auch darauf, ob der Patient seine Widerstände aufrechterhält, um die Therapeutin zu schonen.

Die Patientin spürt unbewußt die Abneigung der Therapeutin, sich mit dem Thema des ödipalen Rivalisierens auseinanderzusetzen. Um sie zu schonen, verharrt sie lange Zeit auf der Ebene oraler Wünsche.

5. Widerstände als Bewältigungsversuche enthalten auch Ressourcen, die der Therapeut für die therapeutische Arbeit versucht zu nutzen.

Die Patientin berichtet, ihre Freundin habe ihr befohlen, sie zu einem bestimmten Zeitpunkt anzurufen. Der Therapeut exponiert das Befehlen. Die Patientin geht nicht darauf ein, erzählt statt dessen weit-schweifig aus dem Leben der Freundin. Der Therapeut hat den Eindruck, sie wolle ihre dominante Freundin rechtfertigen. Er vermutet bei der Patientin einen Widerstand gegen die Bewußtmachung unbe-

wußter Abhängigkeitsbedürfnisse. Je länger er der Patientin in ihrer Erzählung zu folgen versucht, desto unfaßbarer wird sie für ihn. Er fragt sich, ob die Patientin sich auf diese Weise vor Dominanz und Abhängigkeit schützt.

6. Widerstände, die auf Entwicklungsdefiziten beruhen, sollen supportiv angegangen werden (Ermann, 2000 b, 800), wobei der Therapeut stellvertretend für den Patienten Ich-Funktionen übernehmen kann.

Ein 23jähriger, an den Spätfolgen von ADS leidender Patient ist äußerst schlagfertig. Auf alles, was der Therapeut vorbringt, weiß er etwas zu entgegnen. Es bereitet ihm sichtliches Vergnügen, wenn der therapeutische Dialog zu einer Art Ping-Pong-Spiel wird. Der Therapeut äußert immer wieder seine Bewunderung über die Schlagfertigkeit des jungen Patienten, und er verhehlt ihm nicht seine Überraschung über dessen witzige Einfälle. Allmählich ermuntert er den Patienten, seinen schnell arbeitenden Verstand statt zur Abwehr fremder Einfälle zur Hervorbringung eigener Einfälle arbeiten zu lassen. Der Patient, der bisher in der Abwehr so souverän war, wird zunächst unsicher. Doch der Therapeut vermittelt ihm seine Zuversicht, daß ihm schon etwas einfallen werde, und er lobt ihn auch ausführlich für die ersten zaghaften Einfälle, die er äußert.

2.10 Traumdeutung

Auf dem Gebiete der Traumdeutung begegnet der Therapeut einer zweifachen Schwierigkeit. Einerseits sieht er sich dem immer wieder und trotz aller bisherigen hermeneutischen und empirisch-experimentellen Aufklärungsversuche rätselhaften Phänomen des Träumens und des Traumes gegenüber. Andererseits steht ihm eine unüberschaubare Vielfalt an Traumtheorien und daraus abgeleiteten Techniken der Traumdeutung zur Verfügung, von denen jede für sich evident scheint und von denen die meisten, unbekümmert um die Existenz der anderen, für sich Allgemeingültigkeit beanspruchen (Leuschner 2000, 721 ff.).

Angesichts dieser Situation, aber auch aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt es sich, daß der Therapeut möglichst unbefangen, im Geiste des Anfängers und nachdem er all sein Wissen um Träume und seine Gewohnheiten der Traumdeutung abgelegt hat, aber in größtmöglicher Wachheit an jeden Traum herangeht, als wäre es der erste Traum, dem er begegnet. Damit versucht er im Patienten denselben Zustand von Unvoreingenommenheit und Wachheit zu erzeugen.

Der Therapeut versucht zunächst eine möglichst klare Vorstellung vom Trauminhalt zu gewinnen. Wenn er glaubt, etwas nicht verstanden zu haben, fragt er nach. Er veranlaßt dadurch den Patienten, sich ebenfalls darüber klar zu werden, was er geträumt hat.

«Sie kommen im Traum zu einem Haus. Können Sie dieses Haus genauer beschreiben?»

Sodann fragt der Therapeut nach Gefühlen im Traum und evtl. beim Erwachen aus dem Traum, falls der Patient nicht selber spontan berichtet. Kann sich der Patient an keine Gefühle erinnern, fragt der Therapeut nach Gefühlen beim Erzählen des Traumes.

Die nächste Frage gilt den Einfällen zum Traum und den Tagesresten. Der Therapeut achtet darauf, welche Einfälle der Erinnerung entstammen und welche dem Patienten während und nach der Traummitteilung kommen.

Schließlich fragt der Therapeut den Patienten, wie er selber den Traum versteht. Auch hier achtet er darauf, ob sich der Patient schon vor der Stunde Bedeutungen zurechtgelegt hat, evtl. im Gespräch mit anderen Bezugspersonen, oder ob ihm eine Bedeutung erst während der Stunde einfällt.

Der Therapeut kann die Traumdeutung unter eine Leitfrage stellen. Solche Leitfragen können lauten:

- Warum erzählt der Patient diesen Traum gerade jetzt (bzw. warum fällt er ihm gerade jetzt ein)?
- Warum erzählt der Patient diesen Traum mir, was will er mir damit unbewußt mitteilen?
- Was hat der Traum mit der gegenwärtigen Situation des Patienten zu tun?
- Was hat der Traum mit der Therapie zu tun, insbesondere mit der letzten Stunde oder den momentan im Vordergrund stehenden Themen?
- Was besagt der Traum über Abwehrmechanismen, Entwicklungsstufe, Selbstorganisation, Objektbeziehungen oder Ich-Integration?

Andere Leitfragen können sich aus der aktuellen Situation des Patienten oder dem gegenwärtigen Stand der Therapie ergeben.

Bevor die eigentliche Arbeit der Traumdeutung beginnt, vergewissert sich der Therapeut, ob der Patient bereit ist, näher auf den Traum einzugehen. Die Wahl der Traumdeutungstechnik im engeren Sinne ist dem Patienten anzupassen. Merkt der Therapeut, daß der Patient mit einer bestimmten Technik nicht zurechtkommt oder daß sich eine einmal gewählte Technik für eine bestimmte Episode eines Traumes nicht eignet, ändert er die Technik.

Der Patient begegnet im Traum einer Person, die er nicht mag. Es fällt ihm zu ihr nichts ein, und er verharrt emotional in seiner Aversion. Da fordert die Therapeutin ihn auf, diese Episode (nach gestalttherapeutischen Grundsätzen) in der Ich-Form zu erzählen. Da merkt der Patient, daß die unsympathische Person eine Seite von ihm repräsentiert, die er ablehnt.

Wenn der Therapeut den Eindruck hat, daß der Patient das am Traum verstanden habe, was ihm gegenwärtig möglich ist, beendet er die Traumdeutung, indem er ihn fragt, was er jetzt an diesem

Traum verstanden habe. Nach den Regeln der allgemeinen Deutungstechnik ergänzt er allenfalls das Selbstverständnis des Patienten durch eigene Deutungen. Dann schlägt er dem Patienten vor, die Beschäftigung mit dem Traum für heute abzuschließen, wobei er betont, daß der Traum damit noch nicht erschöpfend interpretiert sei. Er vergewissert sich, daß es dem Patienten recht ist, hier abzubrechen, und fragt ihn, wie er sich jetzt fühle.

Zusätze

1. Die Patienten können ihre Träume aufschreiben. Sie sollen sie jedoch in der Stunde *erzählen*. Dies läßt die Möglichkeit offen, daß ihnen während des Erzählens etwas in den Sinn kommt. Umgekehrt können sie auch etwas vergessen, was sich später als bedeutsam erweist.
2. Der Therapeut achtet auch auf Widerstände bei der Mitteilung von Träumen.

Patienten berichten sehr lange und komplizierte Träume; Träume fallen ihnen häufig erst gegen Ende der Stunde ein; sie vergessen ihre Träume; sie wissen nur noch, daß der Traum etwas mit der Therapeutin zu tun hat, aber an den Inhalt erinnern sie sich nicht mehr; sie betten die Traummitteilung in umständliche Erklärungen ein usw.

3. Berichtet der Patient über längere Zeit keine Träume, kann der Therapeut sich nach Träumen erkundigen. Dies ist besonders dann angebracht, wenn die Einfälle des Patienten überwiegend an der Bewußtseinsoberfläche bleiben.
4. Weiter zurückliegende Träume werden grundsätzlich wie aktuelle Träume behandelt, wobei Patient und Therapeut herauszufinden versuchen, warum der Patient den Traum gerade jetzt erinnert oder erzählt.
5. Träume von Drittpersonen, die der Patient erzählt, werden grundsätzlich wie eigene Träume behandelt, wobei es heraus-

zufinden gilt, was der erzählte Traum mit dem Patienten zu tun hat.

6. Der Therapeut achtet auch darauf, ob der Patient den Traum vorgängig bereits anderen Personen erzählt hat und bezieht diesen Umstand allenfalls in die Deutungsarbeit mit ein.

3 Die schicksalsanalytische Phase (Friedjung Jüttner)

Dieses Kapitel behandelt das Kernstück schicksalsanalytischer Therapie. Dabei wird zuerst der Wechsel in die schicksalsanalytische Phase diskutiert. Dann werden das Erkennen und Erlebenlassen der Ahnen und die manchmal dafür nötigen aktiven Techniken besprochen. Dazu gehört auch die Konfrontation mit den krankmachenden Ahnenansprüchen und ihren Sozialisierungsmöglichkeiten.

Die Ich-Analyse bzw. die Analyse des Freiheitsschicksals beschreibt die therapeutische Arbeit auf dem Hintergrund der Trieb-Ich- und Pontifex-Ich-Funktionen.

Den Abschluß bilden einige Hinweise zur Beendigung einer Schicksalsanalyse.

3.1 Einleitung

Bekannte Therapierichtungen, wie beispielsweise die Psychoanalyse, machten in den letzten Jahrzehnten einen erheblichen Wandel durch. Auch die Schicksalsanalytiker waren dem Wandel (der Zeit) unterworfen, haben ihn aber noch nicht aufgearbeitet.

Auch wenn sich die Praxis weiterentwickelt hat, so wurden die Konzepte dieser Entwicklung theoretisch nicht erfaßt. Wir müssen feststellen, daß die Theorie der Technik eigentlich bei Szondi stehen geblieben ist. Es gibt keine Veröffentlichung zur Praxeologie

der Schicksalsanalyse, die über Szondi hinausgeht. Vermutlich ist dieser Tatbestand auch Ursache für viel Unbehagen in unseren Kreisen, das aber noch nie so richtig bewußt und artikuliert wurde.

Während die vorausgehenden Kapitel die schicksalsanalytische Therapie und deren psychopathologische Voraussetzungen idealtypisch aus der Sicht der heutigen Praxis beschreiben, bezieht sich die Darstellung dieses Kapitels auf Szondis Hinweise zur Behandlungstechnik aus den Jahren 1956b und 1963a. Seither wurden die Fragen zur Technik nur im Sinne Szondis wiederholt, aber nicht hinterfragt oder verbessert. Wir haben bewußt diesen Stand wiedergegeben, um die Ausgangslage zu definieren. Wir hoffen aber, daß dieses Manual die Schicksalsanalytiker zu einer wissenschaftlichen Diskussion über ihre Behandlungstechniken anregt, daß es ihnen dadurch gelingt, Theorie und Praxis einander wieder anzunähern, und daß die Ergebnisse durch Publikationen der Fachwelt zugänglich gemacht werden.

Die schicksalsanalytische Terminologie verwendet einige Begriffe, die beim Leser ein gewisses Befremden auslösen können, wie Schicksal oder Ahnen. In Kollegenkreisen wird oft der Wunsch geäußert, diese Ausdrücke durch gängigere zu ersetzen. Wir tun das nicht, und zwar aus zwei Gründen. Zum einen: Es handelt sich um Begriffe, die in der Therapie nicht gebraucht werden. Zum anderen hat Szondi das mit seiner Terminologie verbundene Befremden durchaus reflektiert und als wesentlich zu seiner Theorie gehörig befunden (Szondi 1963a, 524; 1973b, 415).

Und noch ein letzter Hinweis. Die etwas apodiktisch anmutende stringente Einteilung in bestimmte Phasen hat mehr didaktische als therapeutische Bedeutung. Auch wenn es möglich und angebracht sein kann, diese klare Einteilung über längere Zeit einzuhalten, kann es nötig sein, in nur einer Stunde beide Techniken, des verschiedenen Widerstandes wegen, anzuwenden.

3.2 *Beginn der schicksalsanalytischen Phase*

Der Übergang von der psychoanalytischen zur schicksalsanalytischen Phase ist nicht als ein klar abzugrenzender Abschnitt aufzufassen. «Folgende zwei Erscheinungen pflegen den gewichtigen Anteil des familiären Unbewußten in der Entstehung von neurotischen und präpsychotischen Symptomen dem Analytiker zu avisieren» (Szondi 1956b, 76).

- a) Wenn Ahnenfiguren in den Träumen und Einfällen immer wieder aufgetaucht sind. Und
- b) wenn der Patient Ahnenansprüche agiert, d. h. in seinem Alltag oder auf der Couch Symptome produziert, die man als Ahnenansprüche verstehen kann.

Jemand wird plötzlich durch Haltlosigkeit oder Neologismen auffällig.

Der Analytiker sollte aber zunächst geduldig und stumm diese Ahnen beobachten und möglichst lange warten. «Erst wenn die Situation reif ist, kann er sie dem Patienten der Reihe nach vorführen, ihn mit diesen störenden Ahnenfiguren in seinem Wahlschicksal konfrontieren ... Je länger man warten kann, um so sicherer ist der Erfolg der Konfrontation ...» (Szondi 1963a, 175).

- c) Rein formal kann der Übergang in die schicksalsanalytische Phase auch durch Lochbildung indiziert sein. Von Lochbildung spricht man in der Schicksalsanalyse dann, wenn die vom Gesamtkonzept des Therapeuten her zu erwartenden Assoziationen nicht mehr kommen. Das äußert sich dann darin, daß die Therapie über längere Zeit in eine Art Sackgasse gerät, bei der die Assoziationen oberflächlich bleiben oder durch vermehrtes Schweigen ins Stocken geraten (Szondi 1956a, 149).

Die Lochbildung ist als ein Widerstand zu verstehen, der auch schon bei Triebansprüchen des persönlichen Unbewußten (psychoanalytische Phase) auftreten kann. In diesem Fall wird der Schicksalsanalytiker aktiv, ohne damit gleich in die schicksalsanalytische Phase hinüberzuwechseln. Was mit aktiv konkret gemeint ist, wird unter 3.4.4 erklärt.

Ist die Lochbildung vermutlich ahnenbedingt, d. h. mit dem familiären Unbewußten zu verbinden, also ein «Kernwiderstand» (Szondi 1963a, 235), wäre die Zeit gekommen, in die schicksalsanalytische Phase zu wechseln. Die für diese Entscheidung nötigen Hinweise erhält der Analytiker zum einen aus der Voruntersuchung und vor allem aber aus dem bisherigen Verlauf der Analyse, aus dem er abschätzen kann, ob die Themen des persönlichen Unbewußten, also die oralen, analen und ödipalen Triebwünsche genügend bearbeitet wurden.

3.3 Das Erkennen der Ahnenansprüche

Wann und wie sind Ahnenansprüche zu erkennen und was meint die Schicksalsanalyse mit Ahnen?

Was hier so punktuell besprochen wird, ist in Wirklichkeit ein Prozeß, der sowohl beim Therapeuten wie beim Patienten – wenn auch in verschiedener Weise – abläuft. Hier soll dieser Erkenntnisprozeß im Hinblick auf den Therapeuten dargestellt werden. Er beginnt in der Regel schon bei der Voruntersuchung.

3.3.1 Das Erkennen der Ahnen in der Voruntersuchung

Ohne gleich darauf einzugehen, erhält der Schicksalsanalytiker oft schon aus der Anamnese Hinweise auf mögliche Ahnen (Teil III, 1).

Vielleicht leidet jemand an Depressionen oder er mußte schon wegen Wahnideen interniert werden.

Genotypische und genotrope Auffälligkeiten im Stammbaum sind weitere Indizien auf familiär bedingte Gefahren und Chancen.

Krankheiten und Berufe, die beispielsweise gehäuft dem paroxysmalen Schicksalskreis zugeordnet werden können, weisen nicht nur auf einen hysterio-epileptiformen Ahnenanspruch, sondern zeigen auch gleich seine Sozialisierungsmöglichkeiten.

Außerdem bieten die «globalen Kriterien» des Szonditests (Teilungart, Triebklasse, Triebformel) zusammen mit den «Detailkriterien» (wie Quantumsspannungen, besondere Faktorenverbände, Ich-Bilder) (Szondi 1952, 240–255) Indizien für Ahnenansprüche, die in der Therapie bedeutsam werden könnten.

Die Triebklasse Schp- deutet auf die paranoide Form der Schizophrenie. Wenn im Test dann auch noch die paranoide Mitte (P 0 –! und Sch 0 –!) vorkommt, verstärkt dies den Verdacht eines paranoiden Ahnenanspruchs.

Diese Indizien und die damit mehr oder weniger bewußt gebildeten Hypothesen werden im Laufe der Therapie ständig verstärkt, modifiziert oder verworfen, da vermutlich in Träumen und Assoziationen – wenigstens sporadisch – immer wieder Material aus dem familiären Unbewußten auftaucht, das dem Schicksalsanalytiker auffällt.

3.3.2 Das Erkennen der Ahnen in den Träumen

Da die Ahnen zumeist unbewußt und häufig auch latent sind, betrachtet die Schicksalsanalyse die Träume, in diesem Fall die speziellen Ahnenräume, als einen «Königsweg» (Freud) in das familiäre Unbewußte.

Ahnenräume sind solche, «in denen diejenigen zumeist seelisch kranken Ahnenfiguren auftreten und agieren, deren Konduktor (= Erbträger) der Träumer selber ist» (Szondi 1963a, 79). Diese Ahnenfiguren zeigen sich oft als Gestalten, die etwas Veraltetes, Abschreckendes oder Verunstaltetes an sich haben, manchmal sind sie auch nur aus Symbolen zu erschließen.

Hier einige Beispiele: (nach Kürsteiner 1973)

- alte, antike Möbel, die herumstehen
- Tisch, Familientisch
- hintereinander marschieren und sich die Hände geben (Ahnenreihe)
- Erbrechen
- merkwürdige Gestalten: Ausländer, Krüppel, «Flaschen»
- in einer psychiatrischen Klinik, Altersheim, Fürsorgeheim, Entwöhnungsanstalt
- Primitive im Urwald
- altes Haus
- Leichen, im Gefrierraum, tiefgekühlt (mit dem Verstand oder aus Angst)
- Vögel, einen Vogel haben = spinnen
- Wintersport, Skifahren, etwas Gutes machen aus dem bösen Winter
- Fische, Bewohner des Meeres (= Unbewußten), Mörder-Haie
- WK (Wiederholungs-Kurs im Militär) Wiederholungszwang der Ahnen
- unterirdisches Reservoir, evtl. mit vielen Gängen (= Generationen, Ahnen)
- Gestelle im Keller (= Generationen)
- England: Insel, isoliert, eng
- Griechenland: Antike, Ahnen
- historische Stätte, Altstadt
- Schwarzer Kaffee: Konduktor für paranoide Ahnen (peitscht auf im Wahn, in der Verfolgung)
- Bier: schäumt wie ein Epileptiker
- Kartoffeln: in allen Variationen als Gericht (unter der Erde, die Stauden sind die Symptome)
- Post: gelber Wagen für die Klinik
- Briefe, Frachtbriefe (weil Last)

3.3.3 Abgrenzung zu Triebträumen

Die Schicksalsanalyse unterscheidet zwischen Trieb- und Ahnenträumen. So einfach diese Einteilung in der Theorie vorgenom-

men werden kann, so schwer ist sie aber oft in der Praxis. Vereinfacht läßt sich sagen: Triebträume verweisen auf ein einzelnes Triebbedürfnis. Der Schicksalsanalytiker kennt deren acht. Ahnenträume dagegen repräsentieren jeweils ein Syndrom bzw. mehrere Bedürfnisse, die zusammenwirken und eine bestimmte, eher ganzheitliche Gestalt oder Ahnenfigur oder Existenzform charakterisieren.

Wenn beispielsweise Wut, Rache oder Eifersucht – also die Tendenz «e-» den Inhalt eines Traumes ausmacht, wäre das ein Triebtraum. Steht aber die tötende Gesinnung im Zentrum des Traumes, d. h. zum e- kommt noch k- und m- dazu, dann wäre das ein Ahnentraum, genauer ein Kain-Traum. Die Kenntnis und der geübte Umgang mit dem schicksalsanalytischen Bedürfnis- oder Triebssystem ist also bei dieser Differenzierung sehr hilfreich, vielleicht sogar eine Bedingung (Szondi 1963a, 147).

Beispiel für den ödipalen Triebtraum eines Mannes: «Ich schlafe mit meiner Mutter auf dem Trottoir in der Nähe einer Tramhaltestelle und fühle mich von den dort stehenden vorbeifahrenden Leuten stark beobachtet. Die beiden Betten stehen nebeneinander. Es ist kalt, Herbst» (Szondi 1963a, 79).

Beispiel eines Ahnentraums: «Ich bin in irgendwelchen dunklen Hallen, Eingängen und weiß, daß hier, um mich herum meine Ahnen anwesend sind oder sein müssen. Meine Situation ist furchterregend. Es geht um Krüppel, Lepröse, Verunstaltete, Invalide und andere Schauerfiguren.

Aus Angst sehe ich plötzlich klar und weiß, um was es geht. Ich beginne zu den Leuten zu sprechen und fordere sie auf zu kommen. Ich will sie sehen. Klare Erinnerungen sind nicht vorhanden. Präsent ist noch das Bild eines Mädchens, das ich von hinten sah. Ich bewundere unsicher ihre langen schwarzen Haare, da ich wußte, daß sie nicht so ist, wie ich sie von hinten sah. Diese Vermutung bestätigt sich, als sie sich umdreht und ich das geisterhafte, verunstaltete Gesicht einer alten Frau vor mir habe» (Kürsteiner 1980, 131).

Als Randbemerkung sei hier noch darauf verwiesen, daß Träume auch wichtige Hinweise geben auf die Ichstrukturen und die Triebdynamik (Beeli 1976).

3.3.4 *Das Erkennen der Ahnen in den Assoziationen*

Auch in den Assoziationen können Ahnenfiguren identifiziert werden. Sei dies durch die Inhalte der Assoziationen, indem ein Analysand gewisse Themen immer anspricht,

z. B. Verfolgung und Wahn oder Sterben und Tod.

oder indem der Analysand den Ahnenanspruch agiert und demonstriert, z. B. durch Wutanfälle oder Stottern.

Eindrücklich ist Szondis Fallbeispiel von einem Bankprokuristen, der zeitweise in eine psychotische Sprache (Neologismen) verfiel, um infantile Triebwünsche abzuwehren (Szondi 1963a, 179).

3.3.5 *Die Ahnentheorie der Schicksalsanalyse*

Die dazu gehörenden theoretischen Überlegungen sind die folgenden: Das familiäre Unbewußte ist sozusagen von verschiedenen, genetisch-familiär bedingten «Ahnenfiguren» belebt, die in unterschiedlicher Intensität nach Manifestierung streben. Sie sind als «Muster und Figuren» (Rilke) zu verstehen, die das Ziel verfolgen, im Leben eines Nachkömmlings in gleicher Existenzform wiederzukehren, wie sie einmal oder schon mehrmals in der Geschichte einer Familie aufgetreten waren.

Jeder Mensch hat demnach verschiedene Ahnenschicksale, die sich direkt in Begabungen, besonderen Fähigkeiten oder auch Krankheiten äußern können.

Die Ahnentheorie besagt aber auch, daß diese Figuren im familiären Unbewußten eines Menschen durch die *Wahl* wirksam werden können, dies hauptsächlich bei der Wahl von Lebenspartnern, Freunden, Berufen, Krankheit und auch der Todesart.

Natürlich läßt sich der mythisch anmutende Begriff «Ahnen» auch in die moderne psychologische Sprache übersetzen und mit definierten Triebbedürfnissen oder «Triebgegensätzlichkeiten» (Szondi 1952, 28) charakterisieren, wobei eine depressive Ahnenfigur durch andere Bedürfnisse bestimmt ist als beispielsweise eine schizophrene oder eine künstlerische.

Die Voruntersuchung und die sich anschließende Therapie haben also dem Therapeuten ein bestimmtes – wenn auch hypothetisches – Wissen vermittelt, dessen er sich in einer gezielten Rückschau bewußt werden sollte, um davon seine weiteren therapeutischen Schritte abhängig zu machen. So könnte es sein, daß er beschließt, die Thematik des familiären Unbewußten gar nicht aufzugreifen, wenn ihm dies für den Patienten als zu belastend oder gar zu gefährlich scheint.

Wenn beispielsweise die Ich-Strukturen eines Menschen sehr schwach sind (häufig Sch 00 oder nur Unitendenzen), zudem die Belastung durch äußere Umstände (Ehe, Beruf) sehr groß ist, könnte es kontraindiziert sein, depressive oder paranoide Ahnen zu wecken.

Beschließt hingegen der Therapeut, die Therapie fortzusetzen und die schicksalsanalytische Phase einzuleiten, geht es zunächst darum, die Ahnen bewußt erleben zu lassen.

3.4 Das Hervorholen und Erlebenlassen der Ahnen

Sind die Ahnenansprüche vom Analytiker erkannt und hält er die Zeit für gekommen, sie zu bearbeiten, geht sein Bemühen nun dahin, sie beim Analysanden bewußt zu machen und erleben zu lassen. Die Frage des Wie beantwortet die Beschreibung der Technik in der schicksalsanalytischen Phase.

3.4.1 Bewußtes Erleben

Nicht das Wissen oder Bewußtsein allein hat schon heilende Wir-

kung, sondern vor allem das Erleben. Darum ist es Aufgabe des Analytikers, die Ahnen und ihre Ansprüche dem Analysanden zunächst einmal bewußtseinsfähig zu machen, um sie dann auch genügend lange bewußt erleben zu lassen.

3.4.2 Das übliche Vorgehen

Um dieses Ziel zu erreichen, kann es genügen, daß der Analytiker relativ passiv bleibt und nur gewisse Assoziationen oder Ahnenträume oder nur Teile davon exponiert. Manchmal aber bedarf es größerer Aktivität, um den Prozeß des Bewußtwerdens und Integrierens zu fördern. Dies deshalb, weil die Inhalte des familiären Unbewußten, also die Ahnenansprüche, nicht erinnert, sondern höchstens agiert werden können. «Wenn die Ahnen nicht von selber agieren», könnte der Schicksalsanalytiker drei verschiedene Techniken einsetzen, die Szondi zur Überwindung von Lochbildungen vorschlägt.

3.4.3 Das aktive Vorgehen

Die aktiven Assoziationstechniken werden mit großer Vorsicht und nur nach langer passiver Periode und dann auch nur sporadisch angewendet (Szondi 1963a, 149). Beispielsweise dann, wenn der Analysand keine Ahnenträume liefert, ist die größere Aktivität des Analytikers gefordert. Die drei Assoziationstechniken heißen: echolalische, iterative und «Hammerschlag» (Szondi 1963a, 85).

Die echolalische Assoziationstechnik wiederholt echoartig jedes Wort des Analysanden, bis er den latenten Ahnenanspruch zu agieren beginnt.

Zum Beispiel: Analysand: Ich habe Angst. Analytiker: Angst. Analysand: Ich fühle mich bedroht. Analytiker: Sie fühlen sich bedroht. Usw.

Die iterative Assoziationstechnik exponiert einen Satz oder ein

Wort aus der Einfallskette bzw. aus einem Traum so lange, bis der Analysand zu agieren beginnt. Hier nimmt der Analytiker – zu meist intuitiv – eine Auswahl aus dem Assoziationsmaterial vor, von dem er annimmt, daß diese Reizwörter den Weg zum familiären Unbewußten öffnen helfen.

Zum Beispiel: Der Analytiker exponiert ständig, d. h. wenn der Analysand eine Pause macht, das Wort «Militärpolizei» (Szondi 1963a, 163).

Beim Hammerschlag-Assoziationsverfahren wiederholt der Analytiker ein Wort (oder einen Satz) aus dem Traumtext oder dem Einfallsmaterial schlagartig und mit großer Geschwindigkeit, bis der Widerstand nachläßt und die Ahnenfigur zu agieren beginnt. Dieses nur in extremen Notfällen und darum selten oder von vielen heute gar nicht angewandte Vorgehen läßt sich nur schwer beschreiben. Szondi hat es in TV-Interviews (Schotte 1974, Haesler 1976) kurz vordemonstriert. Dabei betonte er seine Exponate noch dadurch, daß er mit der Hand auf den Schreibtisch schlug, an dem er beim Analysieren saß. Szondi sprach sogar von Psychoschock-Therapie (1956b, 76), weil damit überraschungsmäßig (paroxysmal) das Abwehrsystem unterlaufen wird, ohne daß die Freiheit und der Respekt vor dem Analysanden angetastet werden, weil der Analytiker sich nur der Worte oder Sätze des Analysanden bedient. Wem dieses – als ultima ratio eingesetzte – Vorgehen inhuman erscheint, der sei daran erinnert, daß nicht die Methode, sondern die Krankheit inhuman ist (Huth 1978, 256).

3.4.4 *Erleben und Zeit («Ahnenzeit»)*

Erleben heißt in diesem Zusammenhang, daß die Ahnen ihrer Art entsprechend charakteristisch agieren.

Kain tobt und mordet oder produziert Anfälle, bei einer schizophre-

nen Anlage wird ein Mensch eventuell vorübergehend irre und redet in Neologismen, der Haltlose entwertet alle Objekte und hascht von Thema zu Thema.

Der Analysand soll diese Ahnen bewußt und möglichst lange erleben, um sie nicht nur zu kennen, sondern auch ganz bewußt anzuerkennen. Ein Vorgang, den man Durcharbeiten oder Integrieren (cf. 3.6) nennen kann. Die Angst vor den Ahnen und die Schockwirkung, die mit ihrem Einbruch ins Bewußtsein verbunden sein können, sollen auf diese Weise abgebaut und eine Aussöhnung vorbereitet werden. Anzeichen dafür, daß die Ahnen vom Ich akzeptiert werden, ist der Umstand, daß sie nicht mehr beängstigend wirken und der Analysand sich mit ihnen offen auseinandersetzen kann. Ist das erreicht, kann diese Zeit des Durcharbeitens mit der Konfrontation abgeschlossen werden.

3.5 Konfrontation mit den Ahnenansprüchen

Eigentlich war das unter 3.4 Beschriebene auch schon eine Art Konfrontation, nur meinen wir hier ein ganz bewußtes Nacharbeiten des vorhergehenden Durcharbeitens.

Diese Konfrontation besteht im Wesentlichen in einem kompakten Aufzeigen dessen, was ist und dessen, was möglich wäre. Sie ist eine Konstruktion im Sinne der Psychoanalyse, aber auf der Ebene des familiären Unbewußten.

Dabei ist die Couch-Lage überflüssig (Szondi 1956b, 60).

3.5.1 Die Konfrontation mit den krankmachenden Ahnen

Die krankmachenden Ahnen und die damit verbundenen Gefahren werden dem Analysanden nochmals deutlich vor Augen geführt. Der Analytiker sollte sich dafür gut vorbereiten. Zunächst stellt er das einschlägige Material aus den Analysestunden mit Hilfe seiner Notizen zusammen und trägt es dem Analysanden vor. Außer dem

Analysematerial zieht der Schicksalsanalytiker nun auch das Genogramm und den Szondi-Test bei, um die gefahrbringenden Schicksalsmöglichkeiten zu benennen.

Beispiele dafür setzen die Kenntnis der ganzen Fallgeschichte voraus und müssen darum bei Szondi nachgelesen werden (1956b, 86, 89 oder 1963a, 182–187).

3.5.2 Hinweise auf Sozialisationsmöglichkeiten

Mit den Ahnen sind nicht nur Gefahren des Erkrankens oder der Kriminalität verbunden, sondern immer auch Chancen und Begabungen. Es gehört zur Pflicht des Schicksalsanalytikers, den Analysanden auch auf diese Möglichkeiten hinzuweisen.

So hat beispielsweise ein paranoider Mensch die Möglichkeit, sein Mißtrauen im Beruf als Kontrolleur oder Detektiv bzw. als Psychologe und Psychiater zu sozialisieren. Auch dabei kann das Genogramm hilfreich sein, denn in jeder Familie gibt es Personen, die ihr Schicksal gemeistert haben.

Ein Beispiel für die Sozialisierung einer paranoiden Anlage wäre die Beschäftigung mit Philosophie, Psychologie oder Religionspsychologie (Szondi 1956b, 90).

Das unter diesem Kapitel Gesagte hat bereits viel mit der Ich-Analyse zu tun, die nachfolgend beschrieben wird.

3.6 Die Ich-Analyse oder die Analyse des Freiheitsschicksals

In dieser ich-analytischen Phase geht es um den «Neuaufbau des Ichs» (Szondi 1956b, 66). Damit ist ein zweifaches gemeint, entsprechend der Unterscheidung von Funktion und Inhalt (Szondi 1971, 350): Zum einen sollen dabei die vier Trieb-Ich-Funktionen verfügbar gemacht und flexibel einsatzbereit werden. Zum anderen besteht die Ich-Analyse im Aufbau neuer Ichideale des Habens und Seins.

Damit dieser Ich-Aufbau gelingt, bedarf es gleichzeitig des

Pontifex-Ichs, das durch drei verschiedene Funktionen wirksam ist. Die Funktionalität des Pontifex-Ichs ist davon abhängig, ob vorher die Trieb- und Ahnenansprüche, also die Inhalte des persönlichen und familiären Unbewußten, bewußtseinsfähig gemacht wurden (Szondi 1956b, 68). Mit Hilfe des Pontifex-Ichs kann ein Mensch dann neue Gewichtungen oder Machtverteilungen unter den sein Schicksal bedingenden Faktoren (Erbe, Trieb, Umwelt usw.) vornehmen.

Die ausführliche Beschreibung der verschiedenen Funktionen des Trieb- und Pontifex-Ichs sowie ihre analytische Betrachtungsmöglichkeiten findet man in der Ich-Analyse (Szondi 1956a) und sehr gerafft in der Darstellung «Der Heilweg der Schicksalsanalyse (Szondi 1956b, 66–71).

In der Realität wird der Analytiker mit seinen Deutungen und Interventionen partiell oder auch gezielt schon vorher immer wieder ich-analytisch wirksam zu werden versuchen. Es kann aber auch nötig sein, über längere Zeit das Ich und seine Funktionen zum Thema zu machen, wobei sich der Analytiker in etwa an den sieben technischen Varianten der Ich-Analyse orientieren kann.

Diese Ich-Analyse im eigentlichen Sinn bildet das Ende der Behandlung. Je nachdem, ob das Bewußtwerden und Erleben oder die Konfrontation und Stellungnahme im Vordergrund stehen, dürfte das Liegen auf der Couch oder das Gegenübersitzen den angemessenen Behandlungsrahmen darstellen. In der Regel wird die Ich-Analyse «dialogisch geführt» (Szondi 1963a, 205). Das heißt, die Inhalte des Gesprächs sind vorwiegend beiden bewußt und die Art oder Form dieses Gedankenaustausches ist ein gemeinsames Abwägen der jeweiligen Situation.

3.6.1 Die elementare Ich-Analyse (Szondi 1956a, 162–258)

Die vier Funktionen des Trieb-Ichs, Projektion, Inflation, Introjektion und Negation, werden einzeln untersucht und der Analysand

mit ihren Gefahren oder Einseitigkeiten konfrontiert. Vor allem durch Traumanalysen wird dem Analysanden bewußtgemacht:

1. «Wann, warum und was er projiziert.
2. Von welchen Trieb- und Seinsideen er besessen wird (Inflation).
3. Wann, warum und was dem Ich einverleibt wird.
4. Wann, warum und was von ihm verneint, entwertet oder gar destruiert wird» (Szondi 1963a, 91).

Der Analytiker versucht dann die Umlaufbahn des Ichs wieder in Gang zu bringen, oder anders gesagt, die vier Funktionen und ihr Zusammenspiel zu integrieren, indem er beispielsweise zeigt, daß mit Hilfe der «Icheinengung» (k), sei dies Negation ($-k$), Introjektion ($+k$) oder Zwang ($\pm k$) die Gefahren von Projektion ($-p$) und Inflation ($+p$) abgewehrt und reguliert werden können. Nähere Hinweise dazu finden sich in den «Richtlinien für die Behandlung der hereditären Ich- und Triebstörungen» (Szondi 1963a, 188-190).

3.6.2 Die Analyse der inneren Ich-Dialektik (Szondi 1956a, 259-326)

Es geht dabei darum, das möglichst harmonische Gleichgewicht zwischen der eher harten, realitätsbezogenen Ichseite (k) und seinem eher weicheren, phantasie- und wunschbetonten Gegenspieler (p) herzustellen. Der Analytiker konfrontiert also den Analysanden mit den Stärken und Schwächen dieser seiner beiden Ich-Seiten mit dem Ziel, daß sich beide gegenseitig zu steuern vermögen oder anders gesagt, daß die Umlaufbahn des Trieb-Ichs wieder in Bewegung kommt.

Neben der interfaktoriellen gehört auch die intrafaktorielle Dialektik zur inneren Ich-Dialektik. Diese «Tendenzdialektik» in-

nerhalb der Faktoren p (+p : -p) und k (+k : -k) garantiert den flexiblen Umgang im Haben (Ja und Nein) und Sein (weniger und mehr wert sein).

Schließlich gehören hierher auch die Konfrontation mit den «Ich-Spaltungen» und die nötigen Anregungen, diese verschiedenen Ich-Aspekte zu integrieren. «Das Ziel jeglicher Ich-Therapie besteht u. E. darin, die abgespaltenen Ich-Funktionen wieder einzuschalten und somit die Umlaufbahn zu komplementieren» (Szondi 1963a, 400). Diese etwas mechanisch anmutende Diktion darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß diese Aufgabe gerade für die Patientinnen eine schwierige, oft langdauernde und manchmal auch eine zum Scheitern verurteilte ist.

Die aus den Symptomen, Assoziationen, Träumen oder dem Szondi-Test deutlich gewordenen Ich-Spaltungen können nach folgenden drei Grundprinzipien therapiert werden:

1. Durch eine partizipative Haltung. Damit ist zunächst die immer geforderte Fähigkeit des Therapeuten gemeint, sich ganz in den Patienten einzufühlen, verbunden mit der Bereitschaft, ein bestätigendes Selbstobjekt (Kohut) zu sein, d. h. ein Objekt, daß durch empathisches Verstehen (+m) dem angeschlagenen Selbst neues Wertgefühl (+p) zu vermitteln versucht.
2. Durch die Herstellung der Umlaufbahn im Ich. Sei dies durch eine «schrittweise Einschaltung der abgespaltenen Elementarfunktionen», sei es «durch künstliche – oft schockartige – Umdrehung der Spaltstücke auf der Drehbühne des Ichs» oder sei es durch Vertauschung krankhafter Existenzformen mit solchen, die erträglicher sind.
3. Durch Sozialisierung oder Sublimierung in einer adäquaten Arbeitstherapie (Szondi 1963a, 413).

Beispiel für 3.6.1 und 3.6.2: Ein ca. 30jähriger Briefträger, dem auf seiner täglichen Tour immer wieder Hindernisse im Wege stehen, wie

Baustellen, Umleitungen oder schlechtes Wetter, fühlt sich von höheren Mächten verfolgt (p-!!). Dieses Beeinträchtigungsgefühl konnten folgende Hinweise lindern: a) daß er ohnehin trotz dieses Gefühls des ohnmächtig Ausgeliefertseins jeweils eine praktische Lösung für sein Problem findet (k) und b) daß er ja grundsätzlich fähig ist, sich selber zu helfen (p+). Die gefühlsmäßige Fixierung an das Ausgeliefertsein (p-) wurde dadurch aufgelöst oder gelockert, indem ihr die Fähigkeit, eigene Lösungen zu finden (p+) gegenübergestellt wurde. Dies bei gleichzeitigem Hinweis auf die Angemessenheit dieser Lösungen, also auf den guten Umgang mit der Realität (k+, k-). Eine weitere Hilfe ist, den Patienten auf die Ursache seiner Beeinträchtigungsgefühle aufmerksam zu machen (k+).

3.6.3 Die Analyse der Ich-Trieb-Dialektik (Szondi 1956a, 327-368)

Hier werden zunächst die ungünstig gewählten Abwehrformen wie z.B. Verdrängung (Sch -0), Isolierung (Sch ±0), Projektion (Sch 0-) bewußt gemacht und ihre Nachteile aufgezeigt.

Beispiel: Wer den Kain, bzw. seine tötende Gesinnung projektiv (p-) abwehrt, ist unfähig, sich mit diesem Teil seiner Persönlichkeit (e-, p-, m-) konstruktiv auseinanderzusetzen.

Es kann auch auf den Wert der mit diesen Abwehrformen verbundenen Ich-Funktionen verwiesen werden.

Beispiel: Die Verdrängung als neurotische Abwehrstrategie (k-) ist (funktional) verbunden mit der reifen Fähigkeit, bewußt verneinen und verzichten zu können.

Außerdem sollte der Analytiker auf die Sozialisierungsmöglichkeiten gefahrbringender Triebregungen im Beruf und Hobby hinweisen.

Beispiele: Aggressive Tendenzen (s+) können mittels der Tätigkeit als Steinmetz oder Traxführer befriedigt und auf sozial positive Weise ausgelebt werden. Abwehrstrategien und Symptome könnten dadurch unnötig werden.

Bei Introjektionsgefahr (Sch +0), d. h. bei der überstarken Neigung, haben und besitzen zu müssen, könnte die Sozialisierungsempfehlung in Richtung Anreicherung von Wissen (Fremdsprachen, Studium) gehen.

Wenn Zwangsstrukturen (Sch \pm -!) einen Schutz gegen Psychose darstellen, könnten regelmäßige Putzarbeiten oder die Beschäftigung mit Karteien, Buchhaltungen und Antiquitäten sozialisierend wirken.

Einem an Religionswahn (Sch 0+!) erkrankten Mann empfahl Szondi, sich mit Religionsphilosophie zu beschäftigen.

Schließlich kann der Therapeut auch noch auf Sublimationsmöglichkeiten aufmerksam machen, d. h. den sozial-negativen die sozial-positiven Möglichkeiten gegenüberstellen – und zwar in allen Faktoren. So ist beispielsweise das Kain-Schicksal durch das Abel- oder Mose-Schicksal sublimierbar.

Die Schicksalsanalyse hat auf Grund ihrer Berücksichtigung erblicher Faktoren eine andere Vorstellung von Sublimation als die Psychoanalyse (Szondi 1956a, 361–368). Für die Schicksalsanalyse ist mit jeder Triebgefahr oder Triebkrankheit eine entsprechende Sublimierungsform verbunden. Sublimierung ist ein Wahlschicksal, bei dem das Ich eine Entscheidung in Richtung Geist (Glaube), Ethik und Moral begünstigt. Der Mensch ist zur Wahl aufgefordert.

3.6.4 Die Analyse der Charakterbildung (Szondi 1956a, 369–397)

«Charakter ist das von dem Ich durch Introjektion in das Ich eingeprägte Stück des Schicksals» (Szondi 1956a, 370). Diese Definition wird verständlich, wenn man zwischen der Funktion und dem Inhalt des Ichs unterscheidet. Die Introjektions-Funktion (+k) wird

in der schicksalsanalytischen Ich-Lehre als charakterbildend angesehen. Eine «dynamische Charakteranalyse» konzentriert sich nach Szondi (1956a, 379) auf drei Fragen:

1. Wie ist der Vordergängercharakter des Probanden (und seiner Verwandtschaft)?
2. Wie ist der Hintergängercharakter des Probanden (und seiner Verwandtschaft)?
3. Wie ist die Dialektik zwischen diesen beiden Charakteren?

Oder ich-psychologisch gefragt: Welche «Muster und Figuren» der Vorfahren wurden dem Vorder-Ich einverleibt, welche Konsequenzen hat das für das Hinter-Ich und wie verhalten sich die beiden zu einander?

Konkretes Vorgehen: Der Therapeut sammelt und vergleicht die Eigenschaften der Figuren des Stammbaumes und bespricht sie mit dem Analysanden. Dabei erinnert er ihn aktiv, daß er «der Wähler des Schicksals zwischen den von den Ahnen gelieferten Schicksalsmöglichkeiten ist» (Szondi 1956a, 388).

Einer Übermacht der Introjektion (Sch +0) steht dann beispielsweise die Entfremdung (Sch - ±) gegenüber. Die Entfremdung des Hintergrundes könnte dabei der Abwehr des gefährlichen Introjekts, beispielsweise des aggressiven Kains, dienen.

3.6.5 Die Analyse der Symptome und wahnhaften Ideen (Szondi 1956a, 408-465)

Es geht um die Bewußtmachung der Ich- und Trieb-Gefahren. Die jeweiligen Abwehrformen und die damit zusammenhängenden Symptome sollen bewußt gemacht werden.

Eine Frau, die hypochondrische Ängste hat und dauernd glaubt, mit Aids infiziert zu sein und sterben zu müssen, versteht, daß diese Angst eine Projektion (p-) ihrer tödenden Gesinnung (e-, k-, m-)

war. Sie verliert ihre Ängste, erlebt aber jetzt direkt ihre Wut und ihren Neid.

Oder: Der vorher erwähnte Briefträger, der als Kind in der Familie und in der Schule völlig überfordert war und dieser Situation von damals wirklich ohnmächtig gegenüberstand, merkt nun, daß er heute den Mißgeschicken, die ihm widerfahren, ganz anders gegenübersteht als damals und daß seine Gefühle von damals, die heute wieder reaktiviert werden, in keinem Verhältnis stehen zur heutigen Situation. Er gewinnt an Sicherheit (p+) und verliert seine Angst vor den «höheren Mächten» (p-). Oder anders gesagt: Anstatt wie früher seine Macht an die Umwelt abzugeben, ist er jetzt fähig, diese Macht für sich selber in Anspruch zu nehmen.

3.6.6 Die Anwendung der Ich-Analyse in der Traumdeutung (Szondi 1956a, 467–509)

Der Analytiker sollte Träume, die auf einzelne Ich-Funktionen, wie Projektion oder Negation, hinweisen, sammeln und sichten. Sie können jetzt zum Thema gemacht werden, auch wenn sie vorher schon einmal bearbeitet wurden.

Ein Beispiel für Projektion und gleichzeitige inflative Abwehr ist der Traum eines jungen Mannes: «Ganz ein doofer Traum. Ich war auf einer Insel. Plötzlich stand ich in einer Stadt dieser Insel. Ich wurde verfolgt von einem Wesen, das ich aber nicht sah (– p). Ich bin gerannt (Flucht: Sch ± –), es hielt mich fest. Als ich merkte, jetzt packt es mich, konnte ich abheben und fliegen (+ p). Da bin ich erwacht.»

Ein Beispiel für Negation oder katatonies Erleben (Sch –0) ist der Traum eines anderen jungen Mannes: «Ich sah mich im Bett liegen und wollte mich bewegen. Konnte aber nicht. Ich war verzweifelt, weil ich dachte, ich sei gelähmt. Ich erwachte, schweißtriefend.»

Ein Beispiel für introjektives Haben-Wollen: Ein Mann geht im Traum nachts spazieren und findet Geld: «... Ich bücke mich und sehe, daß es ein altes Geldstück ist. Daneben hat es eine Figur aus

Porzellan oder etwas Ähnliches. Auch das gefällt mir. Und neben dieser Figur ist wieder ein Geldstück und daneben wieder eine Figur. Und immer so weiter. – Ich habe zwar einen Mantel an mit Innentasche, doch sehe ich, daß ich nicht genug Platz habe für alle Figuren. So lasse ich ein paar Figuren am Boden, jedoch nicht die Geldstücke. Es geht dann eine Treppe hinunter. Auf den Stufen hat es noch weitere Stücke ...»

Die bei der Deutung und Bearbeitung der Träume erkannten Ich-Funktionen, bzw. ihr Fehlen, werden in bezug auf ihre Bedeutung für den Patienten nochmals geklärt. Ziel ist das integrierte Ich, d. h. dem Patienten stehen möglichst alle vier Funktionen zur Verfügung.

Ein Beispiel für die gelingende Integration von k und p ist folgender Traum eines Computerfachmannes, dessen Berufstätigkeit sehr k-bezogen war: «Ich bin auf dem Hauptbahnhof mit zwei Leuten. Plötzlich fange ich an, ein Stimmungslied zu singen. Die Kollegen sehen mich an; sie schämen sich aber nicht oder sagen, es sei schlecht, ich müsse aufhören. Befriedigend ist, es fangen auch andere an zu singen. Am Schluß singen alle mit. Sehr befriedigend, ein gutes Gefühl.»

Der Therapeut kann auch – wo möglich – eine Brücke schlagen zu den verschiedenen Bereichen des Unbewußten. Szondi sagt dazu: «Der Traumdeuter hat ... die Aufgabe, die persönlichen, familiären und kollektiven Bestandteile des Traumes historisch zu agnoszieren, den Analysanden mit allen drei Arten der Traumhalte zu konfrontieren, auf die persönliche und familiäre retrospektive Regression und auf die finale Progressionsmöglichkeit hinzuweisen und somit den Kranken auf den Weg der Integration, auf den Weg der Menschwerdung in die Zukunft zu lenken» (1956a, 509).

Unseres Wissens liefert Szondi für diese «dreidimensionale, integrierende Traumdeutungsmethode» in seinen Texten nur ein einziges Beispiel, den sog. «Schwirrholztraum» (1956a, 495–503).

Im Sinne der Komplementtheorie bzw. der Partizipationstheorie des Traumes (Szondi 1956a, 471–509) kann der Analytiker die in Träumen erkennbaren zusammengehörenden Ich-Existenzen verdeutlichen und in ihrer Bedeutung erklären. Denn der Traum kann auch als «ein Dialog zwischen zwei verschiedenen Ich-Teilen, einem kindlichen und einem erwachsenen Teil» verstanden werden (Szondi 1956a, 505).

Auf die ungleiche Stärke oder Machtverteilung von Vorder- und Hintergänger verweist folgender Traum: «Ich träumte, ich wäre beim Schachspielen. Irgendwann verlor ich die Kontrolle über das Spiel und spielte (als Verlierer) statt mit meinen wenig verbliebenen Figuren (des Vordergrundes, Anm.), mit den noch ziemlich vollzähligen Figuren des Gegners.»

Im Test war das Ich-Bild des Vordergrundes 0 –!! . Kein Wunder, wenn dieser Mann lieber mit den «Figuren» des Hintergrundes ± +!! sein Lebensspiel gestalten möchte. Dieses Ich-Bild des Hintergrundes heißt «Zwangsarbeiter-Ich» und verweist auf die Bedeutung von Strukturen, die mit einer regelmäßigen Arbeit verbunden sind und einem Menschen Halt und Sicherheit verleihen können.

Die Schicksalsanalyse stellt «das Ich in das Zentrum des Träumens und der Traumdeutung». Sie meint: «Das wache Ich macht den nächtlichen Versuch, mit allen diesen Trieb- und Ich-Existenzen jenseits der Wirklichkeit eins und gleich zu werden, an ihnen zu partizipieren, sich mit ihnen zu integrieren» (Szondi 1956a, 503). Schöpfer des Traumes ist das Ich, welches Vorder- und Hintergänger sowie die persönlichen, familiären und kollektiven Existenzmöglichkeiten eines Menschen zu einer Ganzheit zu vereinen versucht.

3.6.7 Die Analyse des Pontifex-Ichs und der Glaubensfunktion (Szondi 1956a, 509–529)

*«Es ist traurig für eine Wissenschaft,
die nicht den Mut zur Weltanschauung hat.»*

SZONDI (1963a, 246)

Bezogen sich die vorausgehenden Analysen auf das Trieb-Ich, mit seinen angeborenen oder umweltbedingten Neigungen, Spaltungen und Abwehrformen, so ist die Analyse der drei Pontifex-Funktionen eine notwendige Fortsetzung, nämlich von den gegebenen Neigungen hin zum Machbaren oder von den Möglichkeiten zur Freiheits-Wahl.

Spätestens hier sollte die Therapie «dialogisch» geführt werden. Beide Gesprächspartner suchen nach Beispielen für gelungene und nicht gelungene Entscheidungen oder Wahlen und bringen sie mit den Funktionen des Pontifex-Ichs und denen des Trieb-Ichs in Beziehung.

Eine Sekretärin hatte sich eine ganze Stunde lang über eine Kollegin und ihre etwas dirnenhafte Art im Umgang mit dem Chef beschwert. Der Kollegin gegenüber hat sie sich nichts anmerken lassen. Trotzdem klagte sie sich in der nächsten Therapiestunde selbst heftig an, sich über diese Kollegin aufgeregt zu haben, wo sie das ja nichts angehe.

Zunächst unabhängig davon, warum sich die Patientin aufregte, war es hier zunächst hilfreich zu zeigen, daß es ihr gutes Recht ist, sich aufzuregen, und zwar egal, über was und über wen. Man könnte diesen Schritt als einen Versuch der Integration ihrer feindseligen Gefühle (e-) umschreiben.

Die Partizipation nach innen, die hier gestört war, mußte zuerst in eine Aussöhnung mit sich selber einmünden, erst dann konnte sie ihre Kollegin besser ertragen.

Die weitere Arbeit bezog sich dann auf die Gründe ihrer Auf-

regung, in diesem Fall auf ihren Neid oder die Unterdrückung ihrer eigenen erotischen Gefühle. Das Erarbeiten und Klären dieser Neidgefühle hat zunächst mit dem Transzendieren (zum e- und h+) zu tun. Der nächste Schritt, das Sich-Aussöhnen mit diesen Neigungen oder Eigenschaften, wäre wieder ein Integrationsvorgang.

Das Resultat von Transzendieren und Integrieren ist dann die Fähigkeit der Partizipation, und zwar nach innen (zu sich selber) und nach außen (hier zu einer Mitarbeiterin).

Falls es sich nicht schon vorher ergeben hat, können jetzt auch Fragen nach dem Sinn und den damit zusammenhängenden Werten gestellt werden. «Der Sinn des Lebens liegt wesentlich in den Werten, in deren Dienst das Leben stand» (Ringel u. Kirchmayr 1986, 73). Szondi nannte dies auch die Analyse der Glaubensfunktion. Sie ist nicht mit Erziehung oder Überredung zu verwechseln, denn wofür sich schließlich ein Patient entscheidet, liegt ganz in seinem freien Ermessen.

Ein junger Mann, der sich mehrere Stunden über seine religiöse Erziehung, sein Verhältnis zu seiner Kirche und über den Sinn seines Lebens Gedanken gemacht hatte, überraschte seinen Analytiker eines Tages, als er die Stunde mit der Mitteilung begann: «Ich habe gestern beschlossen, an Gott zu glauben.»

Die Fähigkeit des Ichs, genauer des Pontifex-Ichs, eine partizipative Beziehung zum Geist zu unterhalten, d. h. religiös formuliert, an einen Gott oder einen höheren Sinn im Leben zu glauben, ist eine gute Voraussetzung, die richtige «Machtverteilung» oder Gewichtung unter den sechs das Schicksal bedingenden Faktoren vorzunehmen. Das heißt, wenn die Glaubensfunktion intakt ist, kann ein Mensch die Wertverteilungen so vornehmen, daß er weder sich selbst noch irgend etwas anderes überbewertet und statt dessen eine der jeweiligen Situation entsprechende ausgewogene Partizi-

pation anzustreben imstande ist. Denn «durch die Aufrichtung eines völlig neuen Wertsystems aufgrund von neuen Seins- und Habidealen, wird er (der Analysand, Anm. F. J.) zur Sozialisierung und Humanisierung fähig gemacht» (Szondi 1956b, 67). «Das Nicht-erfüllen dieser Aufgabe (der Analyse der Glaubensfunktion, Anm. F. J.) erachten wir als den größten Kunstfehler, den man in einer Analyse machen kann» (Szondi 1956b, 71).

Beide Funktionsverbände (Trieb- und Pontifex-Ich) brauchen einander und bilden zusammen das «globale Ich». Steht das Trieb-Ich eher für die oft blinde oder unbewusste, native *Kraft*, so repräsentiert das Pontifex-Ich die bewusste *Macht*, die diese Kräfte gezielt zu beeinflussen vermag. Das Konzept des Pontifex-Ichs ist dem ganzen Triebsystem übergeordnet und speziell eine Zusammenfassung der Arbeit *am* Ich, aber auch gleichzeitig der Arbeit *des* Ichs. Deswegen werden diese Funktionen nochmals bei den Wirkfaktoren (Teil IV, 2) besprochen. Denn alle wirksamen therapeutischen Interventionen lassen sich als Unterstützung der Pontifex-Ich-Aktivitäten verstehen.

3.7 Zum Ende einer Schicksalsanalyse

Freuds behandlungstechnische Schriften schweigen sich über die Beendigung der Analyse aus. Bergmann vermutet hier eine «Achilles-Ferse der psychoanalytischen Behandlungstechnik (1998, 309). Auch wenn hier noch viele Fragen unerforscht sind, möchten wir ein paar praktische Hinweise geben.

Vom Ende einer Schicksalsanalyse könnte man dann sprechen, wenn die am Anfang gesteckten Ziele in etwa erreicht sind. Des öfteren zeigen auch spezielle Träume das Ende an. Manchmal erzwingen auch äußere Umstände das Aufhören oder gar den Abbruch.

Abgesehen davon ist der begonnene therapeutische Prozeß nie zu Ende, vielmehr mündet er in eine permanente Selbstanalyse.

3.7.1 *Die Ziele sind erreicht*

Während die psychoanalytische Phase den Abbau des Traumatischen anstrebt, bemüht sich die schicksalsanalytische und besonders die ich-analytische Phase um eine positive Beeinflussung der hereditären Manifestationsmöglichkeiten; denn die «Erbanlagen (selbst) kann man ja nicht ausrotten» (Szondi 1963a, 261), ihre Manifestationen aber kann man während ändern. Diese Umwandlung vollzieht sich in der Regel in drei Schritten. 1.) Die störenden Erbfiguren werden durch das Ich bewußt, quasi dingfest und dann annahmefähig gemacht. 2.) Der Analysierte lernt zu vermeiden, was den erneuten Einbruch der Ahnenfiguren begünstigen könnte. 3.) Die Person weiß, daß sie unter Umständen krankmachende Ahnen auch in eine sozialisierte Form umwandeln und diese leben kann.

Zusammengefaßt läßt sich sagen, daß die «Vertauschung der Spaltstücke nicht nur im Ich, sondern im ganzen Dasein der Person» als Ziel der Schicksalsanalyse erachtet werden kann. Als Richtlinie der Beendigung der Therapie könnte die Annahme und Sozialisierung der krankhaften Ahnenansprüche dienen (Szondi 1963a, 261–262).

3.7.2 *Träume deuten das Ende an*

Oft bringen Analysanden Träume, die das Ende anzeigen. Dabei geht es beispielsweise um Themen, bei denen sich der Träumer allein auf (s)einen Weg macht, keine Hilfe mehr braucht oder eine Reise zu Ende geht. (vgl. Kürsteiner 1987, 86–93).

Eine Frau träumte zum Beispiel: «Ich nehme mein Gepäck – erstaunlich wenig für eine Reise, und dazu noch sehr kleine Gepäckstücke – und verreise, von niemandem begleitet» (Szondi 1963a, 264).

3.7.3 Äußere Umstände erzwingen das Ende

Auch wenn ein Therapeut stets damit rechnet, daß äußere Beendigungsgründe unter Umständen nur ein Widerstand gegen die Therapie sein können, müssen wir auch diese Gründe ernst nehmen. Solche Umstände können plötzliche materielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, Wegzug, die Geburt eines Kindes usw. sein.

Es gehört zur korrekten Haltung des Therapeuten, die Argumente seiner Patienten respektvoll zu gewichten und ihrer Meinung den Vorrang zu geben.

3.7.4 Die Beendigung der Analyse

In der Regel wird der Schluß nicht von Heute auf Morgen beschlossen, sondern vorausgeplant. Die letzten Stunden sollten epikritischen Überlegungen gewidmet sein. Dabei können folgende Fragen helfen:

- Was war der Grund und Anlaß, der zur Therapie führte?
- Wurde das vereinbarte Therapieziel erreicht? Hat es sich eventuell geändert? Kamen neue Ziele hinzu?
- Was wurde als hilfreich erlebt, was als störend?
- Was hat sich geändert?
- Was hat bewirkt, daß es zu diesen Veränderungen gekommen ist?
- Gibt es etwas, das Sie als besonders wichtig erachten?
- Hat sich der Aufwand gelohnt?

Anwendung des Manuals in Ausbildung und Therapieforschung

1 Kontextuelle Faktoren (Martin Borner)

1.1 Vorbemerkungen

Psychotherapien finden hinter verschlossenen Türen statt. Patient und Therapeut aber kommen von draußen. Sie tragen eine Reihe äußerer Faktoren in die Therapie, welche deren Gang beeinflussen. Ihre Wirkung wiederum entfaltet die Therapie im Lebensalltag des Patienten außerhalb der Therapie. Somit hängt auch sie von Faktoren ab, welche in der Therapie nicht direkt beeinflussbar sind.

Während Therapien in den Gründerjahren der Psychoanalyse hochfrequent waren und in der Regel nicht mehr als einige Monate dauerten, erstrecken sich tiefenpsychologisch orientierte Langzeittherapien heute meist über mehrere Jahre. Veränderungen im Umfeld des Patienten und des Therapeuten während der Therapie sind daher unumgänglich und müssen in der Therapie bearbeitet werden.

Die Psychoanalyse trägt der Rolle kontextueller Faktoren mit einem erweiterten Verständnis der therapeutischen Beziehung. Neben der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung nimmt sie auch eine reale Beziehung zwischen Patient und Therapeut an, und sie geht davon aus, daß die Gegenübertragung auch Übertragungsanteile auf Seiten des Patienten einschließt.

In der «Schicksalsanalytischen Therapie» (Szondi 1963) hat Szondi die Rolle der kontextuellen Faktoren für Verlauf und Ergebnis von Therapien zwar nicht explizit untersucht. Mit der

Theorie des sozialen und mentalen (Zwangs-)Schicksals sowie mit der Theorie des familiären Unbewußten hat er jedoch Grundlagen zum Einbezug kontextueller Faktoren in den therapeutischen Prozeß geschaffen

Mit der Erhebung von Anamnese und schicksalsanalytischem Genogramm verfügt der Therapeut über zwei behandlungstechnische Instrumente, die ihm helfen, den Einfluß äußerer Faktoren auf Verlauf und Ergebnis der Therapie abzuschätzen.

Bei der Beschreibung der kontextuellen Faktoren stützen wir uns auf das allgemeine Modell der Psychotherapie von (Orlinsky et al. 1994, 362).

1.2 Liste der wichtigsten kontextuellen Faktoren

1. Das sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Umfeld, in dem die Therapie stattfindet, soziale Strukturen und Institutionen, kulturelle Normen und Werte.
2. Das psychotherapeutische Versorgungssystem, in welchem die Therapie stattfindet (Behandlungssetting: stationär, teilstationär, ambulant; ärztlich, nicht-ärztlich; Versorgungssystem: Krankenkasse, Selbstbezahlung; Behandlungsangebot).
3. Faktoren auf Seiten des Patienten:
Alter, Geschlecht, Familie, sozialer Status, Ausbildung und Beruf, Lebensstil, Reifegrad, Bewältigung der aktuellen Lebenssituation, Partner, Familie, berufliches Umfeld (soziales Zwangsschicksal).
4. Kulturelle Herkunft des Patienten: Erziehung, Bildung, kulturelle und religiöse Werte (mentales Zwangsschicksal).
5. Andere Bezugspersonen und Bezugsgruppen im sozialen Umfeld des Patienten (Partner, Familie, Arbeitgeber, Mitarbeiter, Krankenkasse).
6. Faktoren auf Seiten des Therapeuten:
soziales und mentales Zwangsschicksal des Therapeuten.

7. Professioneller Status und professionelles Umfeld des Therapeuten, therapeutische Ausbildung (Sozialisation) einschließlich Selbsterfahrung, theoretische Ausrichtung, therapeutisches Selbstverständnis, berufliche Erfahrung, berufliche Funktionen, Supervision, Zugehörigkeit zu Verbänden.
8. Andere Bezugspersonen und Bezugsgruppen im sozialen Umfeld des Therapeuten (Weiter- und Fortbildungsgruppen, Interventionsgruppen, Supervision, Berufsverbände).
9. Die unter dem Einfluß des sozialen und mentalen Zwangschicksals stehende Einstellung des Patienten zur Therapie.
10. Einstellung des privaten und beruflichen Umfeldes des Patienten zur Therapie (Familie, Partner, Vorgesetzte, Mitarbeiter).

1.3 Situationen, in denen kontextuelle Faktoren eine besondere Rolle spielen können

- Überweisung, Anmeldung,
- Krankenkassenberichte,
- Fragen nach der Bezahlung der Therapie,
- Veränderungen im familiären oder beruflichen Umfeld des Patienten,
- Wohnortwechsel,
- Umzug der therapeutischen Praxis,
- Nebentherapien (einschl. Selbsterfahrungskurse; Workshops usw.),
- Zusammenarbeit mit einem gleichzeitig behandelnden Arzt oder Psychiater,
- Fragen des Patienten nach Wechsel der therapeutischen Methode.

Eine besondere Rolle spielt die Bezahlung der Therapie. Einerseits entscheidet sie maßgeblich über den Fortgang der Therapie; andererseits stellt sie eine Verbindung zur Realität her (Freud 1915).

Oft genügt es nicht, die Bezahlung zu Beginn der Therapie zu regeln. Die ökonomische Situation des Patienten kann sich verändern. Der Therapeut paßt sein Honorar der Teuerung an. Die Krankenkasse zahlt nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang.

1.4 Einige Hinweise für den Therapeuten

1. Damit sich die Patienten über den Einfluß kontextueller Faktoren auf ihre Probleme und auf die Therapie bewußt werden können, müssen sie ein Bewußtsein erlangen über ihr soziales und mentales Zwangsschicksal.
2. Daß kontextuelle Faktoren und Therapie sich gegenseitig beeinflussen können und wie sie das unter Umständen tun, ist den meisten Patienten nicht von vornherein klar. Um ihnen dieses wechselseitige Zusammenspiel Schritt für Schritt verständlich zu machen, kann der Therapeut zum Beispiel fragen: «Könnte das, was Sie mir eben erzählten, auch etwas mit unserer Arbeit hier zu tun haben?»

Ein Patient fragt sich im Verlaufe einer längeren Therapie, ob die gewählte Methode eigentlich die für ihn geeignete sei oder ob es nicht besser wäre, die Methode zu wechseln. Der Therapeut erinnert ihn daran, daß die ursprüngliche Frage, mit der er in die Therapie gekommen ist, die gewesen sei, ob er die richtige Partnerwahl getroffen habe.

3. Der Therapeut macht dem Patienten das Zusammenspiel zwischen seinen Problemen und kontextuellen Faktoren bewußt.

Ein 73jähriger Mann muß wegen einer schweren depressiven Verstimmung nach dem Tod seiner Frau in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert werden. Der Klinikaufenthalt bereitet ihm große Mühe. Die Klinik liegt im gleichen Ort, in dem er sein ganzes Leben verbracht hat. Am liebsten wäre er in eine entfernter gelegene Klinik

eingetreten. In seiner Familie galt die ungeschriebene Regel, daß man sich selber hilft, wenn man Probleme hat. Es wird ihm bewußt, daß er gegen diesen Grundsatz verstoßen hat und daß ihm das zu schaffen macht. Der Therapeut fordert ihn auf, Stellung zu nehmen. Der Patient findet, es sei für ihn eigentlich richtig gewesen, in die Klinik einzutreten. Seine Frau habe sich trotz ihrer schweren Krankheit geweigert, in ein Spital zu gehen. So habe er sie bis zu ihrem Tod zu Hause gepflegt. Damit habe er sich wohl überfordert. Nach ihrem Tod sei er im Begriff gewesen, dasselbe zu tun wie sie. – Von diesem Moment an wandelt sich das Bild des Patienten von der Klinik. Es gelingt ihm besser, seinen stationären Aufenthalt zu akzeptieren und vom therapeutischen Angebot zu profitieren.

4. Der Therapeut soll sich über die kontextuellen Faktoren des Patienten informieren (besonders bei kulturellen Verschiedenheiten).

Der 25jährige Patient ist Sohn italienischer Einwanderer. Obwohl die meisten Geschwister seiner Eltern verstreut in verschiedenen europäischen Ländern leben, unterhalten sie untereinander und zu ihrem Heimatdorf in Süditalien immer noch eine sehr enge Beziehung. Der Patient, der an einer Schizophrenie leidet, ist nach einem zweijährigen Aufenthalt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu seinen Eltern zurückgekehrt. Nun fragt er sich, ob er vorläufig bei ihnen leben oder ob er erneut ausziehen soll. Der Therapeut lädt die Familie ein, um sich ein Bild machen zu können von deren Normen und Wertvorstellungen bezüglich der Pflege eines kranken Familienmitgliedes. Er erfährt von den Eltern und Geschwistern, daß sie sich in hohem Maße verantwortlich fühlen für den Patienten, unabhängig davon, ob er zu Hause oder in einer therapeutischen Wohngemeinschaft lebt.

5. Der Therapeut soll dem Patienten bewußt machen, daß die Umstände, die zur Therapie geführt haben, die Therapie beeinflussen können.

Ein 42-jähriger Mann begibt sich wegen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz in Therapie. Es fällt dem Therapeuten auf, daß der Patient schon im Erstgespräch betont, wie sehr sein Vorgesetzter damit einverstanden sei, daß er eine Therapie beginne. Bald stellt sich heraus, daß die Beziehung zu diesem Vorgesetzten der hauptsächliche Grund ist für die Schwierigkeiten des Patienten. In der Therapie durchlebt der Patient die verschiedenen Aspekte der konflikthaften Beziehung. Empfund er es anfänglich als erleichternd, daß der Vorgesetzte seine Therapie unterstützt, so empfindet er es nun als erniedrigend, daß der Vorgesetzte ihn, wie er es ausdrückt, in die Therapie schickt. Nachdem er eine Weile hin und herschwankt, ob er die Therapie abbrechen solle, entschließt er sich zur Fortsetzung, «aber nicht wegen des Chefs», wie er sagt, sondern weil er selber es will und gut findet.

6. Der Therapeut soll dem Patienten bewußt machen, daß das familiäre und soziale Umfeld, in dem er lebt, die Wirkung der Therapie beeinflusst.

Eine 27-jährige Frau begibt sich wegen phobischen Ängsten in Therapie. Sie entstammt einer Arztfamilie. Ihr Vater hat ihr gegen die Ängste bisher Medikamente verschrieben. Als sie den Eltern berichtet, daß sie eine Psychotherapie begonnen habe, spürt sie eine deutliche Ablehnung. Bei Besuchen zu Hause fragen die Eltern, ob sie immer noch in Therapie sei, ob ihr die Therapie geholfen habe, wie lange sie die Therapie noch fortzusetzen gedenke und wie lange die Krankenkasse noch zahle. Der Konflikt zwischen ihrem Wunsch, frei zu werden von ihren Ängsten und ihrer Angst, die Anerkennung der Eltern zu verlieren, wird ihr bewußt. Erst wenn es ihr gelingt, diesen Konflikt zu lösen, kann die Therapie Erfolg haben.

7. Der Therapeut soll den Einfluß einer unterschiedlichen sozialen und kulturellen Herkunft auf die therapeutische Beziehung erkennen.

1. Die Patientin entstammt einer sozial höheren Schicht als der Therapeut. Der Therapeut stellt bei sich anfänglich ein starkes Mitleidsgefühl der Patientin gegenüber fest. Mit der Zeit erkennt er, daß er sich damit vor unbewußten Neidgefühlen schützt.

2. Dieselbe Patientin äußert mehrmals, wie wichtig ihr eine gepflegte und geschmackvolle Inneneinrichtung sei. Als der Therapeut sie erstmals daraufhin anspricht, wie sie den – eher einfach eingerichteten – Behandlungsraum empfinde, bekennt sie mit einiger Überwindung, daß sie sich hier nicht besonders wohl fühle. Vor Beginn der Therapie habe sie sich vorgestellt, daß die Therapie in einem sehr schönen Raum stattfinden würde, dessen Einrichtung sie sich bis in die Einzelheiten ausgedacht habe. Als sie dann den Raum zum ersten Mal betreten habe, sei sie enttäuscht gewesen. Bis heute irritiere es sie, daß ein so hervorragender Therapeut sich mit einem so bescheidenen Raum begnüge. Diese Aussagen bieten dem Therapeuten Gelegenheit, das Selbstwertgefühl der Patientin und – in einem weiteren Schritt – ihre unbewußten kainitischen Gefühle zu thematisieren.

8. Der Therapeut soll Situationen, in denen kontextuelle Faktoren auf die Therapie einwirken, ausdrücklich thematisieren.

Eine solche in längeren Therapien wiederkehrende Situation sind regelmäßig zu verfassende Kassenberichte. Sie geben dem Therapeuten insbesondere Gelegenheit, mit dem Patienten zusammen eine Zwischenbilanz über den bisherigen Verlauf der Therapie zu ziehen und die Frage nach dem Krankheitswert der aktuellen Probleme des Patienten zu stellen.

9. In längeren Therapien verändert sich das familiäre, soziale und berufliche Umfeld des Patienten. Der Therapeut soll diese Veränderungen im Hinblick auf ihre Rolle für die Therapie ausdrücklich thematisieren. Dazu gehören neue Beziehungen und Trennungen, Geburten und Todesfälle, Wohnortwechsel, Berufswechsel oder Stellenwechsel u. a. m.

Ein 46-jähriger Mann begibt sich wegen Überforderungsgefühlen und anhaltender depressiver Verstimmung in Therapie. Während der Therapie wechselt er die Stelle und nimmt nun eine führende Position in einem international tätigen Konzern ein. In der Therapie rechtfertigt der Patient diesen Schritt damit, daß es sich um eine einmalige Chance gehandelt habe. Der Therapeut fragt den Patienten, ob seine Entscheidung, abgesehen von den äußeren Umständen, auch etwas mit der Therapie zu tun haben könnte. Der Patient erkennt zuerst keinen Zusammenhang. Dann erinnert er sich, daß er als Nichtakademiker dem Therapeuten gegenüber oft Minderwertigkeitsgefühle empfunden habe. Von Schamgefühlen begleitet gesteht er schließlich, daß er, während er sich um die Stelle beworben habe, wiederholt phantasiert habe, er werde, wenn er die Stelle erhalte, wohl einiges mehr verdienen als der Therapeut. Und diese Phantasie habe ihm außerordentliche Lustgefühle bereitet.

2 Schicksalsanalytische Theorie der therapeutischen Veränderung: Die Wirkfaktoren der Schicksalsanalyse (Friedjung Jüttner)

Zunächst wird die schicksalsanalytische Veränderungstheorie dargestellt. Dann werden die Wirkfaktoren der Schicksalsanalyse besprochen. Und zum Schluß folgt ein Ausblick auf Forschungsergebnisse zum Thema Wirkfaktoren.

2.1 Die schicksalsanalytische Veränderungstheorie

Die Veränderungstheorie der Schicksalsanalyse ist ein Konzept ihrer Ich-Psychologie. Diese unterscheidet zwischen dem Trieb-Ich und dem Pontifex-Ich. Dabei ist das Trieb-Ich mit seiner physischen Natur die Bedingung oder die Voraussetzung für das «metaphysische Ich» (Szondi 1960, 168) oder das Pontifex-Ich. Dieses Pontifex-Ich aber ist die bewirkende Instanz, die auf das Trieb-Ich

(aber auch auf andere Bedürfnisse des Menschen) Einfluß ausüben kann, weil sie Macht hat über die Kräfte des Trieb-Ichs (Jüttner 1988). Die schicksalsanalytische Veränderungstheorie ist also identisch mit dem Konzept vom Pontifex-Ich, das durch drei Funktionen definiert ist, nämlich: Transzendieren, Integrieren und Partizipieren.

Diese drei Funktionen bewirken therapeutische Veränderung, aber nur dann, wenn der Therapeut sie vorlebt und eine «wechselseitige Partizipation zwischen dem Ich des Analysanden und dem des Analytikers» besteht. Bei der «positiven Ich-Übertragung» verläuft der Heilungsvorgang über drei Trieb-Ich-Phasen: a) die Partizipation führt zum Eins- und Verwandtsein mit dem Therapeuten. b) In der inflativen Phase möchte der Analysand so sein wie der Therapeut und c) in der introjektiven Phase wird das Ich des Therapeuten dem des Analysanden einverleibt. Oder kurz: «Die Heilung aber entsteht durch Introjektion des Ichs des Therapeuten» (Szondi 1963a, 220). Man könnte nun fragen: Was ist mit der vierten Trieb-Ich-Funktion, der Negation? Die Antwort: Wenn das Ich des Therapeuten introjiziert wird, dann ist sicherlich auch die Negation oder die Fähigkeit zu verzichten eingeschlossen. Dieses Thema wird gleich nochmals im Zusammenhang mit der Übertragung und Gegenübertragung (2.2.2) aufgegriffen. Schließlich sei noch darauf verwiesen, daß hier nicht von seelischen Inhalten, sondern von Funktionen die Rede ist. Und eine psychologische Funktion ist eine von ihren verschiedenen Inhalten unabhängige oder «unter verschiedenen Umständen sich prinzipiell gleichbleibende psychische Tätigkeitsform» (Jung 1972, 131).

Wir glauben auch, daß vor allem mit den drei Pontifex-Funktionen ganz allgemeine Wirkungsschritte erfaßt sind, die für alle Therapien Geltung haben. Oder anders gesagt: In jeder erfolgreichen oder wirksamen Therapie sind diese drei Funktionen – auch wenn sie anders benannt werden – wesentlich mitbeteiligt.

2.1.1 Transzendieren

Transzendieren meint die Fähigkeit des Menschen, Grenzen und Schranken zu überschreiten, Vertrautes verlassen und sich Neuem zuwenden zu können. Sich beispielsweise auf Unbewußtes und allgemein unangenehme Themen einlassen zu können, das bewirkt die Funktion des Transzendierens. Beispielsweise die freie Assoziation, das Deuten und Konfrontieren stehen alle im Dienste dieses Transzendierens.

2.1.2 Integrieren

Integrieren als Funktion meint hier die umgekehrte Bewegung, die nach dem Transzendieren wieder zurück zum eigenen Ganzen führt. Was bedeutet mir das vorher bewußt Gewordene, das neu Entdeckte? Was hat das mit mir zu tun? Wie kann ich es in mein persönliches Bild einordnen? Wie gehe ich damit um?

Das Durcharbeiten und die innere Aussöhnung mit sich selbst und der Welt sind Vorgänge des Integrierens.

2.1.3 Partizipieren

Das Funktionieren des Transzendierens und Integrierens ist die Voraussetzung für das Partizipieren im Sinne des Pontifex-Ich. Partizipieren wird dabei verstanden als Anteilnahme, eigentlich besser als Anteilgabe in zweifacher Richtung: nach innen und außen. Szondi nannte dies autogene und allogene Partizipation, die sich darin zeigt, daß jemand «mit sich und den Mitmenschen eins geworden» ist (1956b, 92). Dabei zielt das Partizipieren auf eine ausgewogene «Machtverteilung» oder eine ausgewogene Gewichtungsbalance zwischen innen und außen. Die «autogene Partizipation» nach innen könnte man auch als eine offene, aber veröhnliche Haltung sich selbst gegenüber bezeichnen. Die «allogene Partizipation» relativiert die Gefahr einseitiger Selbstentfaltung und richtet das Augenmerk nach außen. Sie umfaßt drei wichtige

Bereiche menschlicher Umwelt. Zunächst die Übernatur, d. h. biblisch ausgedrückt, die Beziehung zu Gott. Will man es philosophisch sagen, dann spricht man besser von einem ewigen Seinsgrund, dem sich ein Mensch einzuordnen versucht oder dem er sich verpflichtet fühlt und der seinem Leben Sinn gibt. Dieser Partizipationsteil ist deshalb so wichtig für das Gesunden oder Ganzsein eines Menschen, weil er das Maß individueller Bedeutung im Zusammenhang einer größeren Seinsordnung zu sehen lehrt. Hier wird eine transpersonale Dimension geöffnet, die Religiosität als Eingebundensein in Natur und Übernatur versteht. Die anderen beiden Bereiche allogener Partizipation sind die Mitmenschen (Mitwelt) und die Natur (Umwelt).

Gegen Ende der Analyse begann ein junger Mann, der bislang dem Religiösen sehr skeptisch gegenüberstand, die Stunde folgendermaßen: «Ich habe beschlossen, an Gott zu glauben. Das tönt komisch. Früher hatte ich Angst, daß ich mit dem Glauben an Gott ein Stück meiner Freiheit aufgebe, daß ich die Realität nicht erkennen könne, daß mir der Glaube den Zugang zur Wahrheit verstellen könne ... Ich will nicht einen Glauben, der einen blind macht oder in eine Traumwelt führt. Ich möchte durch den Glauben die Wirklichkeit, das Leben besser sehen, Einsicht gewinnen in das, was das Leben wirklich ist ... Daß das Leben Tiefe bekommt, die es sonst nicht hätte. Es hat etwas mit dem Sinn zu tun... Daß man durch so ein Leben eher den Zugang zum Menschen bekommt. Daß es etwas Befreiendes hat. Befreiung aus dem eigenen Kopf oder dem eigenen Ich. Eine Öffnung zum Leben, indem man sich mit etwas auseinandersetzt, das über einem ist, etwas, was über die Realität hinausgeht, umfassender ist als das, was vordergründig wichtig scheint. Ich glaube, das ist es irgendwie».

Diese Passage beginnt nicht nur mit einem überraschenden Satz, sondern sie inszeniert auch sprachlich die beschriebene Veränderung, nämlich den im Glauben vollzogenen Abschied vom Ich zu etwas Höherem, ohne sich dabei aufzugeben. Der Wechsel im

Gebrauch des Personalpronomens «Ich» hin zum allgemeineren «man» unterstreicht die angesprochene «Befreiung aus dem eigenen Ich» und den größeren «Zugang zum Menschen».

2.2 Schicksalsanalytische Wirkfaktoren oder «Wahl macht Schicksal»

In der Schicksalsanalyse hat der Begriff der Wahl eine wichtige wirkungsvolle Bedeutung, denn alle Wahlentscheide eines Menschen beeinflussen sein Schicksal. Dabei wird zwischen der «Zwangswahl» und der «Freiheitswahl» unterschieden. Die Zwangswahl ist eine von inneren und äußeren Notwendigkeiten diktierte, beispielsweise vom Erbe und der Umwelt. Während die Zwangswahl in der Regel eine unbewußte Entscheidung ist, wird die Freiheitswahl ganz bewußt getroffen. Je mehr diese Wahl vom «partizipativen Ich» aus geht, d. h. je mehr sie bewußt auf die eigenen Bedürfnisse und die der anderen unter Einbezug einer höheren Seinsordnung Rücksicht nimmt, desto mehr ist es eine Freiheitswahl. Sie kann sogar in einem Ja zum unabänderlichen Zwangsschicksal, beispielsweise dem einer Invalidität oder einer Krankheit bestehen.

Therapie machen, ist ein schicksalhafteres Ereignis, das durch eine ganze Kette von verschiedenen Wahlen – sowohl des Patienten wie auch des Therapeuten, wie auch von Zwangs- und Freiheitswahlen – bestimmt ist.

Dabei dominieren in der Regel zunächst die Zwangswahlen. Sie sind durch seelische Konflikte und Störungen, aber auch durch die Umwelt bedingt. Es sei nur an das jeweilige Versorgungssystem und die schon genannten kontextuellen Faktoren (Teil IV, 1) erinnert.

2.2.1 Die Wahl der Therapeuten (als Wirkfaktor)

Es ist heute in der Psychotherapieforschung unbestritten, daß der therapeutischen Beziehung eine, bzw. sogar die große, therapeuti-

sche Wirkung zugeschrieben wird. Wie diese gute therapeutische Beziehung entsteht, ist allerdings weniger bekannt und erforscht. Die Schicksalsanalyse hat mit ihrem Konzept des Genotropismus (Szondi 1944) eine Theorie entwickelt, die unserer Meinung nach Hinweise auf die nötigen Voraussetzungen einer guten Beziehung liefert.

«Unter Genotropismus versteht die Schicksalsanalyse die wechselseitige Anziehung latent erbverwandter Personen ... Genverwandt sind somit Individuen, in deren Erbbeständen verwandte oder identische zurückkehrende (rezessive) Erbanlagen enthalten sind. Die Partner einer Liebe oder Freundschaft wie auch die eines Berufes, der mit Menschen zu tun hat, sind erbverwandt» (Szondi 1963a, 211). Diese «Genverwandtschaft» spielt also nicht nur bei der Gatten- und Freundschaftswahl eine entscheidende Rolle, sondern auch bei der gegenseitigen Auswahl von Therapeuten und Patienten.

Die genotrope Wahl zwischen Therapeut und Patient ist noch keine Garantie für das Gelingen einer interpersonellen Beziehung, denn diese muß immer wieder gepflegt und genährt werden, wohl aber ist sie als eine wesentliche Vorbedingung für ein gutes Gelingen zu verstehen.

Wie läßt sich diese genotrope Beziehung eruieren? Eigentlich ganz einfach und spontan. Der Wählende muß sich nur fragen: ist mir das Gegenüber sympathisch oder unsympathisch? Warum ist er mir wohl sympathisch? Vielleicht läßt sich diese Sympathie an bestimmten Erbkreisen (wir kennen vier) oder ganz bestimmten Neigungen (davon kennen wir acht) festmachen.

Vielleicht vergleicht ein Therapeut seinen Szondi-Test oder sein Genogramm mit dem seines Patienten, um darüber mehr Klarheit zu erhalten. (Darüber bestehen leider noch keine Untersuchungen.)

Umgekehrt sollte ein Patient schon nach den ersten Begegnun-

gen mit seinem Therapeuten aufgefordert werden, sich die «Sympathiefrage» zu stellen. Er soll auch auf die Wichtigkeit, diese Frage bejahen zu können, aufmerksam gemacht werden.

Es ist für unsere gemeinsame Arbeit von Bedeutung, ob Sie sich bei mir wohlfühlen können und ob ich Ihnen auch etwas sympathisch bin. Das muß nicht automatisch so sein. Wenn nicht, könnte es u. U. besser sein, Sie probieren es nochmals woanders.

2.2.2 Wahlverwandtschaft, Übertragung und Gegenübertragung

Die Erbverwandtschaft wirkt sich auch auf die Übertragung und Gegenübertragung aus. Szondi sagte dazu: «Die analytische Übertragung ist eine seelische Situation, in der die familiären Projektionen öfter, als man es zu ahnen wagte, am Werke sind. Die Chance einer günstig und rasch verlaufenden Analyse ist unseren Erfahrungen nach um so größer, je größer die «genotropische» Beziehung, also die Genverwandtschaft zwischen dem Analysierten und dem Analysator ist. Darum ist die Anschauung so manchen Analytikers unrichtig, daß er «keine Mentükarte» sei, die der Analysand vorerst «gustiert» und auf Grund der Sympathie oder Antipathie dann wählt oder ablehnt» (1956a, 177).

Es wäre falsch zu glauben, daß die genotrope Beziehung sich nur positiv in einer Therapie auswirke. Sie hat auch Nachteile. Je ausgeprägter die Übertragung, um so ausgeprägter ist in der Regel auch der Widerstand.

Die Genverwandtschaft kann auch für den Analytiker zur Gefahr werden, nämlich dann, wenn in der Behandlung seine eigenen Ahnenfiguren aktiviert werden. Zu einem Fehlverhalten des Analytikers kommt es aber nur dann, wenn er nicht Nein sagen und Stellung nehmen kann. Und umgekehrt: «Der Heilungsprozeß beruht eben darin, daß der Therapeut sein starkes, unter allen Umständen verzichtenkönnendes Ich auf das Ich seiner nicht verzich-

tenkönnenden Patienten projiziert und der Patient von Stunde zu Stunde allmählich zur Introjektion des starken, verzichtenden Ichs seines Analytikers fähig wird» (Szondi 1963a, 217).

Beispiele finden sich im Therapiebuch Szondis: 1963a, 216–219.

2.2.3 *Wahl von Beruf und Hobby*

Das Erbe oder die Ahnen sind Gegebenheiten, die sich nicht weg-analysieren lassen. Oder wie Szondi es ausdrückt: «Die Erbstruktur läßt sich niemals ausmerzen» (1963a, 212). Sie muß auch gar nicht. Denn in dieser Erbstruktur liegt nicht nur Gefahr, sondern auch Chance. Eine neue, geschickte Wahl kann ein ehemals krankmachendes Bedürfnis ummünzen in eine sozialisierte berufliche oder als Hobby gepflegte Tätigkeit. Oder unter dem Aspekt der Dynamik betrachtet, kann man sagen: ein Triebanspruch will befriedigt werden, entweder direkt oder über ein Nebengeleise. Wichtig ist, er findet ein Ventil, das ihm Entlastung und Entspannung verschafft.

Ein sehr mißtrauischer, paranoid veranlagter Bauzeichner beschließt am Ende der Analyse, ein Psychologiestudium zu beginnen. Heute ist er als erfolgreicher beratender Psychologe tätig. Sein Bruder sozialisierte seine mißtrauische Neigung dadurch, daß er Kriminalpolizist wurde.

Bei dieser Umorientierung, die oft spontan erfolgt, muß der Therapeut auch manchmal behilflich sein. Dies kann beispielsweise mit Hilfe des Genogramms geschehen, indem man auf sich dort anbietende Sozialisierungs- oder Sublimierungsmöglichkeiten aufmerksam macht. Es ist auch möglich, sonstige Vorschläge zu machen.

Beispielsweise empfahl Szondi einem seiner paranoid gefährdeten Patienten, sich mit Religionsphilosophie zu beschäftigen (1956b, 89; identisch mit Fallbeispiel Teil IV, 3).

So gesehen wird Wahl zum Schicksal, für beide: Therapeut und Patient. Neben der Beziehung und der damit verbundenen Wahltheorie sollen noch einige typische Wirkfaktoren genannt werden.

2.2.4 *Spezifische Wirkfaktoren*

Es ist eher theoretisch oder didaktisch bedeutsam, wenn wir jetzt bei der Aufzählung der mehr oder weniger spezifischen Wirkfaktoren zwischen solchen der Psychoanalyse und denen der Schicksalsanalyse unterscheiden. In der Praxis sind die Übergänge fließend.

Wir halten es zudem für schwierig, von Wirkfaktoren im Sinne einzelner Maßnahmen zu sprechen, weil die therapeutische Wirkung in der Regel mehr einem Prozeß, und darum einer Kette von Maßnahmen, zu verdanken ist. Trotzdem nennen wir hier einzelne solcher Maßnahmen.

Eher psychoanalytische Wirkfaktoren:

- Einsichtsgewinn mittels der freien Assoziation.
- Deuten des Materials, des Widerstandes, der Übertragung und Gegenübertragung.

Eher schicksalsanalytische Wirkfaktoren:

- Erkennen der Ahnenansprüche.
- Bewußtes Erlebenlassen der Ahnen, damit eine Aussöhnung stattfinden kann.
- Konfrontieren mit krankmachenden und gesunden Ahnen, im Sinne einer Zusammenfassung.
- Aufzeigen neuer Möglichkeiten, z. B. der operotropen.
- Aufforderung zur Wahl oder Stellungnahme und Selbstentscheidung (Szondi 1963a, 352).
- Aktivieren der Glaubensfunktion, der Sinnfrage.

2.3 *Der Stand der Forschung. Was wirkt denn überhaupt?*

Die Frage nach dem, was in der Psychotherapie eigentlich wirkt, wird in der sog. Process-and-Outcome-Forschung untersucht. Einen Überblick über die bisher vorliegenden Ergebnisse dieser Untersuchungen geben Orlinsky, Grawe & Parks (1994, besonders 278–363). Sie unterscheiden bei der Psychotherapie zwischen einem System von Handlungen und dem Umfeld, in dem diese stattfinden. Diese Unterscheidung erlaubt Wirkung (outcome) als den Effekt zu formulieren, den die in der Therapie oder der Patientensituation gemachten Erfahrungen auf andere Lebensbereiche des Patienten, wie Familie oder Beruf haben.

Je nach Perspektive (des Patienten, des Therapeuten oder der Beobachter) konvergieren oder divergieren die einzelnen positiv mit Outcome verbundenen Variablen. Elf jedoch sind bei allen drei Perspektiven hochsignifikant:

1. Eignung des Patienten,
2. Kooperationsbereitschaft des Patienten vs Widerstand,
3. Therapeutische Beziehung im weiten Sinn oder Gruppenkohäsion,
4. Beitrag des Patienten zur therapeutischen Beziehung,
5. Mitarbeit des Patienten,
6. Ausdrucksfähigkeit des Patienten,
7. Bestätigung des Therapeuten durch den Patienten,
8. Gegenseitige Bestätigung,
9. Offenheit des Patienten vs Verteidigungshaltung,
10. Positive Erfahrung in der Therapie,
11. Behandlungsdauer.

Diese stichwortartige Aufzählung mag beim ersten Lesen den Eindruck erwecken, als würde sie viel Information vermitteln. Wegen ihrer Unbestimmtheit tut sie das aber nicht. Von Punkt 11 abgese-

hen basieren alle anderen 10 Variablen auf der genotropen Wahl, die erklären könnte, warum diese Zustände zustandekommen oder nicht. Das gilt auch für die anschließend beschriebenen «konsistenten Prozeß-Outcome-Beziehungen»: «Die Qualität der Teilnahme des Patienten an der Therapie ist die wichtigste Determinante für das Therapieergebnis. Die therapeutische Beziehung, vor allem aus der Sicht des Patienten, ist besonders wichtig für den Zusammenhang von Prozeß und Ergebnis. Die Hilfe, die der Therapeut dem Patienten angedeihen lassen kann, geschieht vor allem über Empathie, Bestätigung, Zusammenarbeit und Selbst-Kongruenz sowie durch Interventionen wie Deutung, Konfrontation in der Vorstellung und paradoxe Intention. Diese konsistenten Prozeß-Outcome-Beziehungen, basierend auf buchstäblich Hunderten von Untersuchungen, stellen eigentliche Fakten einer mehr als 40jährigen Therapieforschung dar. Aber auch Fakten bedürfen der Interpretation ...» (Orlinsky u.a. 1994, 361).

Bei Therapeuten dürfte noch folgender Befund auf Interesse stoßen: Im Hinblick auf das Ergebnis (outcome) sind nach dieser gleichen Studie (Orlinsky u. a. 1994, 363) die einflußreichsten Therapeutenvariablen die drei folgenden:

- die Fähigkeit zu helfen,
- die Erhaltung der Stabilität im therapeutischen Rahmen und
- die Treue (adherence) zum Behandlungsmodell.

Als Beispiel verweisen wir auf das nächste Kapitel.

3 Ein Fallbeispiel (Friedjung Jüttner)

Im Buch «Heilwege der Tiefenpsychologie» (1956b, 71–93) beschreibt Szondi relativ ausführlich einen Therapieverlauf, der hier gerafft wiedergegeben wird. Wir erachten diese Falldarstellung nicht als ein Paradebeispiel, haben uns aber für sie entschieden, weil uns keine andere geschlossenerere Darstellung einer Schicksalsanalyse aus der Literatur bekannt ist.

Der hier beschriebene Patient wird als Konduktor (Erbträger) eines paranoiden und epileptiformen Ahnenanspruchs vorgestellt. Es geht um einen 45jährigen Bankprokuristen, der erst vom 37. Lebensjahr an mit Frauen in sexuellen Kontakt kam. Seine erste große Liebe galt einer um 23 Jahre älteren Frau, von der er sich nur mit großer Mühe lösen konnte. Bei Frauen etwa gleichen Alters war er impotent. Die Analyse bei Szondi dauerte 15 Monate und bestand aus 101 Doppelstunden, in denen 152 Träume ausgelegt wurden. Der Patient war auf Anraten seiner früheren Analytikerin zu Szondi gekommen, weil sie fand, er solle die Therapie bei einem männlichen Analytiker fortsetzen.

Um die Abfolge einer Schicksalsanalyse «lege artis» überblicken zu können, stellen wir die Gliederung dieser Falldarstellung (im Original) voran.

- A. Die psychoanalytische Phase
- B. Die schicksalsanalytische Phase, die Konfrontation
 - I. Das Erlebenlassen der kranken Ahnen
 - II. Die Konfrontierung des Patienten mit seinen kranken Ahnen und Wahlen auf Grund des genotropischen Stammbaumes
 - III. Die Konfrontierung des Patienten mit den Ergebnissen des Triebtestes
- C. Die Phase der Ich-Analyse

3.1 *Die psychoanalytische Phase*

Sie bedient sich weitgehend der Methoden und Techniken der Psychoanalyse, wie Couch, freier Assoziation und großer Zurückhaltung des Analytikers. Dieser versucht «den unbewußten oder nicht bemerkten Zusammenhang zu erkennen, der das Motiv für das Problem bildet, unter dem der Patient aktuell leidet» (Klüwer 1996, 171). Es geht um die Bewußtmachung und das Verständnis verdrängter Triebregungen. In diesem Fall sind das die starke Inzestbindung an Mutter und Schwester, Kastrationsängste, prägenitale Regungen analen, exhibitionistischen, sadistischen und anal-sadistischen Charakters sowie verdrängte Homosexualität.

Die Bewußtmachung dieser Triebregungen wird hauptsächlich über die Arbeit mit Träumen geleistet. Es dürfte eine Ausnahme sein, daß dieser Patient die ihm bewußt gewordenen Triebwünsche selber schriftlich zusammenfassen kann (1956b, 73–75).

Auch wenn die Impotenz des Patienten in relativ kurzer Zeit verschwand, geht für den Schicksalsanalytiker die Therapie weiter, «weil in den Träumen und Einfällen des öfteren merkwürdige Figuren auftauchten, die Symptome bestimmter Erbkrankheiten trugen» (Szondi 1956b, 76).

Theoretisch formuliert heißt das: die psychoanalytische Phase richtet ihr Augenmerk auf die Bearbeitung der «Tribschicksale» bzw. der «Triebansprüche» dieses Mannes. In der sich anschließenden Phase werden zudem auch noch die «Ahnenansprüche» und das «Ganz-Schicksal» bearbeitet (Szondi 1963a, 56–57).

3.2 *Die schicksalsanalytische Phase*

Es sei hier nochmals kurz in Erinnerung gerufen: Der äußere Unterschied zur vorhergehenden, das persönliche Unbewußte bearbeitenden Phase liegt nicht in der Änderung des Settings, sondern in der eher aktiveren Haltung des Therapeuten, «indem er be-

stimmte aus dem Traum- oder Einfallsmaterial stammende Reizworte energischer handhabt» (Szondi 1956b, 56).

Wie schon erwähnt (Teil III, 3.2), ist es nicht immer einfach, die Ansprüche aus dem persönlichen von denen aus dem familiären Unbewußten klar zu unterscheiden. Zwei Indizien können dabei helfen:

1. «Es erscheinen gewisse kranke Figuren in den Träumen oder in den freien Einfällen des Patienten, die einem ganz bestimmten Erbkreis angehören, wieder und wieder.»
2. «Der Patient produziert selbst im Laufe seiner Einfälle solche Symptome auf der Couch, welche als sichere Vorzeichen (Prodrome) oder Symptome einer seelischen Krankheit ... aufzufassen sind» (Szondi 1956b, 76).

Mit der Konfrontation dieser Ahnen soll der Analytiker lange warten. Zuerst soll der Patient sie möglichst intensiv erleben, damit diese Erfahrung zu einem «heilenden Schockerlebnis» werden kann.

3.2.1 Das Erlebenlassen der kranken Ahnen und die Konfrontation mit ihnen

Beim Patienten dieser Falldarstellung haben sich zwei kranke Ahnenfiguren angekündigt. Er ist – wie bereits gesagt – Träger von paroxysmalen epileptiformen und paranoiden schizophrenen Anlagen.

Die paroxysmal-epileptiforme Ahnenfigur erscheint in einem Traum beispielsweise als Stotterer. Im Zusammenhang mit Einfällen zu einem tödlichen Unfall gerät der Patient auf der Couch plötzlich in einen Zustand der Verwirrung. In anderen Träumen erleiden Personen verschiedene Anfälle. Als dann auch Mörder und Totschläger im Traum auftauchen, hält Szondi den Punkt für ge-

kommen, ihn mit den beiden Kain- und Abel-Schicksalsmöglichkeiten zu konfrontieren.

Aber auch die schizoformen Ahnenfiguren zeigen sich in Träumen. So äußert die Mutter des Patienten im Traum, er sei durch die Empfängnis des Heiligen Geistes zur Welt gekommen. Diese Mutter steht in Wirklichkeit am Rande des Religionswahns. Ihr Bruder wurde als religionswahnsinnig betrachtet, weil er in Ekstasen mit religiösen Inhalten verfiel. Der Patient erlebt seine latente Schizophrenie auch noch in Form von Neologismen, die er auf der Couch produziert.

Zu dem aus einem Traum stammenden, wiederholt exponierten Reizwort «komisch» assoziiert er beispielsweise: «Komisch ... Komet ... Tibet ... Turibund, Lüstükü, Tausendsassa, Azimet, Weltlaus ...

Szondi erwähnt, daß er sich dazu nicht geäußert und vielmehr auf neue Neologismen gewartet habe, die dann auch – episodisch – kamen. Dabei fördert er diesen Prozeß immer wieder durch Reizwörter, wie «Erstickung» oder «toter Mann», die u. a. auch wirklich zu weiteren Neologismen führen. Der Patient soll dadurch seinen psychotischen Zustand schrittweise wach erleben und sich seiner langsam bewußt werden.

Nachdem dies oft genug und affektiv stark geschehen ist, geht Szondi den Bedeutungen der einzelnen Neologismen nach, indem er bestimmte davon dem Patienten exponiert und ihn auffordert, seine Einfälle dazu zu bringen. So führt das «Buruburuburu» zu folgender Assoziationskette: «Urin, Urwald, peng, zichst, wühlen im Urwald, Schamhaare ... Inzest» (Szondi 1956b, 83).

Erst als Szondi die latente Schizophrenie-Anlage für ausreichend erlebt erachtet hat, entschließt er sich, den Patienten damit auch noch zu konfrontieren (cf. unten 3.2.2).

Der bisherige Heilungsprozeß besteht also aus drei Schritten:

1. Die latenten schizophränen Ahnen werden deutlich erlebt.
2. Es wird geklärt, daß in diesem Fall die Neologismen Abwehrformen gegen verpönte Triebansprüche (Inzest, Analsadismus, Lustmord) sind. Und
3. der Patient kann jetzt bewußt Stellung nehmen gegen die bewußt gewordenen Triebansprüche und den Verzicht als Abwehr einsetzen.

In der Folge verschwinden nicht nur die Neologismen in den Assoziationen, sondern auch die Angst, wie Vater und Onkel schizophrän zu werden.

Szondi gibt jetzt dem Patienten den Auftrag, seinen Stammbaum zusammenzustellen. In der Regel geschieht dies schon bei der Voruntersuchung.

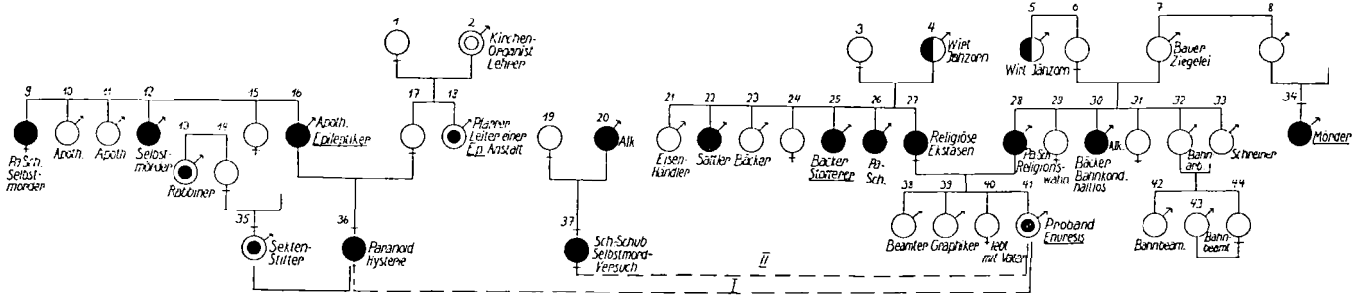
3.2.2 Die Konfrontation mit dem Stammbaum

Dabei geht Szondi in zwei Schritten vor. Zuerst konfrontiert er die genotypischen (betr. Blutsverwandte), dann die genotropistischen (betr. Wahlverwandte) Daten des Stammbaums. Auf Seite 200 befindet sich ein Auszug aus dem Genogramm dieses Patienten.

Zunächst die genotypischen Daten, die dem Analysanden in Erinnerung gerufen werden: In der Familie des Vaters (Nr. 28) fällt eine häufige paroxysmale Todesursache auf, nämlich der Tod durch Unfall. Die Berufswahlen wie Eisenbahner und Lokomotivführer gehören ebenfalls in diesen Krankheitskreis. Der Vater selbst war wegen paranoider Schizophrenie interniert.

Ein Cousin des Vaters (Nr. 34) hat im Spiel einen Freund erschossen. Einige Leute der Familie (Nr. 7, Nr. 5) und besonders auch der Vater (Nr. 28) sind jähzornig.

Die Mutter des Patienten (Nr. 27) entstammt einer Sektiererfamilie, ihr Bruder (Nr. 26) leidet an Verfolgungsideen. Ein anderer Bruder der Mutter (Nr. 29) ist Stotterer und der Patient selbst Bettnässer.



Nun zur Konfrontation mit den genotropistischen Daten: Die erste große Liebe des Patienten ist eine 60jährige hysteriforme paranoide Frau (Nr. 36). Ihre Tante (vs Nr. 9) ist wegen paranoider Schizophrenie in einer Anstalt und vergiftete sich selbst. Ein Onkel (Nr. 12), ein Apotheker, nimmt sich ebenfalls mit Gift das Leben. Auch die Beziehung zur Religion fällt in dieser Familie auf. Ein Onkel (Nr. 18) ist Pfarrer und Leiter einer Anstalt für Epileptiker. Dann finden wir einen Organisten (Nr. 2), einen Wanderprediger (Nr. 35) und einen Rabbiner (Nr. 13).

Die zweite Liebesbeziehung hat der Proband zu einer Frau (Nr. 37), die vorher einen paranoid-schizoformen depressiven Schub hatte und mit Elektroschock behandelt wurde. Sie ist zudem suizidgefährdet.

Alle diese Daten sprechen dafür, daß der Proband Träger sowohl der paroxysmal-epileptiformen wie auch der paranoid-schizophrenen Anlage ist.

3.2.3 Die Konfrontation mit dem Trieb-Test

Die im Szondi-Test errechneten Tendenzspannungsdifferenzen und die Proportionen der Latenzgrade (Szondi 1960, 276–286) sind die folgenden:

$$\frac{\text{Schp}+}{5} \quad : \quad \frac{\text{Cm}+}{5} \quad : \quad \frac{\text{Ss}-}{4} \quad : \quad \frac{\text{Pe}-}{1}$$

Es fallen also drei Triebgefahren auf:

1. «die paranoid-schizophrene Besessenheit von religiösen oder anderen Ideen (Schp+-Klasse),
2. die krankhafte Anklammerung an eine Mutterfigur (Cm+-Klasse),
3. die krankhafte, masochistische Hingabe sowohl in der Liebe wie in der Religion (Ss- Klasse)» (Szondi 1956b, 89).

Die Pe-Klasse ist als Ventil oder Ausweg aus den drei anderen Triebkonfliktkreisen zu verstehen. Sie könnte beispielsweise zu Bettnässen, Jähzorn oder Affektmord führen, sie könnte aber auch in den Berufstätigkeiten eines Religionswissenschaftlers, eines Juristen oder Ethikers sozialisiert werden.

3.2.4 Die Zusammenfassung der Schicksalsmöglichkeiten

Nachdem mit Hilfe der drei eben beschriebenen Methoden (die Szondi Schocktherapie nennt) dem Probanden die beiden Ahnen oder familiär bedingten Anlagen lebendig vor Augen geführt und «die Schockwirkungen völlig abgeebbt» (1956b, 89), d. h. sie nicht nur bewußt, sondern auch akzeptiert und integriert sind, gibt Szondi seinem Patienten eine «Zusammenfassung seines Schicksals» (Schicksal verstanden als Summe der Existenzmöglichkeiten, unter denen ein Mensch zu wählen vermag), die in einen Rat ausmündet. Damit will er auf eine positive Existenzform, die mit diesen eben nicht nur krankmachenden Ahnen in Verbindung steht, aufmerksam machen. Er tut dies in drei Schritten:

1. Der Patient muß sich bewußt bleiben, daß er eine Anlage zu (paroxysmaler) Schizophrenie in sich trägt.
2. Solange er diese Anlage unterdrückt oder verdrängt, ist er in seiner seelischen Gesundheit wie auch in seiner Liebeswahl gefährdet.
3. Er kann diese Anlage auch unter Einsatz seiner Ich-Funktionen sublimieren oder besser sozialisieren. D. h.: er kann sich in bewußter «Freiheitswahl», beispielsweise mit Themen der Religionswissenschaft beschäftigen und damit seine Anlage in «gesunder» Form ausleben.

Damit nähert sich Szondi dem, was Freud Konstruktion nennt, nur erweitert er es um die genotypische Dimension. Einerseits dient der

Psychoanalyse die Konstruktion dazu, «verdrängte Erinnerungen oder Erinnerungsfragmente wieder auftauchen» zu lassen oder, wenn dies nicht geschieht, die fehlenden Erinnerungen durch die Konstruktion sogar zu ersetzen. Andererseits liegt die Bedeutung der Konstruktion auch in der «Organisation des Materials» (Laplanche-Pontalis 1972, 269). So erwartet die Schicksalsanalyse durch die Konfrontation oder die eben beschriebene Zusammenfassung der Schicksalsmöglichkeiten eine heilende Wirkung. Ziel dieser Wirkung ist die bewußte Stellungnahme oder eine bewußte Wahl, die sich in einer ganz bestimmten Berufstätigkeit oder einer speziellen Beschäftigung, wie hier mit Religionswissenschaft, äußern kann. Dieses Konfrontieren des Patienten mit allen seinen Schicksalsmöglichkeiten setzt das Sammeln und Verfügbarhaben des entsprechenden Materials voraus und hebt sich vom psychoanalytischen Vorgehen behandlungstechnisch ab. Es ist aber etwas ganz Zentrales schicksalsanalytischer Therapie.

3.3 Die Phase der Ich-Analyse

Diesen ich-analytischen Teil der Schicksalsanalyse vom vorhergehenden klar abzugrenzen gelingt eher theoretisch als praktisch. Im Wesentlichen geht es um die Erarbeitung des Ganz-Schicksals, oder ich-psychologisch gesagt, um die Herstellung der allogenen und autogenen Partizipation, d. h. um die Fähigkeit mit sich selbst, mit den Menschen, der Natur und Übernatur eins sein zu können. Dazu gehört die Fähigkeit, die vorher unbewußten Abwehrformen in bewußte Stellungnahme und – wenn nötig – in Verzicht überzuführen.

Szondi hat in dieser Falldarstellung die sog. Ich-Analyse oder die Analyse des Freiheitsschicksals nur zusammenfassend beschrieben. Darum werden die einzelnen Schritte leider nicht genügend deutlich. Außerdem läßt er in diesem speziellen Fall den Patienten seine «Verwandlung» selber beschreiben (1956b, 90–92).

Das Vorgehen Szondis ist auch nicht ersichtlich, wenn er schreibt, daß er den Patienten langsam zu einer Überzeugung führt. Er sagt nicht, wie er das tut. Der Inhalt dieser Überzeugungsarbeit ist, dem «Geist», bzw. der Glaubensfunktion große Aufmerksamkeit zu schenken und sich von dieser höheren Instanz her ein persönliches Wahlschicksal schrittweise aufzubauen. Nur so gelinge die Sozialisierung der epileptiformen und paranoiden Anlage in ein Interesse an Religionswissenschaft.

Im Sinne des Aufbaus des Ganz-Schicksals hat Szondi seinen Patienten bewogen, eine neue Machtverteilung vorzunehmen. Dem Erbe mit seinem krankmachenden Ahnenanspruch die Besetzungsenergie oder Aufmerksamkeit zu nehmen und ganz bewußt diesen Ahnenanspruch auf sozialpositive Weise zu befriedigen. Dies ist eine Entscheidung, die dem Pontifex-Ich zugeschrieben wird, das durch seine Öffnung zur höheren Instanz, dem Geist, den Menschen befähigt, Ausgewogenheit herzustellen oder eben ein Ganz-Schicksal in die Wege zu leiten.

Voraussetzung für das Werden des Ganz-Schicksals ist «die Versöhnung mit den inneren Gegensätzen» (1956b, 90). In diesem Fall sind solche Gegensätze «Kain und Abel» oder «Teufel und Engel» in all ihren möglichen Erscheinungsweisen. Es geht darum, diese Schattenseiten nicht mehr zu fürchten oder gar zu hassen, sondern sie sogar zu lieben. Das heißt, sich mit sich aussöhnen oder die Gegensätze integrieren. Und wenn das erreicht ist, kann auch die Versöhnung mit der Menschheit und der Welt voranschreiten. Damit wäre das Ziel, nämlich die autogene und allogene Partizipation, erreicht. Szondi beendet seinen Bericht mit dem Satz: «Er ist nun mit sich und den Mitmenschen eins geworden» (1956b, 92).

Noch eine Schlußbemerkung: Will man von diesem Fall auf die Methode und ihre Konzepte schließen, bleibt ein Unbehagen hinsichtlich des Ungenügens zurück. Das hat seinen Grund in der

Sache selbst. Der reale Heilweg einer Therapie unterscheidet sich in der Regel vom theoretischen, weil das Vorgehen in der Praxis gewöhnlich nicht konzeptgeleitet, sondern patientenbestimmt ist. Die Theorie, auch wenn man sie gut integriert hat, bleibt in der praktischen Arbeit im Hintergrund. Ist dies nicht so, wird man möglicherweise einer Schuldoktrin, wohl aber kaum dem Patienten gerecht. Ein Dilemma, vor dem alle die Kandidaten stehen, die sich mit einer Fallvorstellung vor Kollegen qualifizieren müssen.

4 Anwendung in Ausbildung und Therapieforschung (Martin Borner)

Dem Manual liegt der Idealtypus einer schicksalsanalytischen Therapie zugrunde. Bereits die «Schicksalsanalytische Therapie» Leopold Szondi (Szondi 1963) bildet kein zum Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung verbreitetes therapeutisches Verfahren ab. Sie stellt vielmehr einen programmatischen Entwurf dar, basierend auf relativ wenigen Fallgeschichten ihres Autors.

Bis heute hat die schicksalsanalytische Therapie keine weite Verbreitung gefunden, und unter ihren Vertretern besteht nur eine teilweise Übereinstimmung darüber, was das spezifisch Schicksalsanalytische an dieser Therapie sei. Unter diesen Voraussetzungen kann das Manual der Schicksalsanalytischen Therapie nicht mehr sein als ein Bezugssystem, an dem sich das eigene therapeutische Vorgehen reflektieren und überprüfen läßt.

4.1 *Das Manual in der Ausbildung*

Am ehesten kommt das Manual dem Bedürfnis der Studierenden nach konkreten Handlungsanweisungen entgegen. Sie haben berechtigten Anspruch darauf zu wissen, wie man «es» macht. Die ihnen angebotenen Regeln entheben sie nicht der Aufgabe, einen

ihnen gemäßen therapeutischen Stil zu finden. Im übrigen gilt für alle therapeutischen Interventionen, daß sie erst an der Wirkung, die sie zeitigen, beurteilt werden können. Und diese Wirkung läßt sich in keinem Fall mit Sicherheit voraussagen. Deshalb sollte als oberste Handlungsanweisung für alle Therapeuten gelten: Achte bei allem, was du tust, darauf, welche Reaktion es beim Patienten auslöst.

Das Lernen an einem von individuellen Besonderheiten weitgehend gereinigten Idealtypus kann es den Studierenden erleichtern, eigene Phantasien über das therapeutische Vorgehen zu entwickeln. Fallgeschichten großer Meister, die schon Freud dem Studium empfahl, haben demgegenüber den Nachteil, daß sie leicht Widerstände gegen die Person des Therapeuten auslösen.

Keineswegs darf den Studierenden der Eindruck vermittelt werden, daß sie es nur so, wie es im Manual steht, richtig machen. Wenn auch, nach einem Wort von Morgenthaler, nicht alle Wege nach Rom führen.

Einige Hinweise zur Anwendung des Manuals in der Ausbildung

Das Manual kann in den Seminarien zur Schicksalsanalytischen Therapie als Lehrmittel eingesetzt werden. Erstens parallel und als Ergänzung zur Lektüre des Lehrbuches (Szondi 1963), dessen Operationalisierung es darstellt. Zweitens als Grundlage bei der Besprechung von Therapieverläufen und Fallvignetten. Drittens in der Supervision.

Die didaktische Umsetzung obliegt den Dozenten und Supervisoren. Sie können sich von den Autoren des Manuals beraten lassen.

Das Kapitel Voruntersuchung (Teil III, Kap. 1) kann im Seminar «Erstgespräch» behandelt werden.

Didaktische Hinweise

1. Die Dozentinnen und Dozenten haben dafür zu sorgen, daß die Studierenden im Manual nicht ein – im wertenden Sinne gemeintes – Muster oder Vorbild erkennen, sondern ein Hilfsmittel zur Reflexion ihres eigenen therapeutischen Handelns.
2. Abweichungen von dem im Manual festgelegten Muster bieten Gelegenheit zur Reflexion. Zwei Formen von Abweichungen sind denkbar: beabsichtigte und bewußte aufgrund einer bestimmten Indikationsstellung oder einer bestimmten Situation (Krisenintervention, Suizidprophylaxe, stationäre Therapie u. a.); unbeabsichtigte und unbewußte innerhalb einer als schicksalsanalytisch intendierten Therapie.
3. Die Lektüre des Manuals ersetzt nicht jene der «Schicksalsanalytischen Therapie» und den ihr zugrundeliegenden Hauptwerke Szondis: Experimentelle Triebdiagnostik, Schicksalsanalyse, Triebpathologie, Ich-Analyse.
4. Ob ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen schicksalsanalytisch sei oder nicht, läßt sich aus den einleitend genannten Voraussetzungen auch mithilfe dieses Manuals nicht entscheiden.

4.2 Das Manual in der Weiterbildung

Das Manual richtet sich an zwei Gruppen ausgebildeter Therapeuten. Die erste Gruppe umfaßt jene Therapeuten, welche sich in schicksalsanalytischer Therapie ausgebildet haben. Die zweite Gruppe schließt alle Therapeuten ein, welche eine Ausbildung in einer anderen tiefenpsychologischen Richtung absolviert haben. Für jede dieser beiden Gruppen erfolgt die Lektüre unter anderen Voraussetzungen. Therapeuten mit einer schicksalsanalytischen Ausbildung dürften die Anweisungen des Manuals mit den von ihnen befolgten Regeln vergleichen und sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen feststellen. Der schicksalsanalytischen Therapie in der Darstellung des Manuals begegnen sie gleichsam

als einer Bekannten, deren neue Aufmachung ihnen entweder gefallen oder eher mißfallen wird. – Für Therapeuten anderer tiefenpsychologischer Richtungen bedeutet die schicksalsanalytische Therapie eine weitgehend Unbekannte. Deren weitgespannten theoretischen Voraussetzungen werden sie in der knappen Darstellung mehr erahnen als begreifen; deren Regeln dürften sie entweder neugierig und fasziniert oder mehr befremdet zur Kenntnis nehmen.

4.3 Das Manual in der Forschung

Am Kongreß der International Psychoanalytic Association vom 7.–15. August 1997 in London bezeichnete Horst Kächele manualbasierte Behandlungen für gültige Wirksamkeitsvergleiche als ein Muß (Lemche 1998). Andererseits gilt es zu bedenken, daß erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten, selbst wenn sie sich freiwillig dazu bereit erklären, zu Forschungszwecken manualgestützt zu arbeiten, in der konkreten therapeutischen Situation nur sehr bedingt nach den Anweisungen eines Manuals handeln.

Das Manual soll auch der Erforschung schicksalsanalytischer Therapien dienen. Den bisherigen Darstellungen und Untersuchungen von Therapieverläufen innerhalb der Gruppe der Lehr- und Kontrollanalytiker mangelte es an einem umfassenden und verbindlichen Untersuchungsinstrument. Hier könnte das Manual eine wertvolle Unterstützung bieten.

In Intervisionsgruppen kann das Manual eine gemeinsame Orientierungshilfe bilden.

Die Bedeutung der Schicksalsanalyse heute in theoretischer und praktischer Hinsicht (Philip Seidel)

1 Vorbemerkung

Im Wissen um die Problematik der Manualisierung einer therapeutischen Methode sollen im folgenden – wenn auch unter dem Zwang zur extremen Kurzfassung – Stellung und Tiefgang der schicksalsanalytischen Theorie sowie ihre Position innerhalb der psychotherapeutischen Gesamtsituation skizziert werden. Psychologie und Psychotherapie stehen noch mitten in ihren eigenen Entwicklungen und überschätzen z. T. ihre partikularen Erkenntnisse und Möglichkeiten, wobei sie sich kaum gegenseitig konsultieren, ja vielmehr sich sogar meist voneinander abgrenzen. Zudem hat die theoretische Psychologie zu wenig Kontakt mit der Psychiatrie. Jedenfalls besteht noch kein integratives theoretisches Konzept einer allgemeinen Neuropsychologie, ganz abgesehen davon, daß die Grundlagenforschung ja ohnehin einen eher desintegrierenden Effekt auf die Gesamtsituation hat. Eine reine Manualisierung der schicksalsanalytischen Therapie in Begrenzung auf ihr eigenes Gebiet würde dieser Alleingangmentalität nur in die Hände arbeiten.

Vor aller therapeutischen Technik steht das allgemeine psychologische Menschenverständnis, der Versuch zur intuitiven Erfassung der Patientenpersönlichkeit, wie sie sich in der Begegnung unmittelbar zeigt, in seine Problematik und in die Begründungszusammenhänge seiner Störungen. Erst dann beginnt die eigentliche Therapie im engen Konnex mit dem rationalen Verstehen der vor-

liegenden Störung, ihrer Ursache und Dynamik. Das setzt theoretisches Wissen voraus.

Der Schwerpunkt sollte also vorerst von der technischen Seite auf die des intuitiven und theoretischen Verständnisses verschoben werden. Ganz allgemein wird zu viel von Technik gesprochen – notwendiger aber wäre die Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen der Ätiologie und Pathogenese. Die Erfahrung zeigt, daß sich deren Umsetzung in die therapeutische Praxis fast von selbst ergibt, denn das bewußte, vordergründige Wissen verwandelt sich in Erfahrung und wird, zusammen mit der Inspiration, zur Intuition, welche – oft unbewußt – die Entwicklung einer Therapie bestimmt.

Ein anderes Problem ist schulspezifischer Natur. Die schicksalsanalytische Theorie ist noch nicht etwas Abgeschlossenes – weder eine fertige, gültige Theorie, noch ein vollendetes, in sich geschlossenes Lehrgebäude, das für sich allein eine isolierte Gültigkeit hätte. Sie ist das Resultat eines genialen Wurfes von Szondi, gestützt durch eine Fülle von empirischen Daten und jahrzehntelanger Überprüfung an zahllosen Fällen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Dennoch sind viele Fragen offen, die bisher noch nicht genügend konstruktiv-kritisch und wissenschaftlich angegangen wurden. Damit ist jedoch nicht die oft gehörte, banale Kritik gemeint, die aus mangelhaftem Wissen und irrationaler Ablehnung resultiert, sondern es geht um Fragen auf einem hohen theoretischen Niveau, die nur in einer vorurteilslosen, konstruktiven und kollegialen Zusammenarbeit angegangen werden können. Ein Beispiel dafür sind die latenten pathogenen Genotypen und ihre Aktivierung, ihre Beziehung zur «psychischen Situation» von Freud.

Dieses Kapitel soll auf die Bedeutung der theoretischen Voraussetzungen allen therapeutischen Tuns aufmerksam machen.

2 Die Schicksalsanalyse in epistemologischer Sicht

Das Verständnis der theoretischen Grundlagen ist Bedingung für die therapeutische Arbeit, für ein umfassendes Menschenverständnis überhaupt. Ähnlich wie die Medizin – sie ist als solche, genau genommen, eine klinische Disziplin – so ist auch die Schicksalsanalyse keine Wissenschaft i. e. S. Doch wie jene hat sie eine *wissenschaftliche Basis* in Form verschiedener Grundlagenwissenschaften. Was die Situation der Schicksalsanalyse kompliziert, ist, daß sie nicht nur die somatische und die psychische, sondern auch die methaphysische Natur des Menschen zu erfassen sucht. Nur eine solche Schau verdient den Namen eines holistischen Denkens.

Diese ganzheitliche Schau der Schicksalsanalyse wirkt der Tendenz zur *Dichotomierung in Gegensätze* entgegen – einer Gefahr, die jedem rein rational-analytischen Denken inhärent ist und die noch verstärkt wird durch die Aufsplitterung in verschiedenartige Forschungsdisziplinen. Beispiele dafür sind die biologistische oder die psychologisch orientierte Psychiatrie oder die neurophysiologisch orientierte und die kognitive Psychologie gegenüber der tiefenpsychologisch-hermeneutischen Denkweise.

Die Schicksalsanalyse läßt überdies die zahlreichen Unterdisziplinen auf beiden Seiten, d. h. auf der neurologischen und der psychologischen, ebenso wohl voneinander abgrenzen wie auch sie in ihrer Funktionsganzheit überschauen. Damit wird ein essenzieller Beitrag zur Zusammenführung und Systematisierung der Psycho- und Neurowissenschaften geleistet, die eigentlich eine vereinheitlichte Grundlagenwissenschaft bilden sollten. Demgegenüber hat die kognitive Psychologie, die, selbst noch in ihren Anfängen stehend, den Bezug zur neuropsychologischen Gesamtorganisation noch nicht gefunden. Die kognitiven Funktionen sollten einerseits von den Triebfunktionen, speziell von der Introjektionsfunktion und der Negationsfunktion, und überhaupt von der Dimension des

Unbewußten abgegrenzt sowie andererseits von den höheren Reflexen unterschieden und gleichzeitig doch mit all diesen Aspekten wieder zusammengeführt werden. Diese einführenden Bemerkungen zeigen nicht nur die theoretische Bedeutung der Lehre von L. Szondi an sich, sondern auch ihre *Stellung in einer noch zu schaffenden neuropsychologischen Gesamtheorie*.

Die Theorie der Schicksalsanalyse ist nicht leicht zu verstehen, und es ist notwendig, sie auf dem Hintergrund der allgemeinen Wissenschaftsgeschichte sowie der persönlichen Entwicklung Szondis und der Entfaltung seines Werkes zu sehen.

Durch die ganze Wissenschaftsgeschichte hindurch standen sich – mehr oder weniger ausgeprägt – gegensätzliche Paradigmen, d. h. Denkschemen gegenüber. Das kam besonders zum Ausdruck, als das rational-naturwissenschaftliche bzw. mechanistische Denken einseitig überhand nahm, um dann durch das in der Romantischen Philosophie und im Idealismus wurzelnde final-ganzheitliche Denken ergänzt bzw. abgelöst zu werden. Die zwei herausragenden Repräsentanten in der entsprechenden Entwicklung der Psychologie sind das Gegensatzpaar S. Freud und C. G. Jung.

Die Paradigmenproblematik läßt sich mit Hilfe der Ich-Psychologie erklären. Die beiden Ichfaktoren, der Realitätsfaktor k und der Idealfaktor p , entsprechen den zwei Dimensionen, der realen und der transzendenten. Sie sollten in einer flexiblen dialektischen Wechselbeziehung zueinander stehen. Die Abkopplung der beiden Funktionen voneinander bringt eine Einseitigkeit des Weltbezuges mit sich, was in einer betont rationalistisch-sachlichen oder einer einseitig irrealistisch-idealistischen Haltung zum Ausdruck kommt. Daß die Integration beider oft nicht gelingt, zeigt sich in der Geschichte, im Alltag und auch in den interdisziplinären Diskussionen – mit ihrer so häufigen Begrenzung auf einseitige und unvereinbare Denkschemata und Vorstellungen – und schließlich in der Ichpathologie (vgl. Teil II, 8.4).

Daß Szondi die Denkweisen von Freud und Jung sowie weitere unterschiedliche Auffassungen in einer einheitlichen Sicht zusammengefaßt hat und sie zudem mit den naturwissenschaftlich-konstitutionspsychiatrischen Grundlagen zusammenbrachte, ist eine außergewöhnliche Leistung. Ohne diese Einsicht kann man *das Werk Szondis nicht verstehen und nachvollziehen und seine Theorie nicht in die Praxis umsetzen.*

2.1 *Der Geist um die Jahrhundertwende*

Die Epoche, in die Szondi 1893 hineingeboren wurde, war geprägt durch tiefgreifende Veränderungen im menschlichen Bewußtsein und im wissenschaftlichen Denken, durch den Paradigmenwechsel von der Physik Newtons zu dem der subatomaren Physik: Max Planck und Albert Einstein 1900.

Im gleichen Jahr kam Freuds «Traumdeutung» heraus, die als Geburtsstunde der Psychoanalyse gilt.

Parallel dazu wurde das bisher rein neuroanatomische Denken der Psychiatrie durch das funktional-psychologische Denken der Psychoanalyse ergänzt. Aus der Entwicklungsphysiologie heraus entwickelte sich das ganzheitlich-organismische Denken und die Philosophie des Vitalismus (Hans Driesch), in der Philosophie der Holismus (Smuts) (Seidel 2002).

Freuds Verhaftung im mechanistischen Denken des 19. Jahrhunderts unter Ausschluß der spirituellen Dimension war zwar einseitig, doch zugleich war sie damals die beste Voraussetzung für das rationale Verständnis der Psyche und damit Anfang einer neuen Psychologie, der Tiefenpsychologie. Diese Einseitigkeit aber rief nach einer Kompensation: C. G. Jung setzte dem rationalen, kausal-analytischen Denken Freuds die final-ganzheitliche Denkweise entgegen. Dabei wurde die aus dem Weltbild Freuds völlig ausgeklammerte, transzendente Dimension wieder in das psychologische Denken eingeschlossen. Erst Szondi sollte es dann gelingen,

diesen Gegensatz zwischen Freud und Jung zu überwinden und die naturwissenschaftlich-medizinische Basis, die Triebpsychologie sowie die tiefenpsychologisch-analytische Denkweise, unter Einbezug der spirituellen Dimension, zu einem ganzheitlichen Menschenverständnis zu verbinden (Szondi 1952, 1956a) und dementsprechend auch ganz verschiedenartige therapeutische Methoden – analytische und nichtanalytische – anzuerkennen und sie *indikationsspezifisch* anzuwenden. Vorerst aber beschäftigte ihn eine andere Problematik: Da die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts in ihrer Suche nach der organischen Begründung der Psychosen nicht fündig geworden war, fand sie ihr ätiologisches Psychosenverständnis in Genetik und Konstitutionslehre und stand damit im Gegensatz zur exogen-psychogenetischen Theorie Freuds. In diese Kontroverse wuchs Szondi hinein. Durch den Umstand aber, daß er seine erste klinische Stelle auf dem Gebiete der Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik fand, wurde sein ursprüngliches Forschungsgebiet bestimmt: Endokrinologie, Neuroendokrinologie, Konstitutionsforschung und schließlich Genetik (Kronenberg, 1998; Bürgi, 2000). Erst die Kenntnis dieser frühen Forschungen Szondis läßt sein späteres Werk verstehen, in dem die konstitutionelle Basis mit den exogenen Determinanten verbunden und dialektisch gesehen wird. Dieses Faktum ist von grundsätzlicher Bedeutung für jedes ätiotherapeutische, d. h. kausaltherapeutisch orientierte Vorgehen, sei dieses nun analytisch oder gesprächstherapeutisch ausgerichtet, psychagogisch oder allgemein beratend (vgl. unten 3.1).

2.2 Zur Geschichte der Psychopathologieforschung

Grundmodell: Endogene Psychosen in der Psychiatrie versus exogen-traumatische Neurosen in der Psychoanalyse.

Die Gegenüberstellung der Extremgruppen der *endogenen Psychosen der psychiatrischen Nosologie und der traumatischen Neurosen der psychoanalytischen Theorie* ist paradigmatisch in

der klassischen Psychopathologie: Bis tief in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein befaßte sich die Psychiatrie ausschließlich mit den großen klinischen Psychosen. Da man bei diesen «Geisteskrankheiten» keine organischen Gewebeveränderungen feststellte, wurde ihre Verursachung als von erbgenetisch-konstitutioneller Natur erkannt. Durch ihren Schweregrad, ihre therapeutische Unbeeinflußbarkeit sowie die Pflegebedürftigkeit hoben sich diese psychotischen Patienten und ihre klinischen Bilder quasi von selbst deutlich ab von den «Neurosen» der damaligen Vorstellung und, seit Freud, auch auf theoretisch definierte Weise, von den eigentlichen Verdrängungsneurosen, welche als rein exogen-traumatisch bedingt galten. Die Gegenüberstellung von endogenen und exogenen bzw. von konstitutionell und traumatisch blieb letztlich bestehen, obwohl diese ätiologisch begründete Trennung später in mehrfacher Hinsicht relativiert wurde: in der Psychoanalyse theoretisch durch die Revision Freuds in «Die endliche und die unendliche Analyse» (1937) – was jedoch von seinen Nachfolgegenerationen nicht respektiert wurde: In der praktischen Psychiatrie, vor allem im Zusammenhang mit den Depressions- und Psychosenentstehungstheorien, wo sich eine Haltung etablierte, die, mehr oder weniger unausgesprochen, somatogene und psychogen-reaktive Elemente als sich ergänzend betrachtet, wobei allerdings zugegeben werden mußte, daß «die schizophrene Anlage unbekannt ist» (Benedetti 1975). Diese Unsicherheit ist auf dem Hintergrund der rein exogenen Psychosenentstehungstheorien der 50er und 60er Jahre zu sehen, die von L. Szondi revidiert wurden.

Von einer ganz anderen Seite her, nämlich von der neurobiochemischen und psychopharmakologischen hat neuerdings die somatogene Betrachtungsweise bedeutend an Boden gewonnen, und die konstitutionspsychiatrischen Fundamente der Kraepelin-Kretschmer-Szondischen Krankheits- und Erbkreise können wieder neu bestätigt werden. Damit wird nun durch eine biologische Grund-

lagenwissenschaft ein klares Wort gesprochen gegen die einseitig psychologistische Auffassung, die über lange Zeit hinweg die klinisch fundierten Tatsachen der Erb- und Konstitutionspathologie ablehnte. Alle diese Erklärungsmodelle lassen sich mit Hilfe des triebpsychologisch-schicksalsanalytischen Denkens zu einer einheitlichen Sicht vereinen (vgl. unten 2.6).

Die Beziehung zwischen der klinischen Psychiatrie und der Psychoanalyse

Eine besondere Ära begann in den späten 40er Jahren, als die Psychoanalyse und die Schule Melanie Kleins Eingang in die klinische Psychiatrie fanden mit dem Versuch, die Psychosenentstehung psychogenetisch zu verstehen. Das Pendel des ätiologischen Denkens schlug von der konstitutionellen Seite wieder auf die des exogenen Denkens aus und eine neue, wiederum einseitige Sicht etablierte sich. Ähnlich gewannen die in den 60er Jahren aufkommenden familiendynamisch-systemischen Theorien große Bedeutung. Doch auch sie wurden überbewertet und brachten weder die Lösung des Psychosenentstehungsproblems noch die großen Therapie-Erfolge. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der Vernachlässigung der hereditären Ätiologie. Beide Bewegungen, die psychoanalytische und die systemische, sind allerdings aus der allgemeinen Entwicklung nicht wegzudenken, weil sie zu neuen Einsichten in der Borderline-Forschung, in der allgemeinen Systemtheorie usw. führten. Was aber fehlte, war eine integrative Verbindung somatogener, erbgenetischer Faktoren mit den exogen-psychogenen Einwirkungen und dem systemischen Aspekt. Gerade diese Einseitigkeit ist es, die, zusammen mit ihrem Gegenstück, der ebenso einseitigen biologistischen Auffassung, heute mit zur Spaltung in eine biologische und eine psychologische Psychiatrie sowie auch teilweise zwischen der Psychiatrie und der allgemeinen Psychologie beiträgt.

2.3 Zur Werkgeschichte Szondis

Die Thematik der Gegensätze und deren Integration hat Szondi während seines ganzen Lebens beschäftigt, und die Verbindung des konstitutionellen und des exogenen Anteils in der Ätiologie seelischer Störungen gewann in seiner Werkgeschichte zentrale Bedeutung. Es lassen sich aber Phasen mit verschiedener Gewichtung der einzelnen Aspekte feststellen.

Die frühen Forschungen Szondis

Am Anfang der Schicksalsanalyse steht die frühe Forschungsarbeit Szondis der 20er und 30er Jahre am Heilpädagogischen und Psychologischen Laboratorium der Hochschule für Heilpädagogik der Universität Budapest (Kronenberg 1998; Bürgi 2000). Seine systematische *endokrinologisch-psychiatrische Forschung sowie die erbgenetisch-konstitutionellen Untersuchungen* mit der Aufstellung ausgedehnter *Familienkataster* bildeten die Basis der weiteren Entwicklung und bleiben einer der *Grundpfeiler der Szondischen Lehre*.

Die mittlere Schaffensphase Szondis

Während längerer Zeit war Szondi der Psychoanalyse gegenüber ambivalent eingestellt (Kronenberg 1998), um sie schließlich ganz in seine Theorie zu integrieren (Szondi 1952). In der Periode zwischen 1952 (Triebpathologie) und 1963 (schicksalsanalytische Therapie) steht das psychoanalytische Gedankengut im Vordergrund: es dominieren – neben der ursprünglichen schicksalsanalytischen und triebpsychologischen Basis – das theoretische Konzept und die therapeutische Technik der Psychoanalyse, worin sich u. a. die allgemeine Zielsetzung Szondis konkretisiert, *eine Psychiatrie auf tiefenpsychologischer und triebpsychologischer Basis aufzubauen* (Szondi 1952). Es gelang ihm, die klinische Psychopathologie mit Hilfe der psychoanalytischen Theorie und der Triebpatho-

logie aufzuarbeiten: So wurden die pathogenetischen Theorien der Psychoanalyse wie z. B. die der Depressionsentstehung (Freud: Trauer und Melancholie), das konversionshysterische Modell, die Dynamik der epileptiformen Störungen (Freud: Dostojewski und die Vätertötung) usw. triebpsychologisch artikuliert. Dementsprechend nahm auch die psychoanalytische Methodik und Technik einen großen Raum ein in der Therapie.

Die spätere Entwicklung Szondis

Von den 60er Jahren an relativierte Szondi die Bedeutung der Psychoanalyse und distanzierte sich immer mehr von der Abwehrlehre Freuds, um ihr mit zunehmender Bestimmtheit seine Spaltungslehre entgegenzusetzen. Er brachte dies in persönlichen Mitteilungen auch immer wieder deutlich zum Ausdruck. Ein weiteres, völlig neuartiges Konzept war das der familiärspezifischen pathogenen Genotypen. Diese ganzheitlichen, familiärspezifischen Existenzformen, auch Ahnenansprüche genannt, bevölkern bildlich gesprochen das Familiäre Unbewußte und warten auf die Möglichkeit ihrer Manifestierung; sie drängen danach, in Erscheinung zu treten und damit im Leben eines Individuums so zurückzukehren, wie sie in der Familiengeschichte schon erschienen waren (Szondi 1962, 1963a). Eine Rückkehr zur reinen Konstitutionslehre? Nein – aber im Ganzen doch eine deutliche Umgewichtung zugunsten der hereditären Ätiologie, die aber mit den exogentraumatischen bzw. situativen Aspekten korrelativ in das diagnostische Menschenverständnis einbezogen werden muß. Für die allgemeine Psychopathologie gilt:

- die pathogenen Genotypen sind primär latent, dennoch aber indirekt wirksam, sei es in der Färbung von komplexen klinischen Bildern oder im Genotropismus;
- sie können in irgendeiner Lebensphase oder -situation eines Individuums spontan auftreten;

- sie können exogen-traumatisch zur Manifestation gebracht oder
- in einer Therapie von sich aus in Erscheinung treten bzw. provoziert werden;
- Szondi vertritt die Meinung, daß sie durch die «traumatische Situation» (Freud) ausgelöst werden (Szondi 1962, 1963a).

2.4 Dialektische Beziehung zwischen endogenen und exogenen Faktoren

Die medizinische Grundhaltung hat bei Szondi einen hohen Stellenwert. Sie entspricht nicht nur dem kartesianisch-newtonschen Denkansatz und damit der naturwissenschaftlich fundierten Medizin, sondern zeigt sich auch in der Thematik der frühen Forschungsphase Szondis deutlich: In der Untersuchung der konstitutionell erbgenetischen Grundlagen der neuroendokrinen Pathologie. Sie erforderte einen naturwissenschaftlich deterministischen Forschungsansatz und lag vorerst weit ab vom psychotherapeutischen und psychoanalytischen Denken. Es liegt auf der Hand, daß bei den schweren Krankheitsfällen, mit denen Szondi in jener frühen Forschungsphase konfrontiert war, eine psychagogische Orientierung in der Heilpädagogik näher lag als ein psychoanalytisches Denken, wodurch auch die damalige kritische Haltung Szondis gegenüber der Psychoanalyse erklärbar wird. Im gleichen Sinne läßt sich auch das spätere Festhalten Szondis am konstitutionellen Element – Basis von Triebpsychologie und Familienforschung – und die entsprechende ärztlich-psychagogische Haltung verstehen. Sie blieb bestehen, selbst dann, als sich Szondi mehr und mehr für die psychoanalytische Theorie zu interessieren begann. Die kritische Haltung Szondis gegenüber der Theorie Freuds war begründet in deren einseitig exogen-traumatisch orientierten, pathogenetischen Auffassung und ihrer Vernachlässigung jeder endogen-konstitutionellen bzw. erbgenetischen Ätiologie,

was dem Forschungsansatz Szondis diametral gegenüber stand. Wenn Szondi sich in der Folge aber doch mit der psychoanalytischen Theorie konstruktiv auseinandersetzte und die exogen-traumatische Auffassung Freuds in seine Theorie einbaute, so darf nicht übersehen werden, daß er niemals seine konstitutionell-erbgenetische Basisüberzeugung aufgab, sondern sie nur relativierte und gleichzeitig ihre integrative Vereinigung mit der psychoanalytischen Theorie anstrebte (Seidel 2002) – zwei völlig verschiedenartige, ja gegensätzliche Modelle, die synoptisch gesehen und dialektisch verstanden werden müssen. Doch die Realisierung einer solchen Denkweise in der praktischen Therapiesituation ist sehr schwierig. Hierin ist ein Teil der Problematik begründet, die die Schicksalsanalytiker belastet und mit der sie sich auseinandersetzen müßten.

2.5 Der Konflikt zwischen der Schicksalsanalyse und der psychoanalytischen Tradition

Nachdem sich die Psychoanalyse einmal durchgesetzt hatte, nahm sie während Jahrzehnten eine dominierende Stellung in der Psychotherapie ein, und bei vielen bestand die Überzeugung, nur eine reine Psychoanalyse sei das Richtige. Ein Abweichen von ihrer Theorie und Technik wurde fast als Sakrileg betrachtet, unbesehen der Tatsache, daß damit eine enorme Einschränkung der therapeutischen Möglichkeiten verbunden war, insbesondere was die viel zu enge psychoanalytische Indikationsbreite betrifft. Bei den Schicksalsanalytikern verblieb während langer Zeit ein Konflikt zwischen der Verpflichtung zur *passiven Technik der klassischen Psychoanalyse* und den zusätzlichen Möglichkeiten der neueren aktiven Techniken der *schicksalsanalytischen Therapie und der schicksalspsychologischen Psychagogik*. Dies hängt mit dem ätiologischen Grundproblem «endogen – exogen» – zusammen (vgl. 3.6). Mehr und mehr wurden die schicksalsanalytischen Grundlagen

vernachlässigt, weil es für viele offenbar unmöglich war, eine Integration verschiedener Theorien und Therapieformen zu vollziehen.

Was die Psychoanalyse betrifft, so hatten schon früh Abfallbewegungen von der Orthodoxie an Bedeutung gewonnen. Dann entwickelten sich neue Theorien, wie z. B. die Objekttheorie, die Selbstpsychologie, die Narzißmustheorie usw. Völlig unabhängig davon vollzog sich in der Psychoanalyse schließlich aus sich selbst heraus eine evolutive Veränderung. Mit der Einführung des supportiven Elements machte Luborsky einen Schritt, der die psychoanalytische Vorgehensweise wesentlich veränderte (Luborsky 1988), eine Modifikation, die Szondi in der schicksalsanalytischen Therapie schon früh vorweggenommen hatte.

Keine dieser Modifikationen oder neuen Schulen machte jedoch den Versuch, die individuelle Konstitution bzw. erbgenetische Determinierung und die exogenen Momente konsequent und korreliert zu berücksichtigen wie die Schicksalsanalyse.

2.6 Der integrative Denkansatz in der Schicksalsanalyse

Die Theorie Szondis gibt uns die Möglichkeit, einerseits eine biologische, somatogene bzw. erbgenetisch-konstitutionelle Denkweise und andererseits eine psychologische bzw. psychogenetische und exogene Orientierung miteinander zu vereinigen, indem sie die dialektische Beziehung zwischen beiden erkennt. Das ist freilich in der Theorie einfacher als in der praktischen Anwendung. Doch erst der integrative Denkansatz wird der Mehrdimensionalität des menschlichen Wesens gerecht und ermöglicht es, Gegensatznatur, Komplementarität und Polarität zu berücksichtigen und zu verstehen. Er findet seinen Niederschlag in der Triebtheorie, d. h. in der Konzeption des Triebsystems:

Gegensatz und Polarität:

- im Aufbau der Triebe aus den Triebgegensatzpaaren,
- in der Polarität der Strebungen jedes einzelnen Triebfaktors,
- in der Vordergrund-Hintergrund-Dialektik,
- in der transpersonalen, d. h. ganz speziell in der dyadischen Situation (Seidel 1978),
- in der Komplementarität der Vektorbilder, speziell der Ichbilder.

Begriffspaare mit Gegensatzcharakter, die korrelativ bzw. dialektisch gesehen werden müssen:

- Endogenität – Exogenität bzw. erbgenetische – psychotraumatische Ätiologie,
- das somatisch-neurobiochemische Denken der Medizin und das psychologische Denken,
- das bewußtseinspsychologische und das tiefenpsychologische Denken,
- innerhalb des psychologischen Denkens das rationale und das intuitiv-inspirative sowie die empirische Menschenkenntnis,
- die genetische Determinierung und die Frage ihrer Beeinflussungsmöglichkeit,
- Freiheit und Zwang,
- Statik und Dynamik oder Fixation und Veränderung.

Der Nachvollzug dieses Denkens in Polaritäten oder Gegensätzen bzw. ihrer Dialektik ist essenziell für das Verständnis der schicksalsanalytischen Theorie, ihrer Persönlichkeitstheorie, ihrer Psychopathologie und ihrer therapeutischen Möglichkeiten.

2.7 Allgemeine Gesundheits- und Krankheitstheorie

Wenn wir die Psychotherapie nicht nur von der pragmatischen Seite her sehen, d. h. also nicht im Sinne nur eines Kataloges empirisch

entwickelter Vorgaben, sondern sie auf eine wissenschaftliche Basis stellen wollen, dann müssen wir eine theoretische Vorstellung von gesundem Funktionieren und von dessen krankhaften Abweichungen, d. h. eine *allgemeine Gesundheits- und Krankheitstheorie* haben. Krankmachende Ursachen und Mechanismen sollten also bekannt und beschreibbar sein: endogen-konstitutionelle bzw. genetisch-biochemische, exogen-traumatische und situativ-systembedingte. Die Berücksichtigung dieser Faktoren macht unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen notwendig.

Es existiert noch keine allgemeine Persönlichkeits-, Krankheits- und Therapietheorie. Jede Einzelschule ist limitiert auf die ihr zugrunde liegenden Krankheitsvorstellungen und Veränderungstheorien – sofern solche überhaupt bestehen und formuliert sind – und hat ihre eigenen therapeutischen Vorstellungen und Methoden. Diese sind jedenfalls unvollständig, solange sie nicht Triebpsychologie und -pathologie grundsätzlich einbeziehen. Das mehrgestaltige ätiologisch-pathogenetische Konzept, in dem endogene und exogene Faktoren sowie systemisch-situative Bedingungen synoptisch berücksichtigt werden, ist das Außergewöhnliche an der Schicksalsanalyse. Ihre integrative Denkweise im allgemeinen und in der ätiopathogenetischen Frage speziell fordert und ermöglicht zugleich ein mehrdimensionales therapeutisches Denken. Dieses läßt sich allerdings *schlecht manualisieren*, weil es komplex und individuell fallspezifisch ist.

Zur Frage der Veränderbarkeit

Grundsätzlich stellt sich die Frage: Was soll verändert werden und mit welchem Ziel? Was ist überhaupt veränderbar, und, wie geht man mit dem Unabänderlichen um? Solche Fragestellungen sind keineswegs allgemein üblich, und die Meinung, irgend eine Psychotherapieform könne als solche, d. h. unabhängig von einer Krankheitstheorie und von einer spezifischen Indikationsstellung

bzw. einer klaren Zielvorstellung, appliziert werden, ist weit verbreitet. Nur ein a priori dialektisches Denken kann hier weiterhelfen. Im Allgemeinen neigt man wohl zur Annahme, daß erbgenetische Anlage mit Unveränderbarkeit gleichzusetzen sei, während man psychotraumatisch bedingte Störungen für grundsätzlich beeinflusbar hält. Beides ist jedoch in dieser extremen Formulierung nicht richtig. Auch durch eine eingehende und langdauernde Psychoanalyse kann eine frühe traumatische Prägung nicht unbedingt geheilt werden, besonders dann nicht, wenn diese in die Kerbe einer entsprechenden Veranlagung geschlagen hat. Umgekehrt kann aber auch – unter günstigen Persönlichkeitsvoraussetzungen – eine Selbstkontrolle über Veranlagungselemente erreicht werden, oder es können Triebgefahren, die als solche nicht veränderbar sind, operotropistisch ventiliert werden (Seidel 2002).

Die Persönlichkeitstheorie der Schicksalsanalyse

Das psychologische und psychopathologische Menschenverständnis Szondis basiert auf einer *Persönlichkeitstheorie*, die, primär jenseits der Unterscheidung in krankhaft und gesund, ein Verständnis nach beiden Seiten hin eröffnet und sie in engem gegenseitigem Bezug zueinander beschreiben läßt. Zwischen dem psychologischen und dem psychopathologischen Bereich muß man sich einen *pathopsychologischen Zwischenbereich* denken. Das ist prinzipiell wichtig, weil dadurch eine kategorische Trennung zwischen gesund und krank verhindert werden kann und es möglich wird, Krankhaftes besser von der Seite des Gesunden her zu definieren (vgl. Funktionsnorm versus Häufigkeitsnorm; Seidel 1999). Kriterien dafür sind einerseits die Quantifizierung der Triebelemente sowie der Grad ihrer Legierung oder die Art der Spaltung der Triebgegensätze, die Desintegration im Ich oder das Gelingen der Integration. Durch diese *funktionale Denkweise* wird die klinisch-phenomenologische Diagnostik dynamisch artikulierbar.

In dieser neuartigen Persönlichkeitstheorie kann man aufgrund des Wissens um die Doppelnatur des Triebphänomens und seine neurobiochemische Grundlage die somatopsychischen bzw. psychosomatischen Zusammenhänge verstehen (Seidel 1996) und eine ganzheitliche Grundlage der Psychiatrie und der Psychologie entwerfen. Es kommt hinzu, daß in der Triebfunktion und damit in der Triebpersönlichkeit ein *systemisches Element* impliziert ist: Trieb und Triebziel, Projektion, Delegation, Induktion und Genotropismus (Seidel 1978).

Wesentlicher Bestandteil der schicksalsanalytischen Persönlichkeitstheorie sind die Phänomene der Latenz und der *Hintergründigkeit* (vgl. Teil II, 2.2 und 8). Die entsprechenden Persönlichkeitsanteile haben transpersonale Bedeutung (Genotropismus) und große diagnostische Relevanz. Was die Verursachung seelischer Störungen betrifft, so spricht die Schicksalsanalyse nicht von einer undifferenzierten Ätio-Pathogenese schlechthin, sondern sie unterscheidet die *eigentliche Ursache, d. h. die Ätiologie*, deren Hauptanteil durch die erbgenetisch-konstitutionellen Faktoren gestellt wird, von den exogen traumatischen Einwirkungen, denen sie allerdings eine weit geringere Bedeutung beimißt als die Psychoanalyse. Szondi schenkt den pathogenetischen Konstruktionen Freuds nicht die volle Beachtung, obwohl sie zwar teilweise mit dem triebpsychologischen Denken vereinbar sind, mit der Begründung, daß die wesentliche ätiologische Bedeutung den pathogenen *Genotypen* – gemeint sind v. a. die schizoformen und paroxysmalen – zukomme. Damit wird der große Bereich der psychiatrischen Krankheiten dem psychologisch-psychopathologischen Verständnis erschlossen.

2.8 Zur Ichtheorie der Schicksalsanalyse

Die allgemeine Ichtheorie Szondis wurde als Voraussetzung für das Verständnis der Ichpathologie in Teil II, 8.4 zusammengefaßt. Hier

aber soll speziell auf die *Partizipation* – ein Aspekt der *primären Projektion* – eingegangen werden, um deren pathogene Bedeutung und ihre Konsequenzen für die Therapie darzustellen.

Schon vor Szondi haben C. G. Jung, Alphonse Maeder, Ludwig Binswanger und viele andere den spirituellen Aspekt in ihr psychiatrisch-psychotherapeutisches Weltbild einbezogen. Im Werk Szondis geschieht dies vorerst auf ganz andere Weise. Für ihn hat die «geistige Funktion» eine primäre und essenzielle Bedeutung und damit in seiner Weltanschauung einen zentralen Platz, wo sie voll integriert ist. Sie ist eine Kraft von kosmischer Natur und Provenienz, weshalb Szondi sie auch «Glaubensfunktion» nennt. Damit nähert sich Szondi dem Denken Karlfried Graf von Dürckheims (geboren 1896 in München), der von der Transzendenz spricht, die im «Wesen» immanent wird. Das ist die Seinsmacht in Szondis Ichlehre: Von primär transzendenter Natur, wird sie in der Immanenz auch zur psychischen Kraft und zur psychologisch artikulierbaren Funktion (+p), die letztlich auch pathogen werden kann (Inflation, Besessenheit +!!!p), sofern sie nicht mit ihrem realen Gegenstück, dem Real-Ich, zur Integration gebracht wird. *Real-Ich und Ideal-Ich* in der Ichtheorie Szondis entsprechen dem Begriffspaar *Weltlich und Wesen* Dürckheims und dem *Ich und Selbst* von C. G. Jung; Erich Neumann hat treffend von der Ich-Selbst-Achse gesprochen (Neumann 1984). Für Szondi ist, bei aller essenziell spirituellen Bedeutung, die Seinsmacht, d. h. die geistige Funktion auch eine psychische Funktion, deren Stärkegrad mit der ETD (experimentelle Triebdiagnostik) gemessen werden kann. *Ich schreibe auch der geistigen Funktion eine Doppelnatur zu, wie ich es auch für die Triebfunktion als solche getan habe* (vgl. Teil II, 5 und Seidel 1996) und erkläre damit ihre transzendierende Fähigkeit, kraft derer sie den Überstieg zwischen den Dimensionen schafft, nämlich zwischen der Transzendenz und der Realität und zwischen der geistigen und der psychophysischen Dimension. –

Das mag eigenartig klingen und widersprüchlich erscheinen. Für Szondi scheint es jedenfalls selbstverständlich gewesen zu sein, aber er geht meines Wissens nirgends in seinem Werk *expressis verbis* darauf ein. Was die Meßbarkeit der p-Funktion betrifft, so glaube ich, daß wir nicht die Seins-Macht als solche messen, sondern den Stärkegrad ihres «Rezeptors» im Ich.

In der Theorie Szondis ist die «geistige Funktion» Ursprung, konstituierender und integrierender Teil des Ichs – die Urdimension oder Matrix, aus der heraus sich die übrigen Ichfunktionen entwickeln. Störungen in der frühen Phase der Urpartizipation – verursacht durch endogen-konstitutionelle und entsprechende exogene Bedingungen – haben fatale Folgen, denn für jeden weiteren seelischen Entwicklungsschritt ist eine geglückte Urpartizipation notwendige Voraussetzung. Die ungestörte, *primordiale Partizipation* – ihr liegt funktional die primäre Projektionsfunktion zugrunde – ist Bedingung nicht nur für eine gesunde Ichentwicklung, sondern auch für eine gesunde seelische Entwicklung überhaupt. Mißglückt sie aber und bleibt eine Partiziationsstörung bestehen, so sind die Voraussetzungen günstig für andere Störungen: Depression und Manie, Süchte, Perversionen – selbstverständlich mit den je spezifischen, zusätzlichen ätiologischen und pathogenetischen Elementen (vgl. Teil II, 8).

Szondi erkannte also die Bedeutung der Partizipationsfunktion in Krankheitsentstehung, Therapie und Heilungsprozeß. Mit dieser Erweiterung dehnte er das eng begrenzte Indikationsgebiet der Psychoanalyse praktisch auf das Gesamtgebiet der Psychopathologie aus und ganz speziell auf das der Psychogenese und Psychopathologie der schizoformen Ichstörungen.

Aber auch die Übertragungstheorie von Freud wurde durch Szondi revidiert bzw. ergänzt: Die übertragenen Inhalte stammen nicht nur aus dem Persönlichen Unbewußten, sondern sind größtenteils projizierte, unbewußte familiärspezifische Inhalte oder

auch Archetypen, wie z. B. der «Archetypus des Heilbringers» nach A. Maeder. Was aber die energetisch-dynamische Seite betrifft, so tritt das libidinöse Element in den Hintergrund gegenüber der Projektion und der Partizipation. Diese müssen *mutatis mutandis* zusätzlich Gegenstand der Analyse werden. Ganz besondere Aufmerksamkeit erfordern die Übertragungsprobleme bei manifest psychotischen Patienten, bei latenten oder bei Grenzpsychosen.

Eine spezielle Problematik mit unabsehbaren Folgeerscheinungen ist die spirituelle Entwurzelung des Menschen, zu der sich meist auch eine frühkindliche, traumatisch bedingte Störung der Kontaktfähigkeit und der Partizipationsmöglichkeit hinzugesellt, beides fatale Implikationen einer einseitigen technokratischen und materialistischen Entwicklung in dieser Zeit. Mit der Partizipationsunfähigkeit fehlt auch allgemein die geistige Ressource, die dem Menschen die Verluste, Belastungen und Enttäuschungen des Daseins ertragbar machen würde. Ersatz dafür sind untaugliche Surrogate, pseudoesoterische Phantastereien, parareligiöse Ideologien, Flucht in die Irrealität und in den Drogenabusus oder in allgemeines Suchtverhalten.

Von der Partizipationsfunktion muß die Projektionsfunktion unterschieden werden. Die erstere ist eine Manifestation der primären Projektion. Ist sie gesteigert, so besteht ein Hyperpartizipationsbedürfnis mit Neigung zu Frustration und deren Konsequenzen. Demgegenüber sind die klinischen Korrelate der gesteigerten sekundären Projektion eine unkontrollierte Projektionstendenz mit Folgen in der zwischenmenschlichen Beziehung und evtl. Desozialisierung sowie wahnhaftes, psychotische Störungen. Während die Partizipation (primäre Projektion) verbindet, trennt die (sekundäre) Projektion.

3 Die Relevanz der theoretischen Voraussetzungen für die therapeutische Praxis

3.1 Ätiologie und therapeutische Indikation

Die Vielseitigkeit der theoretischen Grundlagen von Triebpsychologie und Schicksalsanalyse wird als Ganzes vielfach gar nicht bewußt erkannt und berücksichtigt, woraus Verunsicherung und Ablehnung resultieren. Dies kann und muß überwunden werden durch eine konstruktive Verarbeitung im Sinne des *Sowohl-als-auch-Denkens*, d. h. der *integrativen Vereinigung gegensätzlicher Bedingungen*. Es existiert ja nicht nur *eine* Therapiemethode, sondern es gibt verschiedenartige Möglichkeiten einer psychoanalytisch fundierten und gesprächstherapeutischen oder pschagogischen Hilfestellung *auf der Basis der schicksalsanalytischen Grundlagen*. Den eigentlichen seelischen Krankheiten i. e. S. steht die Vielfalt der allgemein menschlichen Probleme und Lebensschwierigkeiten gegenüber, so daß eine nuancierte und begründbare, *differenzielle Indikationsstellung* notwendig wird. Dabei müssen schwere Krankheitsfälle und leichte Störungen prinzipiell unterschieden werden, in Analogie zum Beispiel der Begriffe «major»- und «minor»-Depression (Seidel 2002). Diese Differenzierung kann im triebpsychologischen Sinn etwa so formuliert werden: Entsprechend der Ergänzungsreihe endogener und exogener Faktoren lassen sich die schweren Depressionen mit ihrer überwiegend konstitutionellen Komponente als «major-Form» deutlich abgrenzen von den leichteren, reaktiven oder sog. neurotischen «minor-Formen», die auch eine andere Therapie notwendig machen. Die «major»-Form entspricht der Heraushebung des klinischen Syndroms der schweren «vitalen Depression» durch Roland Kuhn, die das eigentliche und ursprüngliche Indikationsgebiet des von ihm entdeckten Antidepressivums Tofranil ist. Bei allen Differenzierungsversuchen darf aber nicht vergessen werden, daß jedem

Depressiv-Sein der individuell-spezifische, besonders starke Objektbezug und das schwer zu verarbeitende Verlusterlebnis zugrunde liegen, was bekanntlich durch die ETD nachzuweisen ist (+!d; +!k) (vgl. Teil II, 8.I.8).

Analog zu diesem Beispiel unterteile ich sämtliche psychischen Störungen:

- Je spezifischer und stärker eine *endogen-konstitutionelle Komponente*, desto spezifischer und wirkungsvoller muß die Therapie sein. Hier ist, um überhaupt und im besten Fall eine Wirkung zu erzielen, eine tiefergehende Therapie am Platz, sei es eine spezifische Psychotherapie wie eine aktive Schicksalstherapie i. e. S., eine eigentliche Psychosenpsychotherapie oder eine Psychopharmakotherapie. Bei seelischen Krankheiten mit besonders deutlicher konstitutioneller Grundlage, wie schweren paranoiden Psychosen oder Melancholien, gibt es zu Beginn keine andere therapeutische Möglichkeit als eine gezielte antipsychotische bzw. antidepressive Psychopharmakotherapie. Diese schweren klinischen Krankheiten zeigen exemplarisch die konstitutionelle Basis, und, sollte je daran gezweifelt werden, bestätigt auch der Erfolg der spezifischen Therapie die Diagnose ex juvantibus. Sehr oft sind in der Familienanamnese klinische Vollformen oder, wenn wir schicksalsanalytisch denken, entsprechende Manifestationen aus den betreffenden Erbkreisen auffindbar. – Selbstverständlich darf die Behandlung nicht auf die Pharmakotherapie beschränkt bleiben, denn gerade durch sie wird eine Psychotherapie oft überhaupt erst möglich. Aufgrund des Schweregrades des klinischen Bildes und der Testresultate erfolgt die Differentialindikation. Hier wäre es falsch, nur auf eine allgemeine, unspezifische Art zu arbeiten.
- Die große Gruppe der *weniger spezifischen*, weniger ausge-

prägen «*minor-Formen*»: Sie können viel komplizierter sein und eine komplexere Psychodynamik haben, die in der Triebdiagnostik oft nicht profiliert hervortritt. Dafür aber sind die *persönlichen Inhalte* oft wichtiger als die apparente Triebstruktur. Hier gewinnt entweder ein psychoanalytisches Vorgehen oder eine nuancierte Gesprächstherapie mit besonderem Eingehen auf die Person und ihre Lebensumstände, verbunden mit einer allgemeinen Unterstützung und Anregung oder Hilfe zur Selbsthilfe, eingeschlossen alle unspezifischen menschlichen Wirkfaktoren, an Bedeutung.

3.2 Der Ausdruck der Persönlichkeit Szondis in seinem therapeutischen Konzept

Szondi vereinigte seine ursprüngliche konstitutionelle Denkweise mit der psychogenetischen Theorie der Psychoanalyse, und dementsprechend verband er in seinem therapeutischen Handeln aktive, psychagogische und beratende Elemente. Überdies bezog er die spirituelle Dimension unter dem Aspekt von Partizipation und Glaubensfunktion in sein psychotherapeutisches Weltbild und in die Therapie ein (vgl. 2.8).

Während Szondi in der theoretischen Darstellung wenig Hilfe für die Praxis bot, die Gegensätzlichkeiten zu überwinden, so beherrschte er selber in der therapeutischen Anwendung den flexiblen Einsatz verschiedenartiger Techniken und konnte sie den Schülern auch auf anschauliche Weise vermitteln. Wenn man die vielseitige Persönlichkeit Szondis kennt, wird dies ohne weiteres verstehbar: Das inspirativ-intuitive Element und die spielerische Phantasietätigkeit auf dem Boden des betonten Realitätsbezuges; die mit scharfer Beobachtung und rationalem Verstand gepaarte, konkret-pragmatische Art; die Direktheit des Vorgehens, die Erfahrung aus menschlichem Alltag und Klinik; hinter allem aber ein uraltes, überpersönlich erscheinendes, tradiertes, sozusagen «in-

stinktives», Wissen um Natur und Problematik der menschlichen Person und ihrer Hintergründigkeit. Trotz dieser Fähigkeiten konnte sich Szondi – wie jeder – auch gelegentlich täuschen. Und nicht selten änderte er – relativ abrupt – seine Ansicht über eine Vorgehensweise.

Szondi kritisierte eine allzu große Passivität in der Therapie. Unter Aktivität verstand er aber nicht nur seine aktiven Therapievarianten i. e. S., sondern auch ein aktives Verhalten im verstehend interpretativen sowie im konfrontierenden Sinn. So konnte er in sehr direkter Weise – oft auch recht massiv – in den therapeutischen Prozeß eingreifen: anregend und erklärend, Stellung beziehend, dann aber auch auffordernd und aktiv führend. Erkennung und Artikulierung der Struktur einer Patientenpersönlichkeit und der in ihr wirkenden Pathomechanismen hatten einen wichtigen Stellenwert. Sie waren auch eine Form der erwähnten – man könnte sagen «rationalen» – Aktivität, die versucht, speditiv eine *funktionale Diagnose* oder ein entsprechendes Modell zu formulieren und als Basis für ein *kausaltherapeutisches Vorgehen* zu entwickeln. Dies ist ebenso typisch für Szondis Persönlichkeit wie für die Vorgehensweise in der Medizin: ätiopathogenetisches Wissen und entsprechendes kausaltherapeutisches Eingreifen.

Der erwähnten Aktivität entsprechend legte Szondi großen Wert auf die Aufstellung eines *Therapieplanes*, d. h. der Artikulierung des Vorgehens aufgrund der funktional-diagnostischen Voraussetzungen.

3.3 Zur Frage der Aktivität in der schicksalsanalytischen Therapie

Wenn man versucht, die Unvereinbarkeiten, wie z. B. die passive Schicksalsanalyse und ihre aktiven Varianten, zu verstehen, stößt man in der therapeutischen Praxis immer wieder auf den scheinbar kategorischen Widerspruch zwischen beiden, wie er vergleichswei-

se während Jahrzehnten zwischen der tonangebenden Psychoanalyse und teilweise auch der daseinsanalytischen Haltung herrschte, welche das aktive und direktive Element in der Therapie für unzulässig hielten. Doch gerade dieses «Eingreifen» in der schicksalsanalytischen Therapie stieß – und stößt auch heute noch – bei vielen auf einen starken, z. T. emotionalen Widerstand. Es wurde im Verlauf der Jahre immer wieder diskutiert, ja abgelehnt, weil es dem Denken und der Technik der Psychoanalyse und auch vielen anderen Therapieauffassungen zuwiderläuft. Daß sich in diesem Problem Kontradiktorisches äußert, ist evident, aber gerade darin liegt ja auch eine Begründung für die aktive Haltung Szondis. Als Verständnisgrundlage dafür muß man sich immer wieder vor Augen halten, daß er versuchte, die konstitutionellen Elemente auch im therapeutischen Denken zu berücksichtigen (vgl. Teil II, 2.3 und 3.2). Diesbezüglich ist es notwendig, immer wieder auf das Frühwerk Szondis zurückzugreifen, das seinen Anfang in Neuroendokrinologie, Konstitutionsforschung und Genetik hat, der ganzen Entwicklung zugrundeliegt und diese maßgeblich prägte.

So sprach Szondi damals von der «Erziehung der Triebe», in der Triebpathologie (1952, 13) von der «Erziehung und Behandlung der Triebe» (ein Thema, zu dem er ein Buch zu verfassen gedachte) und von der «Triebumformung durch die Erziehung» (Bürgi 2000). Zwar klingen diese Formulierungen etwas eigenartig, und doch werden sie immer aktueller. Szondi unterschied «programmatisch die Aufgaben und Forschungsbereiche» und stellte fest: «... Für eine ganzheitliche Heilpädagogik und Pädagogik, die gleichermaßen lernpsychologische und erziehungsrelevante sowie biologisch-organismische Bereiche der Gesamtpersönlichkeit berücksichtigt, bilden biologische Vorgänge, nämlich die Triebe, den Gegenstand der Erziehung» (Bürgi 2000). Seine damalige Zielsetzung am Heilpädagogischen Laboratorium war: «Die Heilpädagogik ist nicht nur die korrigierende Pädagogik der verkümmerten

Fähigkeiten, sondern vielmehr die einheitliche, mit pädagogischen, medizinischen, juristisch-sozialen und religiös-ethischen Mitteln arbeitende Disziplin zur Heilung der verkümmerten Gesamtpersönlichkeiten» (Kronenberg 1998). Dieser aus der frühen kinderpsychiatrischen Forschungszeit Szondis stammende Begriff mutiert in der Weiterentwicklung des Werkes zur eigentlichen Schicksalsanalyse, zum viel allgemeineren Konstitutionsverständnis im Sinne der hereditären, individuell spezifischen Triebstruktur und der Inhalte des Familiären Unbewußten. In diesem Zusammenhang könnte man mit kleinen Einschränkungen Psychotherapie anstelle von Heilpädagogik setzen und in einer psychagogisch orientierten Psychotherapie – neben der Aufgabe der Bewußtmachung – auch wesentlich das Prinzip des Operotropismus sowie einen spezifischen lerntherapeutischen Ansatz einführen. Damit sollte nun auch die alte Frage des schicksalsanalytischen Therapieverständnisses eine Klärung erfahren: Die während Jahrzehnten auf der Prädominanz der klassischen Psychoanalyse gründende, einseitig exogen-traumatische Auffassung – die sogar in der Psychiatrie während längerer Zeit (in den 50er und 60er Jahren) bis in den Bereich der Psychosentherapie hinein vertreten wurde – mußte relativiert werden. Das geschah einesteils durch das Werk Szondis, andernteils aber auch durch die moderne biochemische Psychosenforschung der Biologischen Psychiatrie. Für die praktische Psychotherapie aber gibt uns Szondi die Möglichkeiten in die Hand, die vor allem auf sein Frühwerk zurückgehen und die, nach einer längeren, stark psychoanalytisch orientierten mittleren Schaffensphase, in seinem Spätwerk wieder stark an Bedeutung gewinnen. Für uns gilt es heute, ein methodisch-technisches «Sowohl-als-auch-Denken» zu pflegen, in dem psychoanalytisches Denken und Handeln auf einer allgemein tiefenpsychologischen Basis mit psychagogisch-lerntherapeutischem Vorgehen in einen praktikablen Konsens gebracht werden.

Es wurde bereits erwähnt, daß Szondi zu Beginn seiner Forschung mit dem konstitutionellen Faktor konfrontiert war und erst im Verlaufe der Entwicklung der eigentlichen Schicksalsanalyse von der Konstitutionspsychiatrie zur Psychoanalyse, d. h. zu einer Verbindung der beiden kam. Jedenfalls genügt das psychoanalytische Ziel der Bewußtmachung verdrängter Inhalte und der verdrängenden Instanz nicht, um Inhalte aus dem *Familiären Unbewußten* bewußt zu machen und in den Griff zu bekommen. Während die erste Problematik in den Bereich des Persönlichen Unbewußten gehört (reine Triebgefahren), so ist die zweite nach der schicksalsanalytischen Theorie eine pathologische Manifestation aus dem *Familiären Unbewußten*: die pathogenen Genotypen. Sie hat eine weit größere krankmachende Bedeutung. Die abgewehrten Inhalte aus diesem Bereich können nicht direkt erinnert werden, sondern erst nach *aktiver* Provokation durch Erlebenlassen im Agieren (vgl. Teil III, 3.4). Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, ob man überhaupt auf diese Weise arbeiten will und ob man die Theorie der latenten pathogenen Genotypen ernst nimmt. Diese eigentliche schicksalsanalytische Therapie i. e. S. muß heute erweitert und ergänzt werden.

3.4 Zur Frage der therapeutischen Beeinflußbarkeit

Auf die Frage der Veränderbarkeit geht das Mißbehagen in Bezug auf die Probleme der schicksalstherapeutischen Technik zurück, und, mehr noch, die Frage danach, was überhaupt psychotherapeutisch veränderbar sei und was nicht (vgl. 2.7). Mit diesem Problem ist die therapeutische Haltung verquickt. Es darf und muß wohl erwähnt werden, daß Szondi selber in dieser prinzipiellen Frage der therapeutischen Beeinflußbarkeit nicht immer sicher war, ja oft sogar seine Meinung änderte. So kontrastierte seine Äußerung «man kann seine Konstitution ändern» oder «man kann sein Ich aufbauen» mit einem andererseits oft sehr kritisch-pessi-

mistischen Denken bei der prognostischen Einschätzung gewisser Patienten. Diese Meinung vertrat er ganz speziell in Bezug auf die Psychosenpsychotherapie-Ära der 50er und 60er Jahre. Unter Hinweis auf die Schwäche des psychotischen Ichs und die Schwierigkeit, es psychotherapeutisch definitiv aufzubauen, war er diesen Bemühungen gegenüber äußerst skeptisch. Diese Beurteilung hat zwar ihre Berechtigung, aber sie ist zu kategorisch und muß differenziert werden. Man darf nicht verhehlen, daß Szondi bei aller Genialität seines Werkes in praktisch-therapeutischer Hinsicht ergänzt werden muß. Wenn wir seine souveräne funktional-diagnostische Schau voll anerkennen, so müssen wir doch seine allzu kritische Apostrophierung der Psychosenpsychotherapie ablehnen unter dem Hinweis z. B. auf die therapeutische Haltung von Gaetano Benedetti (1964, 1975, 1976). Eigentlich müßten diese verschiedenartigen therapeutischen Einstellungen zusammengeführt werden.

3.5 Zur Praxis der ETD

Während uns in der Praxis Testtableaus begegnen, die prima vista eindeutige Hinweise auf eine problematische Triebdynamik geben, so sehen wir auch Triebprofile, die vorerst wenig Aussagekraft haben. Man könnte dadurch entmutigt sein, ja am Sinn der Triebdiagnostik zweifeln. Dennoch eröffnen solche Tests Einblicke, wenn man sie mit der Krankengeschichte und der persönlichen Lebensgeschichte, der Familienanamnese, der klinischen Phänomenologie sowie mit spezifischen Inhalten des therapeutischen Gesprächs korreliert. Diese Daten eröffnen oft eine Interpretationsmöglichkeit von zuvor völlig unverständlich scheinenden Testtableaus.

3.6 Genotypus, Triebstruktur und Psychotherapie

Es ist ein großer Irrtum zu meinen, die Triebstruktur eines Menschen könne psychotherapeutisch verändert werden. Zweierlei

Motivationen liegen solchen Vorstellungen zugrunde: 1. Die mangelnde Anerkennung der enormen Durchschlagskraft und hohen Autonomie genetischer Determinanten. 2. Die fehlende Unterscheidung zwischen Triebstruktur und Gesamtpersönlichkeit. Bei deren Aufbau hat die basale individuelle Triebstruktur zwar einen mehr oder weniger starken Einfluß, aber schließlich wird sie – ebenfalls in individuell verschiedenem Ausmaß – von der Summe aller exogenen Determinanten aufgebaut (vgl. 2.4). Nur diese höhere Gesamtpersönlichkeit kann im günstigen Fall überhaupt psychotherapeutisch verändert werden. Nur sie kann durch Bewußtwerdung und Einsicht, Selbstkritik und Kontrolle, Übung und Konsequenz, unter Berücksichtigung aller operotropistischen Möglichkeiten, beeinflußt werden. Doch dadurch wird die Triebstruktur als solche nicht verändert. Nur psychopharmakotherapeutische Eingriffe können die Triebosphäre beeinflussen, aber auch sie wirken nur auf neurobiochemische Systeme, nicht aber auf die diesen zugrunde liegenden Genotypen. Psychotherapeutisch ist es im besten Fall möglich, latente genetische Programme zu aktivieren oder durch bewußte Übung eine Umpolarisierung einzelner Triebstrebungen zu erreichen, so wie ich es an anderm Ort vorgeschlagen habe (Seidel 2002).

3.7 Zur Partizipationsfunktion als Wirkfaktor in der Therapie

Die Partizipationsfunktion darf nicht als unspezifischer Wirkfaktor schlechthin bezeichnet werden, ganz im Gegenteil: sie ist ein hochspezifisches therapeutisches Element. Szondi schreibt dem Partizipationsangebot vor allem in der Therapie eine allgemeine und eigentliche Heilwirkung zu; ja er geht so weit zu sagen: «Nicht die Technik heilt, sondern die zwischenmenschliche Beziehung zwischen dem Analysierten und dem Therapeuten.» (Szondi 1963a).

Die spirituelle Dimension ist eine Ressource für den Menschen

in größter Not. Die Erfahrung zeigt, daß es Zustände gibt, seien sie nun als krankhaft zu bezeichnen oder nicht – Grenzsituationen im Sinne der «condition humaine» – in denen letztlich jeglicher Therapieversuch versagt. Das therapeutische Denken muß auch auf die geistige Dimension und auf die Beziehung des Einzelnen zu ihr erweitert werden (vgl. 2.8).

4 Vermittlung, Rezeption und Verständnis der Schicksalsanalyse

4.1 Die Stellung der Schicksalsanalyse in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Szene

Anfangs hatte eine kleine Gruppe von Schülern Szondis der ersten Generation Theorie und Praxis der Schicksalsanalyse noch aus erster Hand übernommen. Das änderte sich jedoch, und die Zeit ging genau so über diese Gruppe hinweg, wie sie auch die gesamte Therapieszene veränderte. Während noch bis in die 60er Jahre hinein – v.a. hier in Zürich – die klassische Psychoanalyse, die Analytische Psychologie C. G. Jungs und die Daseinsanalyse Boss'scher Prägung quasi eine Monopolstellung inne hatten, kamen dann in rascher Folge neue Therapiemethoden oder alternative Denkweisen auf. Esoterische – oft auch pseudoesoterische – Anschauungen gewannen immer mehr an Boden, Positionen, die sich wie Welten gegenüberstanden, sich auf die Repräsentanten der Schicksalsanalyse auswirkten und zu Unsicherheiten in der therapeutischen Auffassung führten. Zu groß waren die Unterschiede in Grundhaltung und Denken der einzelnen Richtungen, als daß es zu einem Konsens hätte kommen können: Die straff verbindliche, grundsätzlich versagende und passive Haltung der klassischen Psychoanalyse gegenüber der Daseinsanalyse von Boss mit ihrer weitge-

hend permissiven Haltung, die daseinsanalytische Auffassung von L. Binswanger mit ihrer Abkehr von den mechanistischen pathogenetischen Konstrukten Freuds und seiner Metapsychologie und schließlich die Analytische Psychologie C. G. Jungs mit ihrer finalen Denkweise und transzendent-religiösen Orientierung schlossen sich in den Augen vieler aus. Interessenten und Ausbildungskandidaten mit einer bestimmten Denkart wurden von diesen Schulen selektiv angezogen, so daß sich eine Perpetuierung und Verstärkung der je schuleigenen «Philosophien» ergab, wie dies schon Grawe vermerkt hat (Grawe 1994). Dies ist um so bedauerlicher, als die Schicksalsanalyse die einzige Schule ist, die neben dem tiefenpsychologischen auch den erbgenetischen Aspekt systematisch einbezieht, während dieser in der allgemeinen Psychologie kaum Beachtung findet.

4.2 Ausbildungsprobleme im Kreise der Schicksalsanalytiker

In ihrer *umfassenden Theorie* liegt das Besondere der Schicksalsanalyse, aber auch ihr großes Problem. Wird sie wirklich verstanden – in den eigenen Reihen wie auch von Aussenstehenden? Es muß angenommen werden, daß dem nicht so ist, werden doch nicht selten wesentliche Grundpfeiler der schicksalsanalytischen Theorie, wie ihre erbgenetische Basis und spezielle Familienforschung sowie die ETD, in Frage gestellt oder überhaupt nicht mehr berücksichtigt. Schwierigkeiten entsprangen auch einer kritischen Haltung weiter Kreise gegenüber der *funktionalen*, als mechanistisch und deterministisch apostrophierten Denkweise der Triebpsychologie. Dies ist u. a. auch darin begründet, daß, oft sogar zugegebenermaßen, die Werke Szondis überhaupt nicht mehr gelesen werden. Die Ausklammerung des erbgenetischen Faktors wird hier jedoch weder durch Argumente begründet noch sachlich diskutiert noch zum Gegenstand systematischer, wissenschaftlicher Untersuchungen gemacht, um so mehr noch, als ja in der allgemei-

nen Psychotherapie die erbgenetische Ätiologie ebenfalls vernachlässigt wird. Das hat seine Konsequenzen für die Therapie. Solche Vorstellungen entspringen einem allgemein menschlichen Kausalbedürfnis, das sich ganz besonders in der Suche nach exogenen Ursachen befriedigt, verstärkt noch durch die ebenfalls exogen-traumatische Auffassung der Psychoanalyse wie auch der meisten anderen psychotherapeutischen Schulen. Die allgemeine Vernachlässigung des erbgenetischen Elements ist eine Problematik, die schon zu Szondis Lebzeiten zur Diskussion stand und sich auch in der Entwicklung der SGST und des Szondi-Instituts in den letzten 20 Jahren niederschlug.

Daß sich unter den vorerwähnten Umständen und in Anbetracht der komplexen Materie schwerlich eine einheitliche Ausbildung vermitteln ließ, ist selbstverständlich – um so mehr, als es nicht nur um die Integration der wichtigen *Tiefenpsychologischen Schulen* ging, eines der zentralen Anliegen Szondis, sondern um die *Koexistenz verschiedener therapeutischer Grundhaltungen* ganz allgemein. Diese standen sich damals nicht nur wegen ihrer technischen Unterschiede, sondern vielmehr wegen ihrer grundsätzlich unterschiedlichen, unvereinbaren psychotherapeutischen Haltung und den dahinterliegenden «Philosophien» gegenüber. Sie zu integrieren war ein Ding der Unmöglichkeit, jedenfalls in einem Schulbetrieb, in dem mit größter Konzilianz auf jede Meinung Rücksicht genommen wurde. Ganz abgesehen von all dem ist der Studierende auch überfordert, gleichzeitig verschiedenste Theorien und die entsprechenden Techniken à fond kennenzulernen und sich zudem in der allgemeinen Therapieszene zurecht zu finden. Theoretisch war Szondi in der Ich-Analyse (1956a) die Integration zwar gelungen, jedoch nicht in der Ausbildungspraxis. Er selbst war in seinem hohen Alter diesen praktischen und schultechnischen Aufgaben nicht mehr gewachsen. Gleichzeitig war er aber überzeugt davon, daß sich die Schicksalsanalyse auf die Dauer ohnehin durchsetzen,

ja noch mehr, daß sich seine Idee der Integration der Tiefenpsychologischen Schulen früher oder später verwirklichen würde. Damit aber unterschätzte er die Schwierigkeiten, die sich schon seit langem eingestellt hatten, die jedoch nie kritisch und konsequent angegangen wurden.

Während Szondi einen therapeutischen «modus procedendi» gefunden und publiziert hatte und diesen auch selbst praktizierte, war es um die Weitergabe dieser stark von seiner Persönlichkeit geprägten Art des Vorgehens weniger gut bestellt. Für denjenigen, der das Glück hatte, die typische persönliche Art des Denkens und Handelns von Szondi live mitzuerleben, war es leichter, seine theoretischen Arbeiten zu verstehen, die oft als Widersprüchlichkeiten erscheinende Vielseitigkeit zu akzeptieren und damit auch in der Praxis besser zurecht zu kommen. Ohne diese Verständnishilfe *musste* während der kritischen Jahre in der SGST und im Szondi-Institut vieles unverständlich bleiben, zu Zwist und chronischem Unbehagen führen, was die an sich schon bestehende Tendenz vieler, bei anderen Schulen und Methoden Zuflucht zu suchen und dabei das schicksalsanalytische Denken völlig auszuklammern, nur noch verstärkte. So geschah es, daß von verschiedenen Mitgliedern ganz andersartige therapeutische Möglichkeiten in ihr Repertoire aufgenommen wurden, wobei ein breites Spektrum entstand, das von der engen, exklusiven Verpflichtung zur Psychoanalyse bis zu verschiedenartigsten alternativen Methoden reichte, deren Anteile oft in eklektizistischer Weise zusammengewürfelt wurden, was alles andere als integrativ ist (Seidel 1999). Die Verbindung zur schicksalsanalytischen Basis wurde dabei oftmals aufgegeben. Diese Entwicklung fand Ausdruck nicht nur in vehementen Meinungsäußerungen, sondern ist auch repräsentiert in einem bunten Spektrum von Artikeln in der Szondiana – an sich eine positive Vielfalt, die aber leider kaum zu einem gegenseitigen Verständnis und schon gar nicht zu einer Integration führte.

4.3 *Schlußwort*

Auf der Grundlage der verschiedenartigen Paradigmen baute Szondi eine systematische theoretische Psychologie und Psychopathologie auf, *mit der man praktisch arbeiten kann – diagnostisch und therapeutisch*. Sein Werk hat also nicht nur epistemologische, d.h. allgemein erkenntnisbezogene, sondern auch ganz lebensnahe, praktische Bedeutung. Diese darf jedoch nicht auf den einseitig-engen Rahmen einer therapeutischen Technologie oder Praxeologie reduziert werden, welche von sekundärer Natur sind. Primär ist das neue, schicksalsanalytische Menschen- und Krankheitsverständnis sowie die allgemeine Persönlichkeitstheorie und Krankheitslehre, auf deren Basis eigentlich *jede Art von Psychotherapie eingesetzt werden kann*: psychoanalytisch fundierte oder aber einfache Gesprächstherapie und Psychagogik, Kurztherapie und allgemeine Lebenshilfe, alle aber *gründend auf dem Wissen um das triebpsychologische Fundament*, um die Persönlichkeit und genaue Art ihrer Problematik oder Störung. Die Kunst in der Psychotherapie ist es, dies dem Patienten verstehbar zu machen und ihm Wege zu zeigen, wie er mit seinen Problemen bewußt umgehen kann.

Voraussetzung für ein «kausalthérapeutisches» Vorgehen ist ein *schicksalsanalytisch-triebpsychologisches Grundverständnis*, wodurch sich auch eine fachkundige Therapie von menschlicher Naivhilfe unterscheidet. Im Ablauf der Einzeltherapie – spätestens bei deren Nichtgelingen – erweist es sich, welche Gegebenheiten oder Mechanismen veränderbar sind und welche nicht. Es gibt aber auch Parameter, die schon frühzeitig Hinweise auf diese Frage geben. In diesem Zusammenhang müssen auch konstellative, systemische Aspekte berücksichtigt werden. So kann eine Veränderung in der psychosozialen Konstellation, speziell in der Partnerschaft, evtl. durch Einbeziehung des Partners in die Therapie erst zur Besserung führen. Sicherlich aber widersprechen sich eine psychoanalytische Grundhaltung und deren eventuell modifizierte

Technik und die Schicksalsanalyse keineswegs. Wesentlich ist es, auch zu erkennen und zu akzeptieren, daß es Störungen bzw. deren konstitutionelle Grundlagen gibt, die weder psychoanalytisch noch durch eine andere Psychotherapie behandelt werden können. Anstatt in einen therapeutischen Nihilismus zu verfallen, kann man einem Menschen auch helfen, seine Konstitution zu akzeptieren und einen Modus vivendi zu finden.

Literaturverzeichnis

- Alexander, F. (1949) *Fundamentals of Psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Argelander, H. (1970) *Das Erstinterview*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Bechi, A. (1965) *Psychotherapie-Prognose mit Hilfe der «Experimentellen Triebdiagnostik»*. Bern: Huber.
- Beeli, A. (1965) *Psychotherapie-Prognose mit Hilfe der «Experimentellen Triebdiagnostik»*. Bern: Huber.
- Beeli, A. (1976) *Der Traum in der Schicksalsanalyse Szondis*. In: Battegay, R. und Trenkel, A. (Hrsg.) *Der Traum*. Bern: Huber, 40-59.
- Benedetti, G. (1964a) *Der psychisch Leidende und seine Welt*. Stuttgart: Hippokrates.
- Benedetti, G. (1964b) *Klinische Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Benedetti, G. (1975) *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benedetti, G. (1976) *Der Geisteskranke als Mitmensch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Hrsg.) (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Bergmann, M. S. (1998) *Die Beendigung der Analyse: die Achilles-Ferse der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. In: *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*. Jhrg. XIII, 3, 309-322.
- Berns, U. (2000) *Deutung*. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binswanger, L. (1957) *Der Mensch in der Psychiatrie*. Pfullingen: Neske.
- Binswanger, L. (1960) *Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien*. Pfullingen: Neske.
- Bion, W.R. (1962) *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt/M: Suhrkamp 1990.

- Bleuler, E. (1937) Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer, 6. Aufl. (1. Aufl. 1916).
- Borner, M., Seidel Ph., Jüttner F. (1995) Grundzüge der Schicksalsanalyse. Szondiana 15. Jhrg. H. 1, 65-67.
- Brun, R. (1954) Allgemeine Neurosenlehre. Biologie, Psychoanalyse und Psychohygiene leib-seelischer Störungen. Basel: Schwabe. 3. Aufl.
- Bürgi-Meyer, K. (2000) Leopold Szondi. Eine biographische Skizze. Zürich: Szondi-Verlag.
- Bürli A. (1970) Indikation zur analytischen Psychotherapie mit Hilfe der «Experimentellen Triebdiagnostik». Bern: Lang.
- Capra, F. (1983) Wendezeit. Bern: Scherz.
- Capra, F. (1987) Das Tao der Physik. Bern: Scherz.
- Conrad, K. (1966) Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme. 2. Aufl.
- DSM-III-R. (1989) Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen. Weinheim: Beltz.
- Dürckheim, K. (1954) Durchbruch zum Wesen. Aufsätze und Vorträge. Zürich: Niehans.
- Dürckheim, K. (1973) Vom doppelten Ursprung des Menschen. Freiburg i. Br.: Herder.
- Eckstaedt, A. (1991) Die Kunst des Anfangs. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ehrbar, R. und Waespe, W. (1992) Funktionelle Gangstörungen. In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 122, 833-841.
- Ermann, M. (2000a) Gegenübertragung. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, 226-232.
- Ermann, M. (2000b) Widerstand. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, 797-802.
- Fischer, G. (2000) Technik. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, 713-716.
- Freud, S. (1913) Zur Einleitung der Behandlung. GW, VIII, 453-478.
- Freud, S. (1916) Trauer und Melancholie. GW, X, 427-446.
- Freud, S. (1928) Dostojewskij und die Vätertötung. GW, XIV, 397-418.
- Freud, S. (1937) Die endliche und die unendliche Analyse. GW, XVI, 59-99.

- Grawe, K., Donati R., Bernauer F. (1994) Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Bern: Hogrefe, 3. Aufl.
- Greenson, R. (1967) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett 1973.
- Häsler, A. A. (1976) Schicksal – Freiheit oder Zwang? Video des Schweizer Fernsehens. Archiv Szondi-Institut Zürich.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1988) Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 29, 1-14.
- Herold, R., Weiss, H. (2000) Übertragung. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hess, W. R. (1948) Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems. Basel: Schwabe.
- Hess, W. R. (1954) Das Zwischenhirn. Syndrome, Lokalisationen, Funktionen. Basel: Schwabe. 2. Aufl.
- Hinz, H. (2000) Konstruktion – Rekonstruktion. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hölzer, M. (2000) Freie Assoziation. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Huth, W. (1978) Wahl und Schicksal. Bern: Huber.
- ICD-10. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.
- Jaspers, K. (1951) Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer.
- Jung, C.G. (1944) Psychologie und Alchemie. Zürich: Rascher.
- Jung, C.G. (1960) Psychologische Typen. Zürich: Rascher. 10. Aufl.
- Jung, C.G. (1971) Die Dynamik des Unbewußten. Olten: Walter.
- Jung, C.G. (1972) Definitionen. In: Typologie. Zürich: Ex Libris Bd. I.
- Jüttner, F. (1988) Zur Ich-Psychologie der Schicksalsanalyse. Szondiiana 8. Jhrg. Heft 1,45-74.
- Klüwer, R. (1996) Was ist eine gute Psychotherapeutin, was ein guter Psychotherapeut? In: Psychotherapie Forum 4: 169-173.
- Kretschmer, E. (1950) Medizinische Psychologie. Stuttgart: Thieme. 10. Aufl.
- Kretschmer, E. (1958) Hysterie, Reflex, Instinkt. Stuttgart: Thieme. 6. Aufl.
- Kretschmer, E. (1974) Hysterie. Begründet von Ernst Kretschmer. Bearbei-

- tet und ergänzt von Wolfgang Kretschmer. Stuttgart: Thieme. 7. neugefaßte Aufl.
- Kronenberg, B. (1998) Die Schicksalsanalyse und die Lebensgeschichte ihres Begründers Leopold Szondi. Zürich: Szondi-Verlag.
- Kuhn, R. (1987) Über die Stellung des paroxysmalen Vektors von Szondi im System der endogenen Psychosen. Szondiana 1987, Heft 2, 70-80.
- Kürsteiner, G. (1973) unveröfftl. Vorlesungsnotizen (F. Jüttner) WS 73/74.
- Kürsteiner, G. (1980) Ahnenträume. Bern: Huber Verlag.
- Kürsteiner, G. (1987) Schwerpunkte der Schicksalspsychologie. Bern: Forschungsgemeinschaft für Tiefenpsychologie.
- Landolt, H. (1960) Die Temporallappenepilepsie und ihre Psychopathologie. Basel: Karger.
- Laplanche, J. u. Pontalis, J.-B. (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lemche, E. (1998) Zur Begründung einer psychoanalytischen Forschungskultur. Psyche 52/1998, 398-401.
- Leuschner, W. (2000) Traum. In: Wolfgang Mertens und Bruno Waldvogel (Hrsg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lichtenberg, J. D. (1996) The Clinical Exchange. New York: The Analytic Press.
- Luborsky, L. (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- McGoldrick, M. & Gerson R. (1990). Das Genogramm in der Familientherapie. Bern: Huber.
- Mertens, W. (1990) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1 und 2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1991) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Money-Kirle, R. (1956) Normale Gegenübertragung und mögliche Abweichungen, dt. in: Spillius, E. B. (Hrsg.) Melanie Klein heute. München: Verlag Internationale Psychoanalyse 1988. Bd. 2, 29-44.
- Morgenthaler, F. (1986) Technik. Frankfurt: Taschenbücher Syndikat.
- Müller-Pozzi, H. (1991) Psychoanalytisches Denken. Bern: Huber.
- Nager, Frank (1999a) Der heilkundige Dichter. Goethe und die Medizin. Düsseldorf: Artemis und Winkler.
- Nager, F. (1999b) Intuition in der Medizin. In: Schweizerische Ärztezeitung, 80: Nr. 35.

- Neumann, E. (1984) Ursprungsgeschichte des Bewußtsein. Mit einem Vorwort von C. G. Jung. Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch, 1984 (4. Aufl.; 1. Aufl. 1968).
- Ogden, Th. (1995) Frühe Formen des Erlebens. Berlin: Springer.
- Orlinsky, D., Grawe, K., Parks, B. (1994) Process and Outcome in Psychotherapy – Noch einmal. In: Bergin u. Garfield (Ed.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wily and Sons Inc. N.Y. (4. Aufl.).
- Parin, P. (1958) Die Indikation zur Analyse. Psyche XII, 367-387.
- Pfister-Ammende, M. (1952) Die Indikation zur Analyse. Psyche VI, 49-66.
- Ringel, E. u. Kirchmayr, A. (1986) Religionsverlust durch religiöse Erziehung. Basel: Herder (5. Aufl.)
- Rosengard, P. (1991) A Comparative Analysis of Four Psychotherapy Manuals and a Proposed Model for Psychotherapie Manuals. Frankfurt: Peter Lang.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1973) Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie. Stuttgart: Klett.
- Schneider, W. et al. (1995) Entwicklung eines Modells der operationalen psychodynamischen Diagnostik (OPD). Psychother. Psychosom. med. Psychol. 45: 121-130.
- Schotte, J. (1963) Notice pour introduire le problème structural de la Schicksalsanalyse. Szondiana V, Nr. 47. Festschrift Leopold Szondi. Beiheft zur Schweiz. Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen. Bern: Huber. 144-201.
- Schotte, J. (1974) Interview mit Dr. Szondi. Video des belgischen Fernsehens. Archiv Szondi-Institut Zürich.
- Seidel, Ph. R. (1959) Das hypersthenische und asthenische Syndrom. In: Bulletin der Arbeitsgemeinschaft für Experimentelle Triebpsychologie und Schicksalsanalyse.
- Seidel, Ph. R. (1962) Experimentelle Existenzformenanalyse an einem Krankengut von 126 Epileptikern. Zürich: Juris.
- Seidel, Ph. R. (1963) Beitrag zur Vordergänger-Hintergänger Theorie und zur Frage der kombinierten Psychosen. Ergebnisse der experimentellen Existenzformenanalyse an Epileptikern. Szondiana V, Nr. 47. Festschrift Leopold Szondi. 202-243.
- Seidel, Ph. R. (1966) Untersuchungen zur Ichstruktur von Parkinson Kranken. Szondiana VI. Nr. 50, 181-197.
- Seidel, Ph. R. (1976) Jahresbericht SGST.

- Seidel, Ph. R. (1978) Die Grenzpsychotiker in der Partnerschaft. Unveröffentl. Referat am VIII. Internationalen Kongreß für Schicksalsanalyse in Pampiona.
- Seidel, Ph. R. (1979) Die Depression im Lichte der Schicksalsanalyse Szondis. Unveröffentl. Referat anlässlich der Eröffnung des neuen Jung-Institutes in Küsnacht.
- Seidel, Ph. R. (1996) Psychiatrie und Schicksalsanalyse heute. Unveröffentl. Referat am Internationalen Kongreß für Schicksalsanalyse in Krakau.
- Seidel, Ph. R. (1999) Jahresbericht 1998 zuhanden der GV der SGST und Beitrag zur Bewältigung der Probleme in SGST und LKA. Szondiana, 19. Jg. H.1, 54-69.
- Seidel, Ph. R. (2002) L'Analyse du destin de Léopold Szondi. In: Duruz, N., Gennart, M. (Hrsg). *Traité de psychothérapie comparée*. Genève: Ed. Médecine & Hygiène.
- Strupp, W. P. H. (1994) Psychodynamic Approach. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley. 467-508.
- Szondi, L. (1944) Schicksalsanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. Basel: Schwabe (5. Aufl. 1996).
- Szondi, L. (1952) *Triebpathologie*. Bern: Huber.
- Szondi, L. (1956a) *Ich-Analyse*. Bern: Huber.
- Szondi, L. (1956b) Die Heilwege der Schicksalsanalyse. In: Szondi, L. (Hrsg.) *Heilwege der Tiefenpsychologie*. Bern, Huber, 49-94.
- Szondi, L. (1960) *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik*. Bern: Huber (2. Aufl.; 3. Aufl. 1972).
- Szondi, L. (1962) Grundriss der schicksalsanalytischen Therapie. Beiträge zur Diagnostik und Therapie des Schicksals. Szondiana III, 7-60.
- Szondi, L. (1963a) Schicksalsanalytische Therapie. Ein Lehrbuch der passiven und aktiven analytischen Psychotherapie. Bern: Huber.
- Szondi, L. (1963b) Der Weg zur Menschwerdung. In: Mensch, Schicksal und Tod. Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen Nr. 46. Szondiana IV, 95-120.
- Szondi, L. (1969) Kain, Gestalten des Bösen. Bern: Huber.
- Szondi, L. (1971) Rückblick und Ausblick. In: Szondiana VIII. Bern: Huber, 344-358.
- Szondi, L. (1973a) Moses. Antwort auf Kain. Bern: Huber.
- Szondi, L. (1973b) Schicksalsanalyse – eine Selbstdarstellung. In: Pongratz,

- L. J. (Hrsg.) Psychotherapie in Selbstdarstellungen. Bern: Huber, 413-457.
- Szondi, L. (1980) Die Triebentmischten. Bern: Huber.
- Szondi, L. (1984) Integration der Triebe. Die Triebvermischten. Bern: Huber.
- Weizsäcker von, V. (1947) Der Gestaltkreis und klinische Vorstellungen. Stuttgart: Hippokrates.
- Wyrsch, J. (1946) Über die Intuition der Erkennung des Schizophrenen. In: Schweiz. Medizinische Wochenschrift. 117-139.

Das Manual vermittelt einen Einblick in die Praxis der schicksalsanalytischen Therapie.

Das Buch richtet sich an Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Psychologen/Psychologinnen, Ärzte/Ärztinnen und interessierte Laien.



Stiftung Szondi-Institut
Krähbühlstrasse 30 · CH-8044 Zürich
ISBN 3-9520598-8-9