

M. Schwarzmann<sup>1</sup> und M. Hochgerner<sup>2</sup>

## Seinsangst oder mangelnde Selbstgewissheit

### Psychotherapeutische Konsequenzen aus einer qualitativen Untersuchung an Morbus Crohn-Patienten

**Zusammenfassung** Die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung und Erfahrungswerte aus der Praxis zeigen, dass sich in der Psychotherapie mit Psychosomatikpatienten die differenzierte Bestimmung des Entwicklungsniveaus innerhalb der Ich-strukturellen frühen Schädigung als sehr hilfreich erweist. Dabei gilt es zu unterscheiden, inwiefern ein Patient an mangelnder Daseinsgewissheit oder/und an mangelnder Selbstgewissheit leidet. Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit profitieren von anderen Heilfaktoren als Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den psychodiagnostischen Differenzierungsmerkmalen innerhalb der Ich-strukturellen frühen Schädigung und den psychotherapeutischen Konsequenzen, die sich daraus ergeben.

**Schlüsselwörter:** Psychosomatik, Ich-strukturelle frühe Schädigung, mangelnde Daseinsgewissheit, mangelnde Selbstgewissheit, Psychotherapie, Therapeutenverhalten, Regression, Progression.

**Fear of existence or lack of "Selbstgewissheit". Psychotherapeutic conclusions drawn from a qualitative study on patients suffering from Crohn's disease**

**Abstract** Qualitative research and practical experience have shown that it is very helpful for psychotherapy with psychosomatic patients to determine further the specific developmental stage in which the infant self-structural damage occurred. That means that a further differentiation between patients who suffer from lack of "Daseinsgewissheit" (cognitive/emotional awareness of existence, Petzold, 1993) and/or those suffering from lack of "Selbstgewissheit" (cognitive/emotional awareness one's self, Petzold, 1993) has to be made. Patients lacking "Daseinsgewissheit" profit from other healing factors than patients lacking "Selbstgewissheit".

The present article deals with the psychodiagnostic features that differentiate the two developmental stages of infant self-structural damage as well as the psychotherapeutic conclusions that can be drawn from them.

**Keywords:** Psychosomatics, infant self-structural damage, lack of "Daseinsgewissheit" (cognitive/emotional awareness of existence), lack of "Selbstgewissheit" (cognitive/emotional awareness of one's self), psychotherapy, therapeutic conduct, regression, progression.

**Peur d'exister ou manque d'affirmation de soi – conséquences pour la psychothérapie, tirées d'une recherche qualitative auprès de patients souffrant de la maladie de Crohn**

**Résumé** Les résultats d'une recherche qualitative et la prise en compte d'expériences pratiques montrent que, lors du traitement psychothérapeutique de patients souffrant de troubles psychosomatiques, il est très utile d'effectuer une évaluation différenciée du niveau de développement du moi dans le contexte d'une atteinte précoce. Il s'agit alors de distinguer entre les patients qui souffrent d'un manque de con-

science d'exister et ceux qui manifestent un manque d'affirmation de soi. Ceux qui appartiennent au premier groupe bénéficieront de facteurs thérapeutiques différents de ceux qui seront utiles aux patients faisant partie du deuxième groupe. Le présent article s'intéresse aux critères permettant un diagnostic de l'atteinte précoce de la structure du moi et aux conséquences de cette démarche pour le travail psychothérapeutique.

Les résultats de la recherche et les observations menées dans un service de médecine psychosomati-

<sup>1</sup> Kapitel 1–4.

<sup>2</sup> Kapitel 5–7.

*que aussi bien que dans un cabinet privé révèlent que des patients souffrant du même trouble somatique se distinguent par un développement psychique différent. Certains d'entre eux on atteint le niveau de la structure névrotique, alors que d'autres en sont restés à un stade plus précoce de développement du moi.*

*Les patients ayant subi une atteinte précoce de la structure du moi souffrent du fait d'avoir vécu le manque et l'abandon. Leur dynamique psychique montre à quel point ils ont été atteints dans leur sentiment d'avoir droit à l'existence et dans leur perception d'eux-mêmes. En tant que psychothérapeutes, nous nous devons de saisir cette dynamique psychique dans toutes ses dimensions et d'en tenir compte aussi bien dans notre comportement thérapeutique que dans le choix de nos méthodes. La recherche a mis en évidence des différences très subtiles dans le comportement des thérapeutes, selon le type de patients. Ceux qui souffrent d'un manque de conscience d'exister ont besoin de réponses concrètes, tout en vivant l'écho empathique du thérapeute comme menaçant; ils vont donc le dévaloriser. Par contre, les*

*patients souffrant d'un manque d'affirmation de soi profitent particulièrement de la 'résonance' du thérapeute; elle les aide à prendre en compte leurs propres émotions et à les utiliser de manière constructive. On enregistre également des différences au niveau du choix des méthodes. Concernant les patients du premier type, priorité est accordée au soutien du moi et à des procédures visant à exploiter les ressources du client, alors que les patients du second type sont mieux à même de bénéficier d'une prise en compte de l'inconscient. Il reste que dans un cas comme dans l'autre – manque de conscience d'exister ou manque d'affirmation de soi – il est important de prendre en compte à la fois les potentiels et les risques d'un traitement psychothérapeutique encourageant soit la régression, soit la progression.*

*En résumé, l'article donne une vue différenciée des différents niveaux de développement atteints par la structure du moi chez des patients ayant souffert d'atteintes précoces; il présente les facteurs thérapeutiques utiles selon le cas et il dérive des connaissances acquises les aspects qui contribueront à une démarche psychothérapeutique adéquate.*

## 1. Einleitung

Die psychodiagnostische Unterscheidung – mangelnde Selbstgewissheit und mangelnde Daseinsgewissheit – bei Ich-strukturellen frühen Schädigungen erweist sich in der psychotherapeutischen Praxis als hilfreich, weil vor allem Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit eine mehr stützende, weniger aufdeckende Arbeit verlangen als Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit.

Theoretischen Hintergrund für diese Arbeit bietet die Integrative Therapie (Petzold, 1993) und tiefenpsychologisch objektbeziehungstheoretisch orientierte Konzepte. Die Integrative Therapie, „in ihrem Wesen relational, interaktional und sinnorientiert“ (Petzold, 1993, S. 515), wird bevorzugt, weil sie vor allem durch ihren leiborientierten Ansatz dem Psychosomatikpatienten gerecht wird. Objektbeziehungstheoretische Ansätze helfen die Psychodynamik der Patienten besser zu verstehen.

## 2. Beschreibung der Untersuchung

In meiner qualitativen Untersuchung im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien (vgl. Schwarzmann, 1998) ging es um die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie bei Morbus Crohn-Patienten. Absicht war es, über die Lebensgeschichten der Patienten verborgene unbewusste Sinnzusammenhänge zu erkennen und so zu einem umfassenderen Verständnis des Leidens zu kommen. Von dem so gewonnenen „Tiefenverständnis“ konnte die Wirkungsweise der psychotherapeutischen Maßnahmen im stationären Setting reflektiert werden. In der qualitativen Auswertung von acht Interviews am Beginn und am Schluss des Aufenthalts – von zwei Patienten sind die genauen Textanalysen dokumentiert – ließ ich mich als Gesprächspartnerin auf

die erzählten Inhalte ein, ich tauchte ein – qua Übertragung Gegenübertragung – in die Beziehungsdynamiken, von denen die Patienten sprachen. Dabei achtete ich auf die Übertragungsmechanismen im Interview selber und nutzte meine Gegenübertragungsreaktionen sowohl während des Interviews mit den Patienten als auch im Verfahren der Auswertung der einzelnen Interviews.

Die Patientenäußerungen ließen sich in zwei voneinander zu unterscheidende Sinnbezüge gliedern: in den manifesten Textsinn, das bewusst Gesagte und in den latenten. Es ging um ein szenisches Erfassen und Verstehen der Situation, wobei es die drei Grundsituationen, die aktuelle, die infantile und die Übertragungssituation (vgl. Lorenzer, 1976) zu unterscheiden galt. Zusätzlich zu den Patienten interviewte ich ihre Psychotherapeuten auf der Station. Diese Interviews über den Therapieverlauf wurden in die Reflexion miteingebogen.

Die hermeneutische Vorgangsweise im Sinne des szenischen Verstehens habe ich deshalb bevorzugt, weil sie der Komplexität der Erkenntnisgewinnung am ehesten gerecht wird. Einerseits sollte im Erkenntnisprozess der Zugang zu unbewussten Inhalten möglich sein, andererseits auch das dem psychotherapeutischen Setting zugrundeliegende Hintergrundkonzept. Es handelt sich um das tiefenhermeneutische Erkenntnisverfahren, zumindest wird im therapeutischen Alltag immer wieder auf die hermeneutische Spirale (Petzold, 1993) – Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären – zurückgegriffen. In den gesamten Erkenntnisprozess fließen via Interpretation sowohl psychoanalytische, tiefenpsychologische und objektbeziehungstheoretische Ansätze als auch Modelle der humanistischen Psychologie mit ein – eine Reflexion, die sich mit dem Konzept der Station deckt. Die wesentlichste Erkenntnis der Untersuchung ist, dass Patienten mit dem gleichen

Krankheitsbild (Morbus Crohn) unterschiedliche psychische Entwicklungsniveaus aufweisen und dass die Diagnose „Ich-strukturelle frühe Schädigung“ dringend nach einer Differenzierung verlangt. Ich-strukturell früh geschädigte Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit (Petzold, 1993) profitierten von anderen Heilfaktoren als Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit (Petzold, 1993).

Die Begriffe „Daseinsgewissheit“ und „Selbstgewissheit“ weisen in der klinischen Entwicklungspsychologie der Integrativen Therapie (Petzold, 1993) auf bestimmte Entwicklungsaufgaben hin.

Die intrapersonale Daseinsgewissheit entwickelt sich durch die interpersonale Erfahrung mit emotional kompetenten Bezugspersonen. Die Erfahrung wird durch die emotionale und leibliche Antwort geprägt. Die Gemeinsamkeitserfahrungen mit der jeweiligen Bezugsperson begründet die Fähigkeit zur körperlichen Intimität. Im Zusammensein entsteht

1. ein Zutrauen in die eigene Fähigkeit, sensorische Stimulierungen regulieren zu können,
2. ein Vertrauen darauf, dass der andere dabei behilflich sein kann,
3. die Erfahrung, dass Erregung zusammen mit einem anderen angenehm sein kann.

Weniger gute Regulationserfahrungen haben bei Patienten ein reserviertes Verhältnis zu Körperlichkeit und Erregung – ebenso von innen wie von aussen kommend – zur Folge, weil das Zutrauen in die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten eingeschränkt ist (vgl. Stern, 1994; Petzold, 1993; Dornes, 1998).

Die Erfahrung der Daseinsgewissheit ist Voraussetzung für die Entwicklung der Selbstgewissheit. Diese entwickelt sich durch die Resonanz Erfahrung mit der anderen Person. Durch sie bilden sich emotionale, soziale und kognitive intrapsychische Repräsentanzen.

So zeigte sich in der Untersuchung: Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit waren auf die Arbeit an ihrem Grundvertrauen angewiesen. Sie entwickelten Vertrauen in die eigene Fähigkeit, mit sensorischen Stimulierungen umzugehen. Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit verfügten über diese grundlegende Fähigkeit schon mehr. Sie waren für die Entwicklung ihrer intrapsychischen Fremd- und Selbstrepräsentanzen (Petzold, 1993) sowohl auf die Reflexion als auch auf die Neuerfahrung von Fremd- und Selbstattributionen (Petzold, 1993) angewiesen.

### 3. Das Entwicklungs- und Funktionsniveau der Patienten

Die Ergebnisse der genannten Untersuchung und weitere Beobachtungen in der psychotherapeutischen Praxis mit Psychosomatikpatienten und auf der Station zeigen, wie wichtig es ist, das jeweilige Entwicklungs- bzw. Funktionsniveau genau zu diagnostizieren. Es gilt, das Funktionsniveau vom Entwicklungsniveau zu unterscheiden. Es gibt Patienten, die in einer akuten Krise auf ein sehr frühkindliches Funktionsniveau regredieren, ähnliche Abwehrmechanismen wie Ich-strukturell früh geschädigte Patienten zeigen, aber letztlich in

ihrem Entwicklungsniveau fortgeschrittener sind und nicht den Patienten mit Ich-strukturellen frühen Schädigungen zuzuordnen sind. Das heißt, sie regredieren auf ein frühkindliches Funktionsniveau, ihre Fixierung liegt aber nicht auf einem frühkindlichen Entwicklungsniveau. Vielmehr ist ihre psychische Abwehr durch die akute Krise so sehr geschwächt, dass sie auf frühkindliche Abwehrmechanismen zurückgreifen.

Grundsätzlich ist immer zu fragen, inwieweit das Entwicklungsniveau bereits Verarbeitungsmechanismen auf neurotischem Strukturniveau zulässt oder inwiefern der Patient in Mechanismen einer Ich-strukturellen frühen Schädigung gefangen ist. Bei Patienten, die psychisch ein neurotisches Strukturniveau erreicht haben, lässt sich beobachten, dass sie über genügend Objekt- und Selbstrepräsentanzen verfügen. Sie können über Erfahrungen mit sich selbst und anderen Menschen berichten. Ihre Beziehungsrepräsentanzen sind vorhanden, jedoch konflikthaft. Sie können über ihre inneren Bilder und Erfahrungen bezüglich unterschiedlicher Beziehungsgestaltungen sprechen. Die frühkindliche Subjekt-Objekt-Trennung ist vollzogen, interpersonale und intrapersonale Konflikte sind für diese Patienten leichter voneinander zu unterscheiden als für Ich-strukturell früh geschädigte Patienten. Die Abwehr geschieht als Verdrängung und nicht als Abspaltung. Im therapeutischen Verlauf geht es mehr um ungelöste Konflikte, Störungen und Traumatas (Petzold, 1993) als um frühkindliche Defizite.

Ich-strukturell früh geschädigte Patienten dagegen leiden unter ihren mangelhaft entwickelten oder fehlenden Objekt- und Selbstrepräsentanzen, ebenso an den fehlenden Beziehungsrepräsentanzen. Ihnen ist der Zugang zu ihren intra- und interpersonalen Erfahrungen oft nur sehr begrenzt oder kaum möglich. Die Subjekt-Objekt-Trennung ist nicht oder nur mangelhaft vollzogen, intrapersonale Konflikte sind größtenteils unbewusst und werden interpersonal ausagiert. Beziehungen werden zur inneren Strukturbildung benützt. Sowohl bei der intrapsychischen Abwehr als auch bei der Wahrnehmung eigener Stimulierungen und anderer Personen lassen sich Abspaltungsmechanismen beobachten. Dahinter stehen Missachtungs-, Verachtungs- und Vereinnahmungserfahrungen (vgl. Schwarzmann, 1998). Ich-strukturell früh geschädigte Patienten leiden vor allem an ihren Mangel- oder Nichterfahrungen im zwischenmenschlichen Zusammensein. Solche Kranke leiden entweder an mangelnder Daseinsgewissheit oder an mangelnder Selbstgewissheit. Mangel an Daseinsgewissheit bedeutet existentielle Verneinung seiner Selbst, das subjektive Erleben ist abgespalten; es ist, als hätten diese Patienten keinen Platz auf dieser Welt. Ihr Defizit liegt in einer frühen Phase des Gehalten-Werdens (Kegan, 1994; Petzold, 1993) bzw. in der Entwicklung des Kernselbstempfindens (Stern, 1994). Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit ließen bei mir als Forscherin viele Bilder von emotionaler und existentieller Armut, Kargheit und Sprachlosigkeit aufsteigen. In der Gegenübertragung breitete sich während der Interviews Leere aus; das konnte soweit gehen, dass mir Fragen entfielen. Das existentielle Thema, der Kampf ums Überleben und lauernde subjektive Bedrohung

klang in den verschiedenen Szenen an. Zuerst entstand das Gegenübertragungsgefühl der Leere, dann breitete sich bei verschiedenen Szenen Angst aus. Sie erschien existentiell und nicht definierbar. Auffallend waren der häufige Abbruch von Beziehungen in der Lebensgeschichte dieser Kranken und in der Therapiesituation, der immer dann erfolgte, wenn offensichtlich wurde, dass der Symbiosewunsch nicht erfüllt werden konnte. Die regressive Auswirkung zeigt sich vor allem als Verneinung – Verneinung der Not innerhalb von Beziehungen, Verneinung der eigenen Bedürftigkeit, Verneinung von Konflikten und Verneinung von Intimität und eigener Regungen im Beziehungsverhalten. Sowohl die eigenen Regungen als auch die unterschiedlichen Stimulierungen von außen wurden als Bedrohung erlebt.

Bei der Erläuterung des psychotherapeutischen Prozesses zeigten sich auf der unbewussten Ebene vor allem die Ängste, mit denen die Patienten während des stationären Aufenthalts konfrontiert waren: Die Angst davor, keinen Platz zu haben und ebenso davor, einen solchen einzunehmen, die Angst, im Kontakt „durchzufallen“, die Angst, entwertet und benachteiligt zu werden, die Angst, sich zu trennen und zu individualisieren, die Angst vor Konflikten und die Angst, es nicht zu schaffen. In der Aufzählung der Ängste wird deutlich, dass es eine Überforderung bedeutet, sich all diesen Ängsten innerhalb von sechs Wochen zu stellen. Umso verständlicher wird die massive Abwehr der Patienten gegenüber dem Instrumentarium der Psychotherapie und die zu ihrem Schutz notwendig war (vgl. Schwarzmann, 1998).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich bei Patienten mit Morbus Crohn die mangelnde Daseinsgewissheit vor allem in den unterschiedlichen Phänomenen der „Verneinung“, in massiver Abwehr, im Gegenübertragungsgefühl der Leere, in häufigen Beziehungsabbrüchen, stark spürbarer, jedoch undefinierbarer existentieller Angst zeigt.

Klienten mit mangelnder Selbstgewissheit dürfen bereits „sein“, sie haben einen Platz in dieser Welt, es fehlt ihnen jedoch an innerer Erlaubnis, „selbst“ zu sein. Ihr subjektives Selbstempfinden (Stern, 1994) ist unterentwickelt, Entwicklungsphasen der Trennung, Wiederannäherung und Individuation (Mahler, 1968) sind nicht gelungen. Während der Interviews breitete sich eine Atmosphäre des Sogs und der Schwere aus. Verschiedene Szenen vermittelten den Eindruck, die Patienten könnten nur im Schutze eines engen Familiensystems überleben. Die „Enge“ gab Schutz, ließ jedoch die Selbstentwicklung nur begrenzt bzw. kaum zu (vgl. Schwarzmann, 1998). Letztlich sind auch diese Patienten früh verlassene Menschen, aber sie haben wenigstens die Erfahrung der Symbiose gehabt. Ihre Beziehungsdynamik „Du oder Ich“, das „Entweder-Oder“ verweist auf eine frühe Verlassenheit, die wie ein Verschwinden des eigenen Selbst erlebt wird (vgl. Wurmser, 1990). Die massive Selbstverlassenheit, die die Patienten auch durch ihren Umgang mit sich selbst inszenierten, führte zu einer Einengung des eigenen Selbsterlebens, was mit einem zeitweiligen Selbstverlust einhergehen konnte. Dieser wiederum soll durch die nahe Bezugsperson ersetzt werden, was die symbio-

tische Bindung aufrechtbleiben lässt, wobei eine symbiotische Bindung, die dem Selbsterleben keinen Raum lässt, nichts anderes als Verlassen-Sein bedeutet. Gleichzeitig ist es nicht möglich, diese Symbiose zu verlassen, weil sie das fehlende Selbst zu ersetzen scheint; was wiederum illusorisch ist, denn die Patienten leben in einer Situation, in der die enge Bindung schmerzt, die Loslösung aber eine existentielle Bedrohung darstellt, weil der fehlende Selbstanteil in anderen verkörpert zu sein scheint. Die Erkrankung kann als Ausdruck der Bindung in der Verlassenheit gesehen werden. Auch diese Patienten neigen zur Negation eigener Schmerzen und eigener Schwäche. Die mangelnde Fähigkeit, wohlwollend mit den eigenen Regungen und Bedürfnissen, vor allem mit den aggressiven Impulsen umzugehen, lassen eine Gefährdung der psychophysischen Selbstkohäsion vermuten. In ihr wird der Körper zur psychosozialen Regulation der Bedürfnisbefriedigung eingesetzt. Im psychischen Rückzug bewahren diese Patienten ihre innerseelischen Vorgänge für sich, um nicht wieder neuerliche Verletzungen zu riskieren, sei es in Form von Verlassenheit, Vereinnahmung, Missachtung oder Abwertung. Dadurch stellen diese Patienten selbst eine funktionierende Situation her, in der der Liebeshunger bleibt und sich neuerlich in Wut und Hass verwandelt.

Die regressiven Auswirkungen der beschriebenen Dynamik zeigte sich in den Interviews vor allem in der Nichtanerkennung der eigenen Schwäche, im Bedürfnis zu kontrollieren, statt sich auseinanderzusetzen, in der Kontrolle der eigenen Regungen und Intimität, in der Angst vor dem Liebesverlust, in Idealisierungen und in der missglückten Loslösung aus dem Elternhaus im frühen Erwachsenenalter (vgl. Schwarzmann, 1998). Jedes Eingeständnis von Schwäche war stark schambelegt. Wurmser (1990) beschreibt Scham als Phänomen, in dem sich unbewusst die tiefe Verletzung des Seins zeigt, die darin besteht, im wahren Selbst nicht erkannt oder gar missachtet zu sein. Nach Wardetzky (1991) verdeckt die Scham die eigene Schwäche und ist Ausdruck eines Konflikts zwischen dem eigenen Ideal und der Realität. Die Kontrolle dient dem Patienten dazu, sich vor neuerlichen Manipulationen zu schützen. Unbewusst testet er jedoch das Gegenüber, ob es wohl fähig ist, ihn zu erfassen, ohne dass er sich selbst äußert. Somit blendet er die Erwachsenenrealität aus, in der Menschen auf Mitteilungen voneinander angewiesen sind – in der stillen Erwartung, in diesen erkannt zu werden. Bleibt die eigentliche Resonanz Erfahrung dieses Erkanntwerdens aus, ist neuerlicher Rückzug die Folge. Dadurch wird die Auseinandersetzung bzw. der Dialog mit dem anderen vermieden; die Projektion, dass das Gegenüber bedrohlich ist, kann aufrechterhalten bleiben.

Die Kontrolle der eigenen Regungen muss differenziert betrachtet werden. Für Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit gibt es nur eine Alternative: Entweder sie sind mit den eigenen Regungen und Gefühlen alleingelassen, oder sie werden benützt. Um sich davor zu schützen, entwickeln sie intrapsychische Abwehrformen: Identifizierung, Abspaltung, Rationalisierung oder Altruismus. Identifizierung und Abspaltung sind

der Ebene der narzisstischen Abwehr zuzuordnen, sie dienen der interpersonalen Abwehr und entsprechen einem Ich-strukturellen frühen Schädigungsniveau. Rationalisierung und Altruismus können auch als Bewältigungsstrategie betrachtet werden, sie setzen bereits ein neurotisches Funktionsniveau voraus. Reifere Abwehrformen können für Patienten insofern oft von Bedeutung sein, weil sie ihnen helfen, somatische Krisen positiv zu bewältigen (vgl. Küchenhoff, 1993). Die Angst vor dem Liebesverlust versteht sich aus den bisherigen Erläuterungen von selbst. Die Idealisierungstendenzen dürften mit der mangelnden Ambivalenzfähigkeit zu tun haben. Mangelnde Ambivalenzfähigkeit meint die Unfähigkeit, gute und böse Anteile eines Menschen in Verbindung zu bringen. Indem das Gegenüber idealisiert wird, können seine negativen Persönlichkeitsanteile negiert werden, was wiederum die Begegnung mit ihm verhindert und die ursprüngliche Verlassenheit erneuert.

Deutlich zeigt sich, dass Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit sich mehr in den psychotherapeutischen Prozess einlassen konnten als Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit. Es war ihnen möglich, die Krankheit als Herausforderung anzunehmen und sich auf den Weg der Individuation zu machen. Die Orientierung am Ideal konnte zur Bildung der inneren Repräsentanzbildung genutzt und die unbewältigte Angst thematisiert werden (vgl. Schwarzmann, 1998).

Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit unterschieden sich von Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit vor allem in ihrem intrapersonalen und interpersonalen Abwehrverhalten. Bei Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit gibt es nicht mehr dieselbe Massivität der Verneinung, vielmehr geht es um Kontrolle. Der Hauptunterschied liegt in der Angstqualität. Während Angst bei Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit zerstörerisch und existenzbedrohend wirkt und stumm bleibt, ist sie bei Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit zum Teil verbalisierbar.

#### 4. Die Heilfaktoren

In der Untersuchung zeigte sich, dass Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit von anderen Heilfaktoren profitierten als Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit.

Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit strichen vor allem die leiblichen Regressionserfahrungen heraus, in denen es ihnen möglich war, sich wohl und entspannt zu fühlen, ebenso betonten sie die Erfahrungen, in denen sie sich von Therapeuten und Mitpatienten akzeptiert fühlten. Übungszentrierte Methoden, vor allem konzentrierte Bewegungstherapie empfanden sie als Wohltat, weil sie ihnen ermöglichte, sich selbst wahrzunehmen und die Erfahrung zu machen, dass nichts passiert. Als stützende Begleitung erlebten sie die Therapeuten, wenn sie konkrete Antworten gaben, ihnen Ratschläge erteilten oder wenn sie in selektiver Offenheit von sich selbst erzählten. Dagegen wehrten sie die emotionale Resonanz der Therapeuten eher ab – sie dürfte noch zu bedrohlich gewesen sein. Anlässlich von Beziehungsklärungen oder therapeuti-

scher Arbeit an Beziehungen betonten die Patienten die Wichtigkeit der Erfahrung, dass ein Konflikt sein durfte, dass das Gespräch möglich war etc.; sie konnten jedoch kaum etwas über die Inhalte erzählen. Die Abschlussinterviews ließen bei mir als Forscherin zuerst Freude aufkommen über die gelösten Gesichter. Die Freude der Patienten, den stationären Psychotherapie-Aufenthalt geschafft zu haben, eben nicht wieder einmal in Beziehungen durchgefallen zu sein, einen guten Platz gehabt zu haben, war spürbar. Im weiteren Verlauf der Interviews zeigte sich bald, wie eng begrenzt die Möglichkeiten sind, das psychotherapeutische Angebot, vor allem auch das aufdeckender Arbeit, zu nutzen. Was diese Patienten vor allem brauchen, sind gute heilsame leibliche Erfahrungen, die ihnen zeigen, dass die Intimität mit sich selber und das Zusammensein mit anderen angenehm sein kann. Erst diese Erfahrung bereitet den Boden für das weitere psychotherapeutische Vorgehen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Chance der stationären Psychotherapie bei diesen Patienten in einer guten Regressionserfahrung liegt, die ihnen Daseinserlaubnis, Mut sich auszudrücken und Möglichkeiten zu intersubjektivem Austausch vermittelt und die Versagens- und Katastrophenangst überwinden hilft (vgl. Schwarzmann, 1998).

Ein Beispiel aus meiner ambulanten psychotherapeutischen Praxis verdeutlicht die psychische Dynamik einer Patientin mit mangelnder Daseinsgewissheit. In der Arbeit mit Psychosomatikpatienten arbeite ich immer wieder mit dem Medium Ton, weil es hilft, die im Symptom gebundenen Botschaften in eine symbolisierende Darstellung und letztlich zur Sprache zu bringen. Die Patientin erhielt einen kleinen Ballen Lehm in die Hand und wurde angeleitet, sich auf ihre Körperwahrnehmung und den Ton zu konzentrieren. Anschließend sollte sie versuchen, ihre momentane Verfassung in Ton auszudrücken. Die Patientin begann widerwillig zu kneten, wusste nicht, was sie machen sollte. Plötzlich stieg ihre Erregung, sie bekam rote Flecken am Hals, knetete viel schneller und brach das Kneten und Drücken ebenso plötzlich ab. In der Gegenübertragung spürte ich massive Angst und leitete die Patientin an, eine Form zu gestalten, die sich gut in ihren Händen anfühlte. Die Frau reagierte erleichtert, formte eine Kugel, streichelte sie, und hielt sie in ihrer Hand. Die Anspannung ihres Gesichts löste sich, sie atmete auf. In der Nachbesprechung äußerte sie: „Ich wollte den Ton kaputt machen, es war nicht fein, ich war froh, dass du mir gesagt hast, was ich tun soll.“ Als Therapeutin war ich von der Erleichterung der Patientin gerührt – es dürfte auch ihre Rührung gewesen sein, nämlich dass nichts passiert ist – und wir besprachen in der Folge, wie sie sich im Alltag Situationen schaffen kann, die ihr wohltun. Die Patientin fühlte sich mit der aufkommenden Erregung überfordert und brauchte Anleitung, mit der Situation wohlwollend umzugehen. Mein Vorschlag zur weiteren Vorgangsweise gab Struktur und half, die Affekte in einer guten Weise zu kontrollieren. Es war für die Patientin erleichternd, mit mir über die Situation zu sprechen. Die Kugel diente noch über längere Zeit hinweg als Übergangsobjekt. Der weitere Therapieverlauf zeigte, wie wichtig es für die Patientin

war, zu lernen, sich selber zu nähren und gut für sich selber zu sorgen – Voraussetzung für die weitere Bearbeitung ihrer destruktiven Anteile, mit denen sie sich selbst zu zerstören drohte.

Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit profitierten ebenso von der stützenden Begleitung, jedoch mehr von der Resonanz der Therapeuten. Letztere ist es, die ihnen half, ihre Emotionen und sich selbst mehr zu erkennen. Hier liegt ein deutlicher Unterschied zu Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit, die emotionale Resonanz der Therapeuten noch abwehren mussten. Die übungszentrierten Methoden der konzentrativen Bewegungstherapie nützten Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit sowohl als benigne Regressionserfahrung (Petzold, 1993) als auch zur Erschließung unbewusster Anteile, vor allem aus dem Bereich des Herkunftsfamiliensystems.

In der Beziehungsarbeit ging es vor allem um die Einübung von Nähe, Distanz und Wiederannäherung. Eine Patientin konnte die Idealisierung einer Therapeutin besonders gut nutzen. Die Ärztin hatte Vorbildfunktion für die Patientin, was diese wiederum motivierte, eigene neue Ressourcen zu entdecken und neue Verhaltensweisen, vor allem in der Beziehung zu ihrem Freund, auszuprobieren. Wesentlich war auch die Erschließung der eigenen Wut im kathartischen Erleben, sie ermöglichte den Zugang zum eigenen Kraftpotential. Wobei in weiterer Folge zu beobachten war, dass es den Patienten noch schwer fiel, die Wut konstruktiv zu nützen. Vielmehr stießen sie mit ihren Wutausbrüchen z. B. Eltern vor den Kopf und erneuerten so alte Verlassenheitserfahrungen (vgl. Schwarzmann, 1999). Nach Kohut (1992) wiederholen Patienten mittels narzisstischer Wut ein hilfloses Abgetrenntsein vom Selbstobjekt. Erst der Zugang zur Verletzung, das Eingeständnis zur Hilflosigkeit, ermöglicht auch die Integration des Selbstobjekts. Die Verbindung zum Selbstobjekt ist wiederum Voraussetzung für den intersubjektiven Austausch. Die Chancen der stationären Psychotherapie lagen bei diesen Patienten in der Stärkung ihres Eigenerlebens und ihres Grundvertrauens, in der Entwicklung reiferer Abwehrformen, im kathartischen Ausleben von Wut und im Neuerleben von Beziehungen. Bewirkt wurde das durch die Patient-Therapeuten-Beziehung, in der die Patienten erlebten, dass sie sich in ihrem Erleben einlassen, sich Unterstützung holen, sich zumuten konnten und Resonanz erfuhren. Ebenso wesentlich war, dass die Therapeuten ihren Aggressionen standhielten, die Erfahrungen der Empathie und der Affektabstimmung. Im Interview zeigte sich, dass die Patienten vor allem vom Echo der Therapeuten profitierten. Das bestätigt Küchenhoff (1992), der sich auf die griechische Mythologie bezieht und den Therapeuten empfiehlt, eher Echo als Spiegel zu sein. Im Vergleich zu Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit erlaubten diese Patienten ein breiteres psychotherapeutisches Behandlungsspektrum. Über den Nachnährungsprozess hinaus konnten sie sich in einen Bewusstwerdungsprozess einlassen, der ihnen ermöglichte, reifere Abwehrformen (Mentzos, 1996) zu entwickeln.

Im Umgang mit dem Medium Ton zeigt sich bei Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit ihre Fähig-

keit, Gefühle zuzulassen, sie mitzuteilen und sie mit Hilfe des Therapeuten zuzuordnen. Ein Beispiel aus der Praxis soll dies verdeutlichen. Die Patientin nahm den Lehmklumpen in die Hand und fing an zu kneten. Nonverbal vermittelte sie den Eindruck, als mache es ihr Spaß. Sie zerlegte den Ton in zwei Teile und entwickelte aus einem davon mehrere kleine Formen. Sie betrachtete diese, wurde dabei sehr traurig und begann zu weinen. Dann stellte sie ihre bereits hoch affektiv besetzten Formen eng nebeneinander und begann, mit der anderen Tonhälfte eine Höhle um die Symbole herum zu bauen. Dabei erlitten die Symbole Schaden, weil die Höhle zu eng war. Die Patientin formte noch einige Zeit an der Höhle weiter und beruhigte sich wieder. Danach erzählte sie von ihrem Prozess: „Ich habe da einige Schätze, ein Schatz ist das Klavier, von zweien weiß ich nicht, was sie darstellen, aber die darf niemand sehen, ich muss sie verstecken, deshalb habe ich die Höhle gebaut.“ Als Therapeutin teilte ich ihr mit, dass mich ihre Trauer anrührte und ich es schade fand, wie ihre Symbole in der Höhle Schaden erlitten. Daraufhin weinte die Patientin wieder, und wir besprachen ihre Angst, ihre Empfindungen zu zeigen. Sie hatte große Angst, abgewertet zu werden und zog sich zurück – um den Preis, dass sie manche ihrer Fähigkeiten (oder Anlagen) nicht entwickeln konnte. Die Patientin erkannte zugleich, dass sie ihre Mutter durch ihr Anderssein nicht kränken wollte. Die weitere Therapie war sowohl vom Entdecken eigener Potentiale als auch von der Abschiedsarbeit von ihrer Mutter geprägt.

Während Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit auf ein übungszentriert-funktionales und ein vorsichtiges erlebniszentriert-stimulierendes Vorgehen angewiesen sind, profitieren Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit schon mehr von einer die Psychodynamik aufdeckenden psychotherapeutischen Vorgehensweise. Ein übungszentriert-funktionales und erlebniszentriert-stimulierendes Vorgehen (Petzold, 1993) begünstigt die Entwicklung der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit. Sie dient dem inneren Repräsentationsaufbau, der wiederum Voraussetzung für die erfolgreiche Angstbewältigung ist (vgl. Mentzos, 1993).

Nach Kegan (1994) ginge es für beide Patientengruppen um die Bewältigung der „Gleichgewichtsstufe des einverleibenden Selbst“. Auf dieser Stufe der Entwicklung braucht es eine „einbindende Kultur“; es gilt, ein Kind zu halten, es loszulassen und in seiner Nähe zu bleiben, um ihm den Übergang vom einverleibenden zum souveränen Selbst zu ermöglichen.

Patienten, die um Daseinsgewissheit ringen, verlangen ein Gegenüber, das ihnen Schutz und Sicherheit bietet und ihnen damit erlaubt, sich selbst nahe zu kommen. Wiederum nach Kegan (1994) wirkt bei ihnen die Erfahrung des Festgehalten-werdens als Korrektur einer „Nicht-Erfahrung“. Die Kunst des Psychotherapeuten liegt nun darin, mit dem eigenen Erleben auf das Leiden des Klienten zu antworten, sich selbst für den Erlebensprozess des Klienten zur Verfügung zu stellen, ohne sich darin zu verlieren. Petzold (1993) spricht in diesem Zusammenhang von „selektiver Offenheit“. Wie schon erläutert stellt vor allem das Angsterleben eine große Herausforderung dar. „Zu diesem Prozess

gehört die Erfahrung von Gleichgewicht und Ungleichgewicht, beides Zustände, die unbedingt zum Leben gehören, die beide Teile unserer Integrität sind, die beide Achtung und Selbstrespekt verdienen. Wenn wir auf den Menschen als jemanden, der Leid erfährt, reagieren, anstatt uns die Beseitigung seines Leidens zur Aufgabe zu machen, so bringen wir damit unser Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Entwicklungsprozesses zum Ausdruck, unser Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Lebens selbst. Wir fördern so die einbindende Kultur in ihrer Funktion, so ein „guter Gastgeber“ zu sein, das heißt, dem anderen Aufmerksamkeit, Anerkennung, Bestätigung und Beistand bei seiner Erfahrung zu gewähren, ohne dabei die Bindung zu verstärken und seine Abhängigkeit vom Gastgeber zu schaffen, durch die die Erfahrung des Ungleichgewichts beseitigt oder überwunden werden soll“ (Kegan, 1994, S. 170). Petzold (1993, S. 451) spricht von einer „Umstimmung des Leidens“, einer Bearbeitung der malignen archivierten leiblichen Muster des Selbst, die durch gute, regressive Neuerfahrungen möglich wird. Dabei versteht er die „leiblichen Muster des Selbst als sensorische, emotionale und kognitive repräsentierte Schemata“. Die Umstimmung kann erst möglich werden, wenn das Leid voll Akzeptanz findet, wenn es subjektiv als verstanden erlebt wird.

Für Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit muss die Psychotherapie vor allem folgende Beziehungserfahrung beinhalten:

Die Patienten brauchen ein Gegenüber, das ihnen Resonanz und die Möglichkeit gibt, sich selber in der Resonanz zu erkennen, die Patienten sollen auch lernen, sich vom anderen zu differenzieren. Das verlangt vom Therapeuten, dass er resonante und eigene Gefühle unterscheidet. Die resonante Gefühle stellt er dem Patienten zur Verfügung, damit dieser seine eigenen entdecken kann und sie bejahen lernt. Die eigenen stellt er punktuell zur Verfügung, damit der Patient lernt, sie von den eigenen zu unterscheiden. Einerseits braucht der Patient die Resonanz, um sich selbst zu erkennen, andererseits eine klare Antwort, die ihm auch die Möglichkeit gibt, das Gegenüber zu erkennen und sich von ihm zu differenzieren. Somit stellt sich der Therapeut als Gastgeber zur Verfügung, schafft die oben erwähnte „einbindende Kultur“, die die Bindung zulässt und die Loslösung vorbereitet. Nach Kegan (1994) unterstützt das in einer Bindung wachsende Grundvertrauen die Eigenständigkeit. Dieser Prozess ermöglicht dem Patienten über die Affektakzeptanz und Affektverbalisierung zur Affektdifferenzierung und affektiven Realitätsprüfung in subjektiver Erlebnisform und sozialer Kommunikation zu kommen. Weiters übt er sich in der Affekttoleranz ein.

## 5. Psychotherapeutische Konsequenzen

### 5.1 Auswirkungen auf das Verständnis von Persönlichkeitsstruktur und Somatisierungsform

Die Somatisierungstendenz von Patienten mit organisch nicht ausreichend erklärbaren körperlichen Symptomen, die einen psychosozial bedingten Entstehungs-

und Aufrechterhaltungshintergrund vermuten lassen, kann unseres Erachtens durch die diagnostische Differenzierung von „mangelnder Daseinsgewissheit“ und „mangelnder Selbstgewissheit“ verbessert erfasst werden. Das führt zu behandlungstechnischen Konsequenzen, die in den folgenden Abschnitten dargestellt werden sollen:

Im Erstkontakt mit solchen psychosomatisch schwer gestörten Patienten haben wir es meist mit körperlich stark beeinträchtigten, entmutigten Patienten mit oft langjähriger Krankengeschichte und einer Reihe von abgebrochenen oder gar nicht begonnenen Psychotherapien zu tun. Ihr Krankheitserleben und -verhalten verweist den Organmediziner auf den unbehandelten psychischen Anteil und den Psychotherapeuten auf das hartnäckige somatische Leiden. Jenseits dieses „unangepassten“ Verhaltens imponieren die Patienten oft durch das im Alexithymiekonzept (vgl. Rad und Zepf, 1986) ausführlich beschriebene pseudo-normale Verhalten, das gerade in der Überangepasstheit die Abwehr aller unaushaltbaren Affekte spüren lässt. Bei Beschreibung der konkreten Lebenszusammenhänge zeigen sich meist Lebensformen der Abhängigkeit (von der Ursprungsfamilie, von Partnern, in der Arbeit ...) die für die Aufrechterhaltung der Ich-Stabilität zentrale Bedeutung haben oder deren Zusammenbruch mit der Erstmanifestation des Symptoms oftmals in Zusammenhang stehen. Diese Einbeziehung von konkreten Personen in die Abwehrkonstellation und nicht nur deren psychische Repräsentanz charakterisiert die von Mentzos (1996) beschriebene interpersonale Abwehr im Gegensatz zur intrapersonalen (mehr neurotischen) Form des Abwehrverhaltens als ein wichtiges Merkmal in der Realitätsbewältigung von Patienten mit hohem Frühstörungsanteil.

Somit stehen die Patienten vor der sehr belastenden Aufgabe, sich mit drei zentralen Konfliktfeldern auseinanderzusetzen zu müssen: mit ihrer krankmachenden Verstrickung in reale Abhängigkeitsverhältnisse, der Auseinandersetzung mit frühen traumatisierenden und defizitären Beziehungserfahrungen, die (im Sinne der Frühstörung) meist abgespalten und projiziert werden müssen und dem meist völligen Fehlen von adäquaten Möglichkeiten zukünftiger Lebens- und Beziehungsgestaltung jenseits eingeschliffener Verhaltensmuster.

Neben der Unmöglichkeit, eine bestimmte psychosomatische Erkrankung einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur zuordnen zu können (etwa „die Krebspersönlichkeit“) erscheint es hilfreich, von der klinischen Erfahrung auszugehen, dass die Erkrankung persönlichkeitspezifisch, die Organwahl jedoch eher unspezifisch ist und darüber hinaus insbesondere die Schwere der Erkrankung nicht zwingend mit dem Grad der Frühstörung korreliert: Patienten mit existentiell bedrohtem Selbsterleben (mangelnde Daseinsgewissheit) können somatisch weniger bedroht sein als Patienten, die um die Anerkennung ihrer Gefühle kämpfen (mangelnde Selbstgewissheit) oder auch großteils neurotisch strukturiert sind. Wir versuchen, im Weiteren darzustellen, dass die Unterscheidung der Störungsniveaus im Ablauf der Behandlung jedoch den therapeutischen Erfolg entscheidend beeinflussen kann, da die Therapeuten-

interventionen entsprechend der Einschätzung des Störungsniveaus stark differieren.

### 5.2 Therapeutische Ziele

Für Peter Fürstenau (1992) stellt die Ich-Stärkung der Patienten das zentrale Moment in der Therapie dar. Besonders die Arbeit mit Ich-strukturell Frühgeschädigten zielt auf elastische, realitätsangepasste und kompetente Selbst- und Beziehungsgestaltung ab. Dabei sind zwei Pole in der therapeutischen Begleitung zu modellieren: Erstens die Arbeit am Defizit – letztlich regressionsorientierte Psychotherapie. Zugleich und gleichberechtigt aber auch die Arbeit an den gesunden Anteilen – der Ich-Differenzierung und Stabilisierung gesunder Anteile und der Ressourcenorientierung – also progressionsorientierte Therapie. Das Pendeln zwischen den beiden Polen (Regression/Progression) kreist um drei therapeutische Schwerpunkte: Im Blick auf die Lebens- und Lerngeschichte des Patienten geht es 1. um die Aktivierung pathologischer Strukturanteile zwecks Auflösung von Resten verbliebener Kindlichkeit. Bezüglich der aktuellen Situation erscheint 2. die Klärung und Bewertung der Aufgaben und Rollen im Lebenskontext zentral, ebenso wie 3. die Verbesserung zukünftiger Lebensplanung und der Aufbau neuer, förderlicher Beziehungsmuster.

### 5.3 Therapeutisches Vorgehen

Als therapeutisch erfolgreich erweist sich der Dreischritt Wahrnehmungsförderung (körperlich/emotional) – Symbolisierungsförderung – Förderung interaktionellen Verhaltens. Die verbesserte Differenzierung des Selbsterlebens verändert die Abwehrstruktur und fördert über symbolisierenden Ausdruck die Bedenk- und Besprechbarkeit bis dahin nicht erfassbarer Gefühls- und Erlebensinhalte. Erst dadurch wird schädigendes Selbst- und Fremderleben ich-dyston erlebbar, relativier- und veränderbar. Im klinischen Setting (vgl. Vandiecken, 1998) wird diese Vorgangsweise aufgegriffen: Therapeutische Angebote zur Körper selbstwahrnehmung (z. B. Autogenes Training) werden in Kombination mit symbolisierungsfördernden Verfahren (z. B. Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Maltherapie) und verbal orientierter Psychotherapie kombiniert, um die genannten Ebenen anzusprechen. In der ambulanten Therapie erweist es sich meist als hilfreich, „kreative Elemente“ in den therapeutischen Prozess miteinzubeziehen (vgl. Schwarzmann, 1998, Hochgerner, 1995).

### – 5.4 Steuerung des therapeutischen Prozesses

#### 5.4.1 Umgang mit Regression und Progression

Regression kann Abwehrmechanismus und Widerstand sein. Balint (1970) erinnert jedoch an die Wichtigkeit regressiven Erlebens gerade in der psychotherapeutischen Arbeit mit frühgestörten Patienten. Es gehe laut Balint um die Bejahung ihres Wunsches, mit den Therapeuten „hinter“ die Störung zu kommen, ihrer Hoffnung, „erkannt“ und beantwortet zu werden, struk-

turell neue Beziehungserfahrungen zu machen und integrieren zu können.

In der Therapie zeigt sich so verstandene Regression im vertieften gegenseitigen Vertrauen auf mittlerem Affektniveau, in der Möglichkeit, Probleme in der therapeutischen Beziehung zu besprechen.

Die Ziele regressiver therapeutischer Arbeit (Arbeit am Mangel, an der Hemmung, am Symptom) ist auf dem Niveau „mangelnder Daseinsgewissheit“:

1. Verinnerlichung guter Beziehungserfahrung (ich darf Wünsche und Bedürfnisse haben!)
2. Förderung intersubjektiven Austauschens (jemand ist aufrichtig interessiert an mir!)
3. Dadurch konstante, heilende Beziehungserfahrung
4. Halt und Widerstand in der therapeutischen Beziehung fördern die Reifung
5. Entwicklung, Einübung, Erprobung von Coping-Strategien
6. Verbesserung des Körper-Selbsterlebens (ich nehme Spannung, Entspannung, Müdigkeit, Bedürfnisse im weitesten Sinne besser wahr und beachte sie!) führt zur Ichstärkung.

Neben diesen Schwerpunkten bieten sich für Patienten auf dem Niveau „mangelnder Selbstgewissheit“ weitere therapeutische Möglichkeiten an:

1. Angebote zur Differenzierung der Selbstwahrnehmung begünstigen eine veränderte Wahrnehmung der Abwehr und kathartisches Erleben in einer gesicherten therapeutischen Beziehung.
2. Konfliktorientierte konfrontative Arbeit an der Primärfamilie.
3. Praktisches Erproben von neuem Verhalten im Umgang mit nahen Bezugspersonen.
4. Ermutigung des Selbsterlebens in abstinenterer therapeutischer Haltung.

Neben den Vorteilen der benignen Regression verweist Balint (1970) insbesondere auf die Gefahr der malignen Regression, die droht, wenn therapeutisches Verhalten dem Affekt- und Beziehungsniveau des Patienten unangemessen (über- und auch unterfordernd) gegenübersteht: Versorgungs- und Befriedigungswünsche an den Therapeuten und die Umgebung treten in den Vordergrund, Konflikte werden ausgeblendet, der therapeutische Raum wird vor Realraum abgespalten und idealisiert und/oder entwertet. In der Therapie wird ein Zerfall des Vertrauens spürbar, Therapiesucht und endlose Forderungen treten auf, es ist kein Anzeichen eines echten Neuanfanges (weder intrapsychisch noch im realen Lebensraum) spürbar. Die Hauptgefahren seitens des Therapeuten sind: Interventionen werden nicht richtig dosiert, Therapieziele zu weit gesteckt (siehe oben).

Ebenso stellen sich Möglichkeiten und Gefahren progressionsfördernder Therapie dar:

Primär entsteht das therapeutische Bündnis aufgrund der Hoffnung des Patienten, sein aktuelles und zukünftiges Leben besser (= symptomfreier) gestalten zu können. Die Förderung dieses primären Therapiezieles (vgl. Fürstenau, 1998) erscheint hier zentral, gerade im Umgang mit körperlich-seelischer Erkrankung, und kann gefördert werden durch



1. *Engagierte therapeutische Haltung und Autorität*: Antwort und Resonanz bestimmen je nach Störungsniveau die Haltung des Therapeuten (siehe Kapitel 4). Der Therapeut zeigt Wertschätzung für das, was der Klient kann und erreicht hat. Normales Verhalten wird verstärkt und auch vom Therapeuten im Sinne einer situationsadäquaten Reaktion selbst benannt: Somit hat auch die subjektive Sicht des Therapeuten eine wichtige therapeutische Aufgabe (z. B. „Ich würde hier wohl zornig werden.“).
2. *Phasenspezifische Gestaltung der Beziehungsdynamik*: Entsprechend dem therapeutischen Prozess muss der Therapeut bereit und in der Lage sein, sein Verhalten von sehr gewährend bis konfrontativ-abstinent elastisch zu gestalten – entsprechend der Anforderung und dem Entwicklungsstand des Patienten. Der Therapeut ist „phasenspezifisches Objekt“ in der Therapie (vgl. Thäkä, 1981).
3. *Wertschätzung und Aktualisierung der aktuellen Lebenssituation des Patienten*: Der Therapeut solidarisiert sich mit den gesunden Anteilen des Patienten durch gezeigte Wertschätzung. Ressourcen werden aktiv benannt, entwickelt und geschützt. Störfelder und Fehleinstellungen werden aktiv angesprochen (z. B. Überzogene Leistungsbereitschaft, Duldsamkeit etc.) und relativiert.
4. *Arbeit an der Versprachlichung*: Der Deutungsarbeit durch den Therapeuten geht die Versprachlichung voraus. Pathologische kognitive Muster werden benannt und erfassbar und damit verbundene Affekt- und Assoziationskomplexe erschlossen. Danach kann an einer Neuinterpretation der Ereignisse aus erwachsener Sicht gearbeitet werden, kann es ein subjektives Verstehen der Erkrankungsgeschichte geben. Damit wird erst die aktuelle Lebenssituation auf dem Hintergrund der Lebens- und Symptomgeschichte interpretierbar und der Patient ermutigt, über künftige Entwicklungsaufgaben nachzudenken und erste Schritte dahin zu setzen. Erst in diesem Moment kann sich das Gefühl der Resigniertheit und Hoffnungslosigkeit relativieren, indem eine exzentrische Position der Selbstreflexivität erreicht wird.

Doch auch hier besteht nach Ferenczi (Ferenczi, 1933) die Gefahr „traumatischer Frühreife“, maligner Progression in der Therapie: Patienten verhalten sich den (phantasierten oder real spürbaren) Wünschen der Therapeuten gegenüber eifrig-wunscherfüllend (forcierte Anstrengung zur autonomen Entwicklung etc.). Frühe Traumatisierung kann zu frühzeitiger und einseitiger intellektueller Entwicklung geführt haben, die nun in Therapie zu raschen Einsichten ohne emotionale Reifung führen können: Der therapeutische Erfolg bleibt nach Ende der Therapie ungesichert oder verkehrt sich in sein Gegenteil – maligne Regression.

## 6. Ein Behandlungsmodell

Aus Platzgründen muss hier auf die Darstellung eines adäquaten Behandlungsmodells, die andernorts geleistet wurde (vgl. Hochgerner und Wildberger, 1995; Hochgerner in Vandiecken et al., 1998) verzichtet werden.

Lediglich die Schwerpunkte der Behandlungsdynamik sollen benannt werden:

Zu Beginn der Behandlung überlagert das eingeeengte Symptomerleben jegliche Wahrnehmung differenzierter sozialen, psychischen und körperlichen Erlebens.

Im ersten therapeutischen Schritt wird die Aufmerksamkeit auf das aktuelle Lebensfeld und seine biopsychosozialen Zusammenhänge gerichtet.

Im zweiten Schritt wird das Symptomerleben und die Symptomgestaltung auf dem Hintergrund der Ursprungsfamilie und des aktuellen körperlich/affektiven Erlebens focussiert.

Erst wenn somit momentanes Symptomerleben in der Gegenwart auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte verstehbar wird, erfolgt in einer dritten, übungsorientiert gestalteten therapeutischen Phase eine erste Umsetzung im Alltagsleben, das Erproben des therapeutisch Erarbeiteten.

Zum Abschluss der Therapie geht es in einem vierten Schritt um die Erarbeitung mittelfristiger Zukunftsperspektiven und des aktiven Erlebens und Gestaltens des Abschieds aus der Therapie.

Die Phasen sind überlappend zu verstehen und können lange Zeiträume (vom Hochintervall- bis intermittierende Therapie) benötigen.

## 7. Therapeutenverhalten bei den Störungsniveaus „Mangelnde Daseinsgewissheit / Mangelnde Selbstgewissheit“

Bei Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit steht der Therapeut als (im psychodramatischen Sinne) Hilfs-Ich zur Verfügung; Fehlende, mangelhafte, ungesicherte Ich-Funktionen werden gestützt, ergänzt, ersetzt, bis Autonomie gewonnen wird. Die Vorgangsweise in der Therapie ist meist stützend-übend-strukturierend, je nach Regressionsniveau. Die Therapeutenhaltung ist grundsätzlich progressionsorientiert (siehe oben). Die Arbeit am gesunden Anteil steht im Vordergrund. Die Arbeit an der Ursprungsfamilie und Kindheitserlebnissen dient über weite Strecken nur der Einordnung von Erleben im Sinne einer mehr kognitiven Strukturierung.

Bei Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit ist der Therapeut deutlich als „Gegenüber“ positioniert: Die Therapie ist ausdrucks- und erlebnisfördernd orientiert. Regression und kathartische Prozesse werden zugelassen und situationsadäquat gefördert. Zentral ist die Arbeit am kranken Anteil im Sinne einer klassischen konfliktzentrierten Vorgehensweise. Im geglückten Falle können Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit allmählich zur therapeutischen Bearbeitung auf dem Niveau der fehlenden Selbstgewissheit herangeführt werden. Dies bedarf jedoch immer genauen Abwägens und erhöhter Wachsamkeit des Therapeuten zur Stabilisierung des therapeutischen Erfolges.

## Literatur

- Balint M (1970) Regression. Klett, Stuttgart  
Dornes M (1998) Der kompetente Säugling, 8. Aufl. Fischer, Frankfurt

- Ferenczi S (1933) Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. In: Schriften zur Psychoanalyse, Bd 2. Fischer, Frankfurt
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Pfeiffer, München
- Hochgerner M (1995) Regression und Progression in der mittelfristigen stationären psychosomatischen Psychotherapie. In: Hochgerner M, Wildberger E (Hrsg) Psychotherapie in der Psychosomatik. Facultas, Wien
- Hochgerner M (1998) Der Beitrag der Konzentrativen Bewegungstherapie im Gesamtbehandlungsplan der stationären Psychotherapie. In: Vandieken R et al (1998) Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Psychosozial-Verlag, Gießen
- Kegan R (1994) Die Entwicklungsstufen des Selbst, 3. Aufl. Kindt, München
- Kohut H (1992) Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Suhrkamp, Frankfurt
- Küchenhoff J (1992) Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zur Psychopathologie und Psychosomatik von Körpersymptomen. Asanger, Heidelberg
- Küchenhoff J (1993) Psychosomatik des Morbus Crohn. Enke, Stuttgart
- Lorenzer A (1976) Sprachzerstörung und Rekonstruktion, 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt
- Mahler MS (1968) Symbiose und Individuation. Psychosen im frühen Kindesalter. Fischer, Stuttgart
- Mentzos S (1993) Angstneurose. Geist und Psyche. Fischer, Frankfurt
- Mentzos S (1996) Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, 4. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt
- Petzold H (1993) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. Bd I, II, III. Junfermann, Paderborn
- Rad M, Zepf S (1986) Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptom- und Strukturbildung. In: Uexküll T v (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Schwarzmann M (1998) Chancen und Grenzen stationärer Psychotherapie mit Morbus Crohn Patienten. Dissertation, Salzburg
- Stern D (1994) Die Lebenserfahrung des Säuglings, 4. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thäkä V (1981) Psychotherapie als phasenspezifische Interaktion. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd 13. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Vandieken R et al (1998) Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Psychosozial-Verlag, Gießen
- Wurmser L (1990) Die Maske der Scham. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

**Korrespondenz:** Mag. Dr. Melitta Schwarzmann, Ardetzenbergstraße 6b, A-6800 Feldkirch, Österreich; Markus Hochgerner, Hütteldorferstraße 173/5, A-1140 Wien, Österreich.

*Mag. Dr. Melitta Schwarzmann, Gesundheitspsychologin, Klinische Psychologin, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Lehrbeauftragte für Integrative Gestalttherapie (ÖAGG, IGW) und Lehrbeauftragte für Integrative Therapie (FPI).*

*Markus Hochgerner, Dipl. Sozialarbeiter, Gesundheitspsychologe. Psychotherapeut am Department für Psychosomatik/Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, 1060 Wien, und in der freien Praxis. Lehrbeauftragter für Integrative Gestalttherapie (ÖAGG) und Integrative Therapie (FPI), Lehrtherapeut für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT).*