

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Aus dem
Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg

Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse
Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie
PD Dr. med. Reinhard Lindner

Studie zur Gewinnung psychoanalytischer Parameter für die empathiebasierte Beurteilung des Gelingens psychotherapeutischer Beziehungen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Dirk Sieveking
aus Hamburg

Hamburg 2017

Diese Arbeit wurde angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 20.04.2018

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende : Prof. Dr. Reinhard Lindner

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: Prof. Dr. Bernd Löwe

GESAMTINHALTSVERZEICHNIS

1. Abschnitt: Einleitung	1
Detailliertes Inhaltsverzeichnis	1
1.1 Das Thema	3
1.2. Grundannahmen	6
1.3. Thesen zur Generierung einer Theorie der Empathie - erste fragmentarische Annäherung an das erwartete Ergebnis der Forschungsarbeit	9
1.4. Zusammenfassung: Hauptthese und Hauptanliegen der Forschungsarbeit	12
1.5. Leseanleitung	14
2. Abschnitt: Material und Methoden	16
Detailliertes Inhaltsverzeichnis	16
2.1. Forschungsdesign – die Verschränkung dreier wissenschaftlicher Methoden	18
2.2. Forschungsfeld (Tabelle)	21
2.3. Stichprobenauswahl	23
2.4. Basisdaten der Patienten der untersuchten Kasuistiken (Tabelle)	26
2.5. Die in der Arbeit verwendete empathiebezogene Begrifflichkeit – Sprache und Grundsätze der Gewaltfreien Kommunikation, sowie eigene damit kompatible Begriffsdefinitionen	27

2.6.	Die Methode der sequenziellen Bearbeitung der einzelnen Kasus – von der Falldarstellung bis zur Conclusio	33
3.	Abschnitt: Kasuistische Untersuchung	35
	Detailliertes Inhaltsverzeichnis	35
3.1.	Fall 1 - eine positiv konnotierte therapeutische Beziehung	38
3.2.	Fall 2 - eine negativ konnotierte therapeutische Beziehung	58
3.3.	Fall 3 - eine ambivalent konnotierte therapeutische Beziehung	86
4.	Abschnitt: Ergebnisse	125
	Detailliertes Inhaltsverzeichnis	125
4.1.	Einleitung	127
4.2.	Die Ausgangssituation	130
4.3.	Der Prozess der Forschung – die Grounded Theory in Anwendung	133
4.4.	Theoretische Weiterentwicklung des ISAEKG im Prozess der Forschung (weiterführende axiale Kodierungen), generiert aus seiner Anwendung auf intersubjektive Mikroprozesse, in denen „Beziehung gelingt“ - Anwendung des ISAEKG Teil I	135
4.5.	Der ISAEKG dialektisch ungelöst – Anwendung des ISAEKG Teil 2: Der Therapeut in Not, oder: Wenn „Beziehung nicht gelingt“ - Anwendung des ISAEKG Teil II	149
4.6.	Haltung und Ideale im Kontext des ISAEKG - Paradigmata (im Sinne von Orientierungszielen) welche bei dessen Anwendung implizit erforderlich - 'selbstverständlich' - sind.	154
4.7.	Now-moment-Induktion, Kairos und das Existenzielle im Therapeut-Sein	157
4.8.	Der Stellenwert des ISAEKG für eine Theorie der Empathie – die Duplizität des ISAEKG	159
5.	Abschnitt: Diskussion – der Blick über den Tellerrand	161
	Detailliertes Inhaltsverzeichnis	161

5.1.	Einleitung	163
5.2.	Aus den <i>theoretischen</i> Implikationen des ISKEK resultierende erweiterte empathiebasierte Betrachtung bekannter psychoanalytischer Topoi	166
5.3.	Aus den Implikationen des ISKEK resultierende empathiebasierte Erweiterung psychoanalytischer <i>Praxis</i>	172
5.4.	Wissenschaftstheoretische Aspekte der Einbettung des ISKEK im wissenschaftlichen Kontext.	178
5.5.	Es geht um eine empathiebasierte erweiterte therapeutische <i>Haltung</i> – Ausblick und Schlussfolgerungen	183
6.1.	Zusammenfassung	186
6.2.	Summary	187
7.	Abkürzungsverzeichnis	188
8.	Literaturverzeichnis	189
9.	Danksagung	193
10.	Lebenslauf	194
11.	Eidesstattliche Erklärung	195
12.	Anhang: Erklärung zum Datenschutz	196

1.ABSCHNITT: EINLEITUNG

DETAILLERTES INHALTSVERZEICHNIS	1
1.1. Das Thema	3
1.1.1. Grundsätzliche Haltung und Verortung im wissenschaftlichen Umfeld	3
1.1.2. Eingrenzung des Themas -Theoretische und praktische Aspekte - Relevanz des Topos "Empathie" für die psychoanalytische Situation	3
1.1.3. Der Titel – Einschub ex post	5
1.2. Grundannahmen	6
1.2.1. Grundsätzliche Ausgangsposition - auf die psychotherapeutische Haltung bezogene Axiome	6
1.2.2. Auf den Begriff "Empathie" bezogene Axiome	7
1.3. Thesen zur Generierung von Elementen einer Theorie der Empathie - erste fragmentarische Annäherung an das erwartete Ergebnis der Forschungsarbeit	9
1.3.1. Empathie als kultureller Topos	9
1.3.2. Empathie als Topos der Psychoanalyse	9
1.3.3. Grundsätzliche Aspekte der Psychodynamik des Empathie Begriffs in gelingenden Beziehungsrealitäten	9
1.3.4. Auf die therapeutische Beziehung bezogene praxisrelevante Aspekte des Empathiebegriffs	9
1.3.5. Eher auf die Position des Therapeuten im Prozess bezogene praxisrelevante Aspekte des Empathie-Begriffs	10
1.3.6. Schlussfolgerungen / Ansätze zu einer Weiterentwicklung	11
1.4. Zusammenfassung: Hauptthese und Hauptanliegen der Arbeit	12
1.4.1. Hauptanliegen	12

1.4.2. Leit-(oder Haupt)these	12
1.4.3. Beziehung zwischen Hauptanliegen und Leit-(oder) Hauptthese der Arbeit	13
1.5. Leseanleitung	14
1.5.1. Querverweise, Fußnoten und Zitate– das Navigieren im Text	14
1.5.2. Navigieren im Text: Aufbau, Funktion, Nummerierung und detaillierte Inhaltsverzeichnisse jeweils zu Beginn der einzelnen Teile („Abschnitte“) der Arbeit	15

1.1. Das Thema

1.1.1. Grundsätzliche Haltung und Verortung im wissenschaftlichen Umfeld

Nachdem durch die Etablierung des Gegenübertragungsbegriffs (Ermann 2014) in der psychoanalytischen Theorie begonnen wurde, mit der Illusion des Therapeuten als anorganische Reaktionsfläche ("Spiegel") aufzuräumen (Haubl 2014), ist es zu einer sich stetig fortentwickelnden Vermenschlichung des Therapeuten in der "Übertragungsbeziehung" gekommen. In der Selbstpsychologie (Milch und Hartmann 2014) und zuletzt im Intersubjektivismus (Schultz-Venrath 2014) ist der Therapeut als Subjekt auch im psychoanalytischen wissenschaftlichen Diskurs zunehmend mehr in Erscheinung getreten. (Die von der humanistischen Psychologie geprägten Therapieformen waren hier u.U. ohnehin unbefangener und dadurch früher involviert). Die neurobiologische Perspektive fördert ebenfalls die Hypothese, dass Patient und Therapeut gleichermaßen in einem Veränderungsprozess miteinander interagieren, der sich in ihren Hirnfunktionen niederschlägt. Im Sinne des Postulats von Erich Fromm¹ „Der Therapeut muss für eine relevante, d.h. wirkungsvolle Beziehung zum Patienten, selbst zu einem solchen werden“ (Fromm, 1971, S. 141) soll in dieser Arbeit versucht werden, einen Schritt weiter in diese Richtung zu gehen. In der jüngst aufgetauchten Begrifflichkeit des "bifokalen Therapieansatzes" (Thomae 2001 und Mentzos 2009) könnten Prodrumi für dieselbe Entwicklung enthalten sein. Dürfen wir, so die Forschungsfrage, unsere durch viel Erfahrung geschärfte hermeneutische Brille auch auf uns selber richten – zum Wohle der Patienten und von uns selbst (?) Dürfen wir fragen, was uns intersubjektiv in unserer Arbeit motiviert?

Dieser weitere Schritt, das ist die grundsätzliche Haltung hinter dieser Arbeit, ist sinnvoll, um stärker zur emanzipatorischen Potenz der Psychoanalyse zurückzufinden – in der Absicht, dazu beizutragen, sie, nicht zuletzt, (wieder mehr) zu einem gesellschaftlichen Faktor zu machen.

Dieser Schritt kann gegangen werden, das ist meine Vermutung, durch eine Neugewichtung des Begriffs der Empathie in der Praxis der Begegnung zwischen Patient und Psychoanalytiker.

1.1.2. Eingrenzung des Themas -Theoretische und praktische Aspekte - Relevanz des Topos "Empathie" für die psychoanalytische Situation

Empathie wird als relevant für die Veränderungswirksamkeit der Beziehung zwischen Psychoanalytiker und Patient angenommen. Die vorliegende Arbeit hat mit theoretischen und praktischen Aspekten von Empathie zu tun.

Zum Einen soll untersucht werden, welchen Stellenwert der Aspekt der Empathie *in der Praxis der psychoanalytischen Psychotherapie* hat und, zum Anderen, soll es um eine *Begriffsschärfung für das Wesen der Empathie auf der theoretischen Ebene* gehen.

1 Originalzitat: "Der Analytiker versteht den Patienten nur soweit, als er in seinem Innern alles empfindet, was der Patient empfindet; sonst wird er nur ein intellektuelles Wissen *über* den Patienten besitzen [...] Es ist eine der wesentlichen Voraussetzungen des psychoanalytischen Verstehens und Heilens, dass diese produktive Beziehung zwischen Analytiker und Patient besteht [...]. Der Analytiker muss zum Patienten werden und doch er selbst bleiben. Er muss vergessen, dass er der Arzt ist und muss sich dessen doch bewusst bleiben. Nur, wenn er dieses Paradoxon akzeptiert, kann er 'Interpretationen' geben, die Autorität besitzen, weil sie ihre Wurzeln in seinem eigenen Empfinden haben. Der Analytiker analysiert den Patienten, aber der Patient analysiert den Analytiker ebenfalls, weil der Analytiker, wenn er das Unbewusste seines Patienten teilt, nicht umhin kann, sein eigenes Unbewusstes zu klären" (Fromm, 1971, S. 141)

Zu Beidem - der Präzisierung auf der praktischen und der Differenzierung auf der theoretischen Ebene des Begriffs - soll diese Arbeit im Sinne einer Erweiterung psychoanalytischer psychotherapeutischer Möglichkeiten beitragen (s.u. 1.3. *Thesen*).

Es geht um eine Theoriebildung, die im Sinne der angewandten Forschungsmethode – *Grounded Theory* – im Prozess der Forschung entsteht und sich währenddessen fortlaufend verändert (Wiedemann 1995). Zielführend dabei ist die kontinuierliche Steigerung der Aussagekraft der Theorie, die ihrerseits wieder die Beobachtungsweise, also auch die konkreten Aspekte der Forschungsmethode – Fragestellungen, Beobachtungskriterien etc. - beeinflusst, im Sinne einer hermeneutischen Spirale hin zu größerer Prägnanz (Danner 1994) (s.u., 2.1., "Forschungsdesign").

Die Arbeit setzt bei der Untersuchung der Praxis an, um, über eine dabei entstehende Theoriebildung, zu einer neuen Praxis der Empathieanwendung beizutragen. Innerhalb dieser die Arbeit durchziehenden Dialektik ist die progrediente Differenzierung der Begrifflichkeit nicht wirklich von der Progredienz der Empathieanwendung, also der empathiebasierten forschungsprozessualen Beobachtungspraxis, zu unterscheiden. Gleichwohl wird in der Darstellung aus Gründen der Übersichtlichkeit gelegentlich zwischen theoretischen und praktischen Aspekten unterschieden. 'Praxis' hat in diesem Zusammenhang wenigstens zwei Bedeutungen: Zum Einen geht es um die Anwendung der theoretisch generierten Beobachtungsparameter für den Forschungsprozess ('Kodierungen' in der Begrifflichkeit der *Grounded Theory*) und, zum Zweiten, geht es um die theoretisch zu generierenden Aspekte *therapeutenseitigen Verhaltens in der psychoanalytischen Situation*. 'Theorie' meint in diesem Zusammenhang eher die Abstraktion des Beobachteten zur Gewinnung von Regeln und Gesetzmäßigkeiten innerhalb des Phänomens der Empathie (s.u. 1.3.1. und 1.3.2.).

Der konventionelle Sprachgebrauch des Begriffes *Empathie* impliziert wenigstens zwei Konnotationen, denen durch diese Arbeit begegnet werden soll: Erstens, Empathie sei ein begrifflich *nicht differenzierbares Atomos*. Zweitens, Empathie sei gleichbedeutend mit *Einführung*.

Wie die Arbeit zeigen soll, ist Empathie sowohl differenzierbar als auch von der bloßen Gleichsetzung mit 'Einführung' zu unterscheiden². Wäre diese Gleichsetzung adäquat, könnte Empathie auch Teil eines (auf ausgeprägter Einführung basierenden) symbiotischen Beziehungsgeschehens und damit Quelle gewaltsamer Beziehungsgestaltungen sein (Bauriedl, 1996). Ein prägnanterer Empathiebegriff allerdings impliziert das Gegenteil, *gewaltfreie* Beziehungsgestaltung.

Trotz des Mangels an Präzision und Differenziertheit des Begriffs im konventionellen Sprachgebrauch ist die zentrale Stellung von Empathie für das *Gelingen menschlicher Interaktion* gesellschaftlich wie wissenschaftlich weitgehend akzeptiert. Geht man davon aus, dass der psychoanalytische Prozess als eine Interaktion aufgefasst werden kann, die dann gelingt, wenn sie zur Heilung des Intrapyschischen beiträgt, so ist die grundsätzliche Bedeutung von Empathie für die psychotherapeutische Heilung offensichtlich.

Im Folgenden werden Thesen formuliert, um die zu Beginn angenommene Zielsetzung der Arbeit deutlich zu machen. Es wäre unrealistisch, zu übersehen, dass es eine subjektive Motivation zum

2 Während das *Vokabular der Psychoanalyse* von LaPlanche und Pontalis (1999) den Topos Empathie gar nicht listet und Mertens' *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* als Eintrag 'Empathie, Einführung', beide Begriffe also *gleichsetzend*, aufführt (Milch 2014), bietet Rycrofts (1995) *Critical Dictionary of Psychoanalysis* eine Definition, die Einführung und Empathie unterscheidet und damit die Aspekte Getrenntheit und Verbindung (in Gestalt von Einführung) - als gleichzeitige Notwendigkeiten gewichtet: "The power of projecting one's personality into (and so fully comprehending) the object of contemplation...The capacity to put oneself into the other's shoes. The concept implies that one is both feeling oneself into the object **and remaining aware of one's own identity as another person...**(Hervorhebung durch den Autor)"

Schreiben dieser Arbeit gibt, und damit auch Vorannahmen. Letztere teilen sich in die (unter 1.2. dargestellten) *axiomatischen* „Grundannahmen“ und das *hypothetische* Ergebnis – die (unter 1.3. und 1.4. formulierten) *Thesen*. Während die Ausgangsposition, im Sinne einer axiomatischen Festlegung, nicht verändert wird, stellen die Thesen das erwartete outcome der vorliegenden Forschung dar, welches sich gegenüber der Vorannahme verändern darf und soll. Dass und inwiefern Überraschungen im Sinne der Gegenstandsorientiertheit der angewandten Forschungsmethode *Grounded Theory* erwünscht sind, wird im Abschnitt II der Arbeit methodologisch begründet.

1.1.3. Der Titel – Einschub ex post

Der ursprüngliche Titel der Arbeit³ fasste die Empathie als zu beforschenden Topos weiter. Der jetzige trägt der Entwicklung des Forschungsprozesses im 3. Abschnitt der Arbeit Rechnung⁴. Gleichwohl wurde die Einleitung an sich nicht verändert, um die tatsächliche Entwicklung der Theorieentstehung nachvollziehbar bleiben zu lassen. Das grundsätzliche Interesse, zu einer Theorie der Empathie beizutragen, findet jetzt seinen Niederschlag in der Formulierung der *'Empathiebasiertheit'* der Studie. Denn, um empathiebasiert untersuchen zu können, war es notwendig, zunächst die Untersuchungsmethode zu Beginn und dann fortlaufend, angepasst an den jeweiligen Stand des Forschungsprozesses, zu definieren. Die Auseinandersetzung mit der zu generierenden Theorie der Empathie findet also wesentlich in der fortlaufenden Präzisierung des Untersuchungsinstrumentariums statt. Das im (neuen) Titel 'Parameter' genannte Instrument stellt, ein, hinsichtlich des Topos' *Empathie*, bereits weiter entwickeltes Produkt jener Präzisierung dar. Ursprünglich hatte es sich dabei um ein Zwischenergebnis gehandelt, das dann zum wesentlichen Ergebnis der Arbeit mutiert ist.

Inwiefern dieses Ergebnis auch als pars pro toto für ein erweitertes Konzept des Topos Empathie verstanden werden kann, wird in den Abschnitten IV und V dargestellt.

3 „Empathie - Plädoyer für die Neugewichtung eines psychoanalytischen Begriffs“

4 Ausführliche Darstellung dieser Entwicklung auf der Metaebene im 4. Abschnitt (Zusammenfassung) der Arbeit

1.2. Grundannahmen

1.2.1. Grundsätzliche Ausgangsposition - auf die psychotherapeutische Haltung bezogene Axiome

Folgende Grundannahmen kennzeichnen die Basis (Haltung), von der ich ausgehe – erworbene Überzeugungen, welche die (axiomatische) Grundlage der anschließend formulierten psychotherapiebezogenen Thesen bilden. Dort, wo Angaben zu einzelnen AutorInnen gegeben werden, sind dies Hinweise im Sinne einer theoretischen Verortung 'mit Absenderangabe'.

1.2.1.1. Ziel psychoanalytischer Arbeit ist ein Zugewinn an Freiheit⁵. Dies kann, muss aber nicht, mit Anpassung, also einem "Besser-Funktionieren" im gegenwärtig gesellschaftlich mehrheitsfähigen Sinne führen, wie der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

1.2.1.2. Voraussetzung für die Entwicklung zu mehr Freiheit ist die Akzeptanz der grundsätzlichen Getrenntheit von Menschen. Man kann dies "existenzielle Einsamkeit" nennen oder im existenzialistischen Sinne davon sprechen "zur Freiheit verurteilt zu sein" (Sartre 1977). Dies ist die Kennzeichnung der erwachsenen Position. Eine ausreichend gut verlaufene Kindheit bereitet darauf vor, mit dieser existenziellen Herausforderung zurecht zu kommen. Für die psychoanalytische Arbeit ist dieser Aspekt insofern relevant, als dass daraus folgt, *dass ein Therapeut niemanden anders retten kann*. Er kann hilfreich sein nur unter der Voraussetzung, dass der Andere ("Patient") den Beschluss gefasst hat, sich zu verändern. Präziser: wenn der Therapeut diese Motivation in dem Patienten erkennen kann *und* wenn, gleichzeitig, der Patient in der angebotenen Interaktion mit dem Therapeuten eine Möglichkeit zur Veränderung seines Intrapyschischen erkennen kann, wird ein hilfreicher therapeutischer Prozess möglich. Beides sind conditiones sine qua non.

1.2.1.3. Die persönlichkeitspezifischen individuellen Eigenschaften, die gesellschaftlich als "Schwächen" konnotiert sind, in unser Selbstbild zu integrieren, entspricht, als Zielsetzung unserer psychoanalytischen Arbeit, unserem Verständnis von individueller Gesundheit im Sinne eines Zustandes progredienter Desillusionierung. Kürzer und griffiger: **Die Akzeptanz und Integration unserer Schwächen ist unsere Stärke** (Gruen 1999)

1.2.1.4. Jede relevante Persönlichkeitsentwicklung, und als solche werden erfolgreiche Psychotherapien betrachtet, **muss die existenziellen Tatsachen von Getrenntheit** ("existenzieller Einsamkeit, s.a. 1.2.1.2.) **und Endlichkeit ausreichend berücksichtigen** (Yalom 2008⁶). Das bedeutet, eine Psychotherapie muss sich mit diesen Topoi in einer oder anderer Weise auseinandersetzen, sonst steht ein nachhaltiger Fortschritt infrage.

1.2.1.5. Konflikte, und als solcher kann die psychoanalytische Arbeitsbeziehung anlässlich der jedenfalls initial unterschiedlichen Auffassungen und Einstellungen von Patient und Therapeut verstanden werden, **werden nur dann nachhaltig gelöst, wenn es zu einer win-win-Situation gekommen ist** (Rosenberg 2005).

5 Zum Beispiel bei Nedelmann im Sinne von Efferenz und Afferenz formuliert: "Das Behandlungsziel, das Freud früh formulierte und sich selbst zitierend mehrfach nannte, lautet: 'Nach Möglichkeit leistungs- und genußfähig zu machen'" (Nedelmann 2014)

6 Irvin Yalom in mehreren seiner Bücher, sodass diese These als ein "Hauptanliegen" von ihm aufgefasst werden darf - zuletzt: (Yalom, I.,2008)

1.2.2. Auf den Begriff "Empathie" bezogene Axiome

1.2.2.1. Im praktischen (auf konkrete Interaktionen bezogenen) und (auf die Diskussion des Begriffes bezogenen) Umgang mit dem Begriff "Empathie" ist es sinnvoll, Begriffe, wie, z.B., "Bedürfnis" und "Gefühl", definitorisch präziser festzulegen, als im allgemeinen Sprachgebrauch üblich.

Im Rahmen der in dieser Arbeit stattfindenden Diskussion wird die aus der Theorie der Gewaltfreien Kommunikation stammende Bedeutung der Begriffe benutzt (Rosenberg 2005)).

"Bedürfnis" wird dabei verstanden als ein grundlegendes Verlangen, das prinzipiell allen Menschen gemeinsam, also transpersonal und (wahrscheinlich) transkulturell aufzeigbar ist. Bedürfnisse sind *prinzipiell lebensbejahend*. Nach der hier vorausgesetzten Definition treten sie aufgrund situativer Gegebenheiten und charakterlich(strukturelle-)er Individualitäten unterschiedlich stark ins Erleben. *Sie sind aber grundsätzlich, aufgrund ihres ubiquitären Vorhandenseins für alle Menschen verstehbar* (a.a.O.).

Der Begriff des Bedürfnisses, verstanden als Kern- oder Basismotivation, ist abzugrenzen gegen den Begriff der (konkreteren) Strategie. Für die Befriedigung eines Bedürfnisses kommen grundsätzlich mehrere mögliche Strategien oder auch (das jeweilige Bedürfnis "bedienende") Personen infrage. Existenz und Erfüllbarkeit eines Bedürfnis sind deshalb grundsätzlich unabhängig von einer konkreten (anderen) Person oder Strategie.

"Gefühle" weisen auf Bedürfnisse hin - sogenannte positive Gefühle haben die Funktion von Signalen, die darauf hinweisen, dass der jeweilige Mensch sich gegenwärtig in Übereinstimmung mit dem (auf seiner inneren Agenda) aktuell im Vordergrund stehenden Bedürfnis befindet, sogenannte negative Gefühle bedeuten das Gegenteil.

Ich fühle mich einsam wäre im Sinne der Gewaltfreien Kommunikation präziser zu formulieren als *Ich bin bedrückt, traurig, ängstlich etc. (Gefühle), weil mir Gemeinschaft, Verbindung, Aufgehobenheit etc. (Bedürfnisse), fehlt*. Gefühle werden also quasi als universelle Indikatoren, welche nicht an ein spezifisches Bedürfnis gekoppelt sind, verstanden – ich kann auch *bedrückt, traurig* oder *ängstlich* sein, weil ein anderes Bedürfnis von mir nicht erfüllt ist.

Sprachliche Konstruktionen wie "Ich habe das Gefühl, dass..." weisen in der Regel darauf hin, dass es sich nicht um ein Bedürfnis im Sinne dieser Definition, sondern stattdessen um eine Einschätzung, Bewertung, Interpretation o.ä. handelt.

Für die aktuelle gesellschaftliche Realität gilt: **Bedürfnisse sind, mehr noch als Gefühle, häufig unbewusst.**

Es wird davon ausgegangen, dass es zur Erreichung der unter Pkt. 1.2.1. genannten Zielsetzungen sinnvoll ist, dieses Unbewusste im Rahmen psychoanalytischer Arbeit bewusst zu machen.⁷

⁷ So sehr diese definitorischen Festlegungen m.E. mit den Grundpositionen der Psychoanalyse (nicht zuletzt mit dem psychischen Gehalt der *Triangularität als Basis von Freiheit ohne Verlust von Bindung*) übereinstimmen, so wenig sind diese hilfreichen Konstrukte Teil des alltäglichen common sense – was sich u.a. in dem Mangel an (alltags-)sprachlicher Präzision an diesem Punkt abbildet. Die Verdachtsäußerung sei gestattet, dass Psychoanalytiker es an diesem Punkt gelegentlich ebenfalls an der möglichen sprachlichen Präzision fehlen lassen. Inwiefern dies gelegentlich auch einen Mangel an Prägnanz von Denken und Haltung nach sich zieht, soll der Diskussion im Anschluss an diese Untersuchung anheim gestellt werden.

1.2.2.2. "Verbindung" ist ein zentrales menschliches Bedürfnis. Es kann verstanden werden als der Zustand bilateraler Empathie – vergleichbar mit dem Phänomen der kommunizierenden Röhren – es fließt *per Empathie* frei in beide Richtungen – an beiden Polen (einer Kommunikation = Verbindung) ist das Sternsche (Stern 2010) Intersubjektivitäts-Diktum *Ich weiß dass Du weißt, dass ich weiss*, erlebbar. Die Erfüllung des Bedürfnisses nach Verbindung ist körperlich-sinnlich erlebbar, in der Regel mit Gefühlen einhergehend, die subjektiv als "Erleichterung", "Freude" oder "Euphorie" formuliert werden (Buchholz 1998) . Auf der Ebene der kognitiven Verarbeitung stellt sich dabei das Erlebnis der "Gewissheit" ein⁸.

1.2.2.3. Empathie hat zwei Komponenten: die Einfühlung und die Getrenntheit (Rycroft 1995)⁹. Die Vernachlässigung des zweiten Aspektes führt zu symbiotischer Beziehungsgestaltung und damit tendenziell zum Scheitern von Beziehungen – in letzter Konsequenz zu Gewalt (Bauriedl 1996).

8 Michael Buchholz (1998) beschreibt im Rahmen der Reflexion von "Sensibilitäten, die wir in der Ausbildung fördern könnten", beispielhaft, dass "irgendeine widerständige Geschichte im Gange ist und sich, hier auf meiner Haut, eine Spannung löst und ich kriege das Gefühl, ich rutsche eine Stufe tiefer, sozusagen mental, nicht wahr, und eine Spannung löst sich und ich habe das Gefühl, *jetzt kommt's ins richtige Fahrwasser* – das spüre ich körperlich...".

Diese in der Regel mit körperlich sinnlichem Erleben einhergehende Gewissheit nenne ich im Text von nun an *Evidenzerleben*.

9 Siehe Fußnote 2

1.3. Thesen zur Generierung von Elementen einer Theorie der Empathie - erste fragmentarische Annäherung an das erwartete Ergebnis der Forschungsarbeit

1.3.1. Empathie ist ein ubiquitär auftretendes Phänomen menschlicher Kommunikation, das unabhängig davon existiert, ob es bewusst reflektiert wird oder nicht.

1.3.2. Empathie als Topos der Psychoanalyse

Empathie wird allgemein als integraler Begriff einer glückenden Beziehung in psychoanalytischer Praxis und Theorie aufgefasst, welcher tatsächlich aber unscharf konzipiert – nicht selten mit "Einfühlung" gleichgesetzt wird. Bei dieser Gleichsetzung wird die *notwendigerweise gleichzeitig* bestehende Getrenntheit in einer glückenden Beziehung nicht ausreichend konzipiert. Eine auf dieser Begriffsreduktion basierende therapeutische Haltung droht in der Konsequenz zu einer (für den Therapieerfolg prekären) symbiotischen Beziehungsgestaltung zu führen. Eine praxisbezogene Theorie zum differenzierten Umgang mit Empathie, die diese Gefahr berücksichtigt, existiert offensichtlich nicht. Gleichwohl ist Empathie, unabhängig davon, ob sie reflektiert wird, hochrelevant für das Gelingen bzw. Scheitern von Beziehungen.

1.3.3. Grundsätzliche Aspekte der Psychodynamik des Empathie-Begriffs in gelingenden Beziehungsrealitäten

- **Selbstepathie kommt vor Fremdempathie**
- **Empathie kommt vor Korrektur**
- **In psychischer Not nimmt Empathiefähigkeit ab – das gilt für Therapeuten wie für Patienten.**
- **Beschämung ist der natürliche Antagonismus dazu, "Empathie zu geben", Scham der natürliche Antagonismus zu dem Erlebnis "Empathie zu bekommen"**
- **Empathie ist nicht notwendigerweise an Verbalität gekoppelt**
- **Es gibt missbräuchlichen Umgang mit Empathie**

1.3.4. Auf die therapeutische Beziehung bezogene praxisrelevante Aspekte des Empathie-Begriffs

- **Beschämung und Scham behindern den Therapieerfolg nicht selten unerkant**

- **Das Ringen um Empathie seitens des Therapeuten ist (selbst, wenn u.U. noch nicht erfolgreich,) in der Regel bereits korrigierende emotionale Erfahrung für den Patienten**
- **Für die psychoanalytische (Arbeits-)Situation ist die Beachtung des Bedürfnisses nach Verbindung hochrelevant.** Besonders in Situationen, in denen "die Therapie stockt" kann die Kommunikation dieses Bedürfnisses neue Bewegung ermöglichen
- **Empathiefähigkeit ist ein brauchbares diagnostisches Kriterium für**
 - a) die Struktur des Patienten
 - b) das Erreichen von Therapiezielen – also den Therapieprozess
 - c) die Prognose – anhand der Frage: kann ich mit *diesem* Patienten empathisch sein ?
- **"Psychische Krankheit" geht mit chronischer Empathieunfähigkeit einher**
- **Wenn "Psychodynamik" (als eine von zwei gebräuchlichen Bedeutungen) das Verständnis der inneren, momentan wirksamen Logik der Seele meint, dann deckt "Empathie" davon den nicht-beschämenden Anteil ab.**

1.3.5. Eher auf die Position des Therapeuten im Prozess bezogene praxisrelevante Aspekte des Empathie-Begriffs

- **Mittels eines empathiebasiert(er)en Vorgehens seitens des Therapeuten kann ein direkterer Zugriff auf die Kompetenzen des Patienten gelingen – die gängige Praxis ist nicht selten latent beschämend und reduziert damit den Zugriff auf die Kompetenz des Patienten**
- **Anstelle des (klassischen) Deutens "von der Oberfläche in die Tiefe" kommt es bei einem empathiebasiert(er)en Vorgehen zu einer "Empathiekaskade", d.h. der Pat. präsentiert "von sich aus" aufgrund des natürlichen Auftriebs des dynamischen Unbewussten die relevanten Topoi aus zunehmend größerer Tiefe – Voraussetzung hierfür ist die Kreierung einer dafür förderlichen Atmosphäre (= empathieinduzierte *Verbindung*) – gelingt dies, so ist das Resultat vermutlich prägnanter und heilender als beim „deutungshoheitlichen“ Vorgehen**
- **Wenn dem Therapeuten Selbstempathie nicht ausreichend möglich ist, kommt es u. U. zu verfrühter Deutung.** Jene schadet tendenziell, da sie für das Patientenerleben die Gefahr des beschämenden Nicht- Verstandenwerdens enthält
- **"Strukturell gestörte" Patienten fordern die Empathiefähigkeit des Therapeuten in besonderer Weise – während "neurotische" einen gewissen Mangel an Empathiefähigkeit tolerieren**

- Die "Angestrenztheit" des Therapeuten, die sich in Wut oder Ärger, oder, als subtilere Ausprägung, in "nicht-einverstanden- oder verwirrt-Sein" äußern kann, kann von seiten des Therapeuten gewinnbringend (im Sinne von "Auflösung" des Konflikts bzw. die Verbindung verbessernd) bearbeitet werden, indem er (selbstempathisch) untersucht, welches von *seinen* Bedürfnissen aktuell nicht ausreichend befriedigt ist.
- Wenn sich längerfristig seitens des Therapeuten keine empathiebasierte Verbindung erreichen lässt, ihm also Selbstempathie nicht mehr möglich ist, sollte der Therapeut frei sein, sich zu trennen – die gängige Praxis ist nicht selten eine stattdessen einsetzende (beschämende) "diagnostische" Pathologisierung des Patienten

1.3.6. Schlussfolgerungen / Ansätze zu einer Weiterentwicklung

- Die Therapien mit "strukturell gestörten" Patienten stellen eine besondere Herausforderung an die Selbstempathie und damit an den persönlichen Entwicklungsstand des Therapeuten dar - in der Konsequenz wäre eine prognostisch relevante Diagnose für solche "Fälle einer besonders schwierigen Therapie" immer eine der Beziehung (letztere verstanden als Produkt der Persönlichkeiten *beider* Beteiligter).
- Voraussetzung für ein erweitertes empathiebasiertes therapeutisches Vorgehen ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Selbstempathiefähigkeit des Therapeuten
- Ein erweitertes empathiebasiertes therapeutisches Vorgehen führt zu größerer Effizienz
- Es gibt vermutlich einen (in der Ausbildung wurzelnden) "strukturellen" Selbstempathiemangel seitens der psychoanalytischen Therapeuten. Das heißt: Empathiefähigkeit ist trainierbar.

1.4. Zusammenfassung: Hauptthese und Hauptanliegen der Forschungsarbeit

1.4.1. Hauptanliegen

Wie oben (1.3.) dargestellt, liegt bereits eine fragmentarische Idee einer Theorie der Empathie im Sinne einer hypothetischen Ausgangsposition vor. Im Rahmen der Arbeit soll kasuistisches Material nun so bearbeitet werden (3. Abschnitt), dass diese als Hypothesen vorliegenden Fragmente sich als *Kristallisationspunkte* für einen kohärenten Theoriestrang herausstellen oder widerlegt und ergo verworfen werden. Ziel ist also, zu einer *nachvollziehbaren* wie auch *zusammenhängenden* theoretischen Aussage zu kommen. Um die bisherigen Annahmen (Hypothesen) überprüfen und erweitern zu können, muss eine (in Teil II der Arbeit dargestellte und im Rahmen der Arbeit ständig weiter zu entwickelnde) Beobachtungsmethode eingesetzt werden, welche aus differenzierten Fragestellungen – Beobachungskriterien - besteht. Die Gesamtheit dieser differenzierten Kriterien bilden am Ende die im Sinne der Grounded Theory im Rahmen dieser Forschungsarbeit zu entwickelnde Antwort auf **die Frage: Wie ist Empathie im psychotherapeutischen Kontext beschreibbar – was ist ihr Wesen ?**

Der entsprechend zu entwickelnde Kriterienkatalog soll dann eingehen in Elemente einer *Theorie der Empathie*, von der behauptet wird: Erstens, dass es sie - als in der menschlichen Erfahrung vorhandenes implizites Wissen - bereits gibt; zweitens, dass sie für die Psychoanalyse relevant ist; und, drittens, dass sie, im Sinne einer Wissenschaft der Theorie und Praxis intrapsychischer und interpersonaler Dynamik, noch nicht ausreichend formuliert ist.

In diese Richtung einen Vorstoß zu wagen, ist das Hauptanliegen dieser Arbeit. Dass dies vom Autor als Wagnis erlebt wird, hat unter anderem mit einer gewissen Scham zu tun, die sich bei der Vorstellung einstellt, kasuistisches Material aus der eigenen Praxis, u.a. von "gescheiterten Therapien" zu beforschen.

1.4.2. Leit-(oder Haupt)these

Initial wegweisend bei der im Rahmen dieser Arbeit beabsichtigten Generierung von Elementen einer Theorie der Empathie ist bereits eine konkret formulierbare "Leit"-These. Deren Funktion ist zunächst lediglich, einen Anfang zu finden, um, wie bei der Erkundung eines Wollknäuels, den Faden bei der Untersuchung des komplexen Topos *Empathie*, an einer relativ beliebigen Stelle aufnehmen zu können. Ob sich diese These tatsächlich als „zentral“ herausstellt - was zu Beginn dieser Arbeit eher intuitiv vermutet wird - soll durch die Forschungsarbeit überprüft werden.

Unter der Annahme, dass Selbstempathie bedeutet, in Übereinstimmung mit seinen Bedürfnissen¹⁰ zu sein, lautet die (zu untersuchende) Hauptthese der vorliegenden Arbeit:

Es gibt eine direkte (positive) Korrelation zwischen der Fähigkeit des Therapeuten zur Selbstempathie und seiner patientenbezogenen Empathiefähigkeit sowie dem daraus resultierenden Gelingen therapeutischer Interventionen.

¹⁰ Die an die Terminologie der gewaltfreien Kommunikation angelehnte Begrifflichkeit beim Gebrauch des Wortes "Bedürfnis" wird im einzelnen in 1.2.2.1. und 2.5. ausgeführt

1.4.3. Beziehung zwischen Hauptanliegen und Leit-(oder) Hauptthese der Forschungsarbeit

Während es die Funktion der Hauptthese ist, die Forschungsarbeit (in dem unter 1.4.2. ausgeführten Sinne) zu orientieren, ist es das (wichtigere) eigentliche Anliegen der Arbeit, Elemente einer Theorie der Empathie zu formulieren (s.o., 1.4.1.). Das bedeutet, die Leitthese, sowie die (unter 1.3 ausgeführten) Einzelthesen können, im Sinne der Grounded Theory modifiziert oder auch widerlegt werden, ohne dass deshalb das eigentliche Anliegen der Forschungsarbeit scheitern muss, Elemente einer Theorie der Empathie zur Erweiterung des Verständnisses innerer Gesetzmäßigkeiten der Veränderung hin zum wahren Selbst (Winnicott 2006) zu entwickeln.

1.5. Leseanleitung

1.5.1. Querverweise, Fußnoten und Zitate– das Navigieren im Text

Beim Schreiben dieser Arbeit tauchte ein Problem wiederholt auf, welches ähnlich beim Lesen erwartet wird – das gedanklich in sich verwobene Ganze kann, wie ein Bild, *von jedem beliebigen Punkt ausgehend* betrachtet werden, während es aber in einer Reihenfolge – logisch linear – zu Papier gebracht werden muss.

Dadurch entstehen bestimmte Probleme; zum Beispiel, tauchen die GfK-angelehnten Begriffsdefinitionen *Gefühl* und *Bedürfnis* inhaltlich bereits in Teil I auf, gehören systematisch aber unter den Punkt 2.5. (*Begriffsdefinitionen innerhalb der GfK*). Um mit diesem Problem umzugehen, wurde beim Erstellen des Textes auf Querverweise zurückgegriffen. So wird, zum Beispiel, in Punkt 2.5.4.1., wo die Begriffsklärung aus Gründen der Systematik ('Methodendarstellung') zu plazieren wäre, auf bereits im ersten Abschnitt (*Einleitung*) eingeführte Definitionen zurückverwiesen.

Im gleichen Textabschnitt liegende Bezüge sind in der üblichen Weise durch "(s.u.)", bzw. "(s.o.)" gekennzeichnet.

1.5.2. Navigieren im Text: Aufbau, Funktion, Nummerierung und detaillierte Inhaltsverzeichnisse jeweils zu Beginn der einzelnen Teile („Abschnitte“) der Arbeit

1.5.2.1. Rasterung der Arbeit durch Nummern.

Um das Auffinden der Textstellen, auf die jeweils verwiesen wird, zu erleichtern, ist die gesamte Arbeit mittels einer mehrziffrigen Nummerierung "gerastert". Die Gesamtarbeit ist in 5 *Abschnitte* oder *Teile* gegliedert, was in der ersten Ziffer innerhalb einer Nummerierung abgebildet wird. Beispiel: Der im Teil III (kasuistische Untersuchungen) bearbeitete zweite Kasus hat die Bezeichnung "3.2.", die erste Untersuchungs-(Darstellungs-) ebene dieser kasuistischen Untersuchung heißt „3.2.1.“, der darin bearbeitete vierte Aspekt innerhalb dieser Ebene hat die Nummer „3.2.1.4.“, ein möglicher fünfter Unterpunkt dieses Aspekts dann „3.2.1.4.5.“

1.5.2.2. Inhaltsverzeichnisse Bis zur 2. Stelle der Nummerierung ist das der Gesamtarbeit vorangestellte Inhaltsverzeichnis zuständig. Das jeweils dem einzelnen Abschnitt vorangestellte *Detaillierte Inhaltsverzeichnis* umfasst die Einteilung bis zur dritten Ebene.

1.5.2.3. Abschnitte (Teile) der Arbeit

Die Einleitung (Teil I) beinhaltet die Standpunktverortung des Autors – was prägt ihn vorab in Bezug auf das Thema und warum hält er es für untersuchungsrelevant - und die Hypothesenbildung – was denkt er vorab, könnte dabei herauskommen?

Der **2. Abschnitt** stellt die 3 benutzten theoretischen Methoden und das Untersuchungsmaterial dar. Im **3. Abschnitt**, dem Forschungsteil, untersucht der Autor Kasuistiken mikroprozessual. Dies geschieht mittels *einer aus der Verschränkung der benutzten 3 theoretischen Methoden hervorgegangenen und im Prozess der Untersuchung ständig weiterentwickelten Forschungs-Fragestellung*. Aufgrund dieser kontinuierlichen Progredienz der Methode im Sinne einer hermeneutischen Spirale¹¹ (Danner 1994) kommt es bereits in diesem Abschnitt zu einer „Auswertung“, also zu Ergebnissen. Allerdings sind diese Ergebnisse der Theoriebildung noch

¹¹ Siehe 1.1.2. und 2.1.2.

ausschließlich auf den jeweiligen Kasus bezogen. Die Einzelergebnisse sind entsprechend im Teil III präziser hergeleitet als im **4. Abschnitt**. Dort findet demgegenüber eine Gesamtauswertung aller 3 Kasus statt, eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Forschungsteil. Gleichzeitig wird noch einmal ein Blick aus der „Vogelperspektive“ auf den Verlauf des Theoriebildungsprozesses in der zurückliegenden Gesamtarbeit geworfen. Im **5. Abschnitt**, der Diskussion, wird der zurückliegende Arbeitsprozess und sein Ergebnis von einer angenommenen Perspektive ‚von außerhalb‘ betrachtet – die Hermeneutik der Situation des Schreibenden und mögliche Auswirkungen der Ergebnisse auf eine in diesem Sinne dann ‚erweiterte‘ psychoanalytische Praxis werden diskutiert.

1.5.3. Das "Navigieren" innerhalb der Arbeit als Ganzes – Versuch einer bedürfnisorientierten Leseanleitung

Die oben benannte Lese-("Hin-und Herspring-)problematik tritt für den Leser vermutlich primär innerhalb des Teil III der Arbeit auf. Ich fürchte, dass die nächsthöhere Darstellungsebene kaum verstanden werden kann, ohne auf die jeweils vorangehenden zurückzugreifen.

Aufgrund der für Psychoanalytiker ungewohnten Terminologie und Denkweise der gewaltfreien Kommunikation tritt dieses Problem allerdings auch *zwischen* den verschiedenen Abschnitten auf. Der 3. Teil ist ohne die Methodendarstellung in Teil 2 vermutlich kaum verständlich. Die Arbeit ist in dieser Hinsicht nicht leicht verdaulich. Möglicherweise reicht es zum Verständnis der Arbeit aus, die akribisch mikroprozessbezogen (über jeweils 5 Darstellungsebenen) durchgeführte Theoriebildung im 3. Abschnitt exemplarisch an einer Kasuistik nachzuvollziehen.

Um die Navigationsproblematik zu erleichtern habe ich ein gewisses Ausmaß an Wiederholungen in Kauf genommen. So wird, zum Beispiel, in Abschnitt III, die eigentliche Vignette jeweils in der ersten Darstellungs(Ebene der)Ebene der kasuistischen Untersuchungen *ohne Zusätze* und dann, in der zweiten Darstellungsebene, in einer *mittels Fußnoten bearbeiteten Form*, erneut präsentiert.

Die auf das kasuistische verbatim-Material bezogenen Fußnoten im 3. Abschnitt laufen in ihrer Nummerierung für die jeweilige Kasuistik autonom. Die fortlaufende Fußnotennummerierung des übrigen Textes überspringt also den 3. Abschnitt – die auf die letzte Fußnote des zweiten Abschnitts folgende ist die erste des vierten Abschnitts.

Dem Leser, der vor allem an dem Prozess der Arbeit und ihrem Gesamtergebnis und weniger an der Akribie der Herleitung der Zwischenschritte interessiert ist, kann die ausschließliche Lektüre der Abschnitte IV und V empfohlen werden.

2. ABSCHNITT: MATERIAL UND METHODEN

DETAILLIERTES INHALTSVERZEICHNIS	16
2.1. Forschungsdesign – die Verschränkung dreier wissenschaftlicher Methoden	18
2.1.1. Einführung - Begründung für das Aufeinandertreffen dreier theoretischer Systeme	18
2.1.2. Charakterisierung der wissenschaftlichen Methode – Grounded Theory	18
2.1.3. Ausgangspunkt der zu erforschenden Theoriebildung und Ausblick auf die Erläuterung des konkreten Forschungsdesigns als Anliegen des Teil II dieser Arbeit	19
2.2. Forschungsfeld (Tabelle)	21
2.3. Stichprobenauswahl	23
2.3.1. Beobachtungszeitpunkte	23
2.3.2. Anzahl der Falldarstellungen	23
2.3.3. Die Fallauswahl nach dem Kriterium des zentralen Beziehungserlebens, kodiert nach der affektiven Konnotation der Beziehungserinnerung seitens des Therapeuten zum Beginn der Forschung	23
2.3.4. Reihenfolge des Vorgehens bei der Fallbearbeitung	25
2.4. Basisdaten der Patienten der untersuchten Kasuistiken	26
2.5. Die in der Arbeit verwendete empathiebezogene Begrifflichkeit – Sprache und Grundsätze der Gewaltfreien Kommunikation, sowie eigene damit kompatible Begriffsdefinitionen	27
2.5.1. Einführung	27
2.5.2. Theorie der Gewaltfreien Kommunikation – einer "Technik der Kommunikation" nach definierten Grundsätzen	27

2.5.3.	Gewaltfreie Kommunikation nach M. Rosenberg – eine Sprache der Praxis – historische Anmerkungen	28
2.5.4	Theorie der Gewaltfreien Kommunikation – zentrale Begriffe und Grundsätze	28
2.6.	Die stufenweise Bearbeitung des einzelnen Kasus – von der Falldarstellung bis zur Conclusio	33
2.6.1.	Der Vorgang der Auswahl einer relevanten Beziehungsszene aus den Protokollen eines konkreten (vorausgewählten) Therapieprozesses	33
2.6.2.	Die <i>Falldarstellung</i> als erste Bearbeitungsstufe (Darstellungsebene) – die am Evidenzerleben orientierte rekonstruktive Darstellung der Beziehungswirklichkeit einer Begegnungsszene zwischen Patient und Therapeut	33
2.6.3.	Die auf die Falldarstellung nachfolgenden Bearbeitungsstufen (zweite Darstellungsebene und ff.)	34
2.6.4.	Entwurf der Kodierung für die zweite Darstellungsebene	34
2.6.5.	Die Verdichtung der in der zweiten Darstellungsebene per Empathie gewonnenen Analyse der in den Mikro-Beziehungs-Momenten (MBM) wirksamen Bedürfnisse des Therapeuten und die resultierende Theoriebildung in der dritten bis fünften Darstellungsebene	35

2.1. Forschungsdesign – die Verschränkung dreier wissenschaftlicher Methoden

2.1.1. Einführung - Begründung für das Aufeinandertreffen dreier theoretischer Systeme

In der vorliegenden Forschungsarbeit treffen drei theoretische Systeme aufeinander: Die beiden mit der Praxis von Veränderung reflexiver Einstellung und menschlichen Verhaltens befassten theoretischen Systeme *Psychoanalyse* und *Gewaltfreie Kommunikation* (Rosenberg 2005) werden bei der Untersuchung des Topos *Empathie* (s.a. Teil I – Einleitung) einander ergänzend und somit innerhalb der Darstellung dieser Arbeit miteinander verschränkt, eingesetzt. Den Vorgang der Erkenntnisgewinnung strukturierend steht darüber wie ein Wächter das dritte theoretische System, die *Grounded Theory* (Glaser und Strauss 2010). Die *Grounded Theory*, als Methode qualitativer Forschung, wird also eingesetzt, um mithilfe der beiden veränderungspraktischen Theorien *Psychoanalyse* und *Gewaltfreie Kommunikation* den Topos *Empathie in der psychoanalytischen therapeutischen Situation* zu beobachten und theoretisch weiter zu entwickeln.

Es stellt sich die Frage: *Wozu wird innerhalb einer psychoanalytischen Arbeit ein weiteres (veränderungspraktisches) System eingeführt?* Die Antwort lautet: Die *Gewaltfreie Kommunikation*, welche, ebenso wie die *Psychoanalyse*, ein empathiebasiertes System zur Untersuchung von Veränderung menschlichen Verhaltens ist, unterscheidet sich im konkreten Vorgehen signifikant von ihr. Ihre Hinzunahme bei der Untersuchung des kasuistischen Materials führt zu einer die forschende Auseinandersetzung mit dem Topos *Empathie* als förderlich angesehenen Kontrastierung und Erweiterung des psychoanalytischen Ansatzes. Anders formuliert: Wenn das Ziel der vorliegenden Untersuchung die Generierung von *Elementen einer Theorie der Empathie* ist, kann man sich die besagte Verschränkung wie einen Tanz der beiden Systeme *Psychoanalyse* und *Gewaltfreie Kommunikation* vorstellen – und die *Grounded Theory* wäre dann der Tanzlehrer.

Die Psychoanalyse wird grundsätzlich als bekannt vorausgesetzt und deshalb nicht im Rahmen der Methodencharakterisierung als solche dargestellt. Dort, wo auf konkrete psychoanalytische Positionen Bezug genommen wird, wird dies im laufenden Text erläutert. Die Theorie der anderen beiden Systeme wird in diesem Abschnitt der Arbeit nachfolgend vorgestellt. Die *Grounded Theory* wird, im Rahmen der Darstellung des Forschungsdesigns, direkt anschließend erläutert; die *Gewaltfreie Kommunikation* weiter unten, im Zusammenhang mit den Ausführungen zur Bearbeitungsmethode des kasuistischen Materials (2.5. u. 2.6.).

2.1.2. Charakterisierung der wissenschaftlichen Methode – Grounded Theory

Die Forschungsmethode orientiert sich wissenschaftstheoretisch an der Tradition qualitativer Sozialforschung im Sinne der *Grounded Theory* von Barney Glaser und Anselm Strauss (Glaser und Strauss 2010), bei der es "um das Entdecken grundlegender Prozesse [geht, (DS)], die Wandel bewirken" (Bitschnau 2008). Laut Wiedemann (Wiedemann1995) wird die Qualität (im Sinne von "Güte") einer Theorie daran gemessen, ob sie nützlich ist. "Theorien sind nützlich, wenn sie nicht nur Daten abbilden, sondern ihnen eine Gestalt geben, Beziehungen stiften, hin zu neuen Einsichten führen und neue Fragen und Probleme entdecken.[...] Eine Theorie sollte eben nicht nur allgemein, sondern vor allem eine kreative Konstruktion sein (ebda, S. 440). Die jeweils benutzten

Aspekte der Grounded Theory werden "an Ort und Stelle", bei der Erläuterung des konkreten Forschungsdesigns (Teil III) bzw. bei der Auswertung der Daten (Teil IV), detaillierter ausgeführt.

Im Sinne der Grounded Theory wird davon ausgegangen, dass sich das hier dargelegte Forschungskonzept im Laufe des Forschungsprozesses verändern kann - es wird voraussichtlich im Verlauf der wissenschaftlichen Beobachtung des Forschungsgegenstandes zu Überraschungen kommen. Diese Überraschungen werden nicht befürchtet sondern begrüßt. Sie sind bei einer als "gegenstandsbezogen" charakterisierten Theoriebildung im Rahmen qualitativer Sozialforschung erwünscht. Außerdem soll auf diese Überraschungen reagiert werden, indem sich die Forschungsmethode im Sinne ihrer Gegenstandsbezogenheit anpasst. So ist, zum Beispiel, die Anzahl der Fälle nicht, wie bei einer empirischen Untersuchung a priori festgelegt, sondern wird davon abhängig gemacht, wie groß die Aussicht ist, durch zusätzliche Untersuchung neue Erkenntnisse zu gewinnen - oder aber die Theorie(bildung) bereits "gesättigt" ist (s.u. 2.3.; Wiedemann 1995).

2.1.3. Ausgangspunkt der zu erforschenden Theoriebildung und Ausblick auf die Erläuterung des konkreten Forschungsdesigns

Um sich der beabsichtigten Klärung des Stellenwertes von Empathie im psychoanalytischen Prozess anzunähern, wird als Ausgangspunkt ein Forschungsdesign gewählt, das zu erläutern das Anliegen der folgenden Punkte 2.2. bis 2.6. ist. "Als Ausgangspunkt" bedeutet, dass es sich bei dem dargestellten Forschungsdesign ebenfalls um einen dynamischen Ansatz im Sinne der Grounded Theory handelt, der, an sich gegenstandsbezogen, offen für Veränderung ist.

Forschungsgegenstand ist der während der zurückliegenden 12 Jahre psychoanalytischer therapeutischer Praxis erstellten Fundus von ca. 15000 Therapiestunden-Protokollen. Untersucht werden soll eine aussagekräftige – im Sinne der Fragestellung geeignete – Teilmenge dieser Protokolle. Bei der zu untersuchenden Teilmenge handelt es sich (also) um kasuistisches Material aus den aus Behandlungsprotokollen gewonnenen *Interaktions-Szenen (Begegnungen) zwischen Patient und Therapeut*. Die Art der konkreten Stichprobenauswahl wird unten erläutert (s. 2.3.). Das Gleiche gilt für die stufenweise Bearbeitung des kasuistischen Materials (s. 2.6.). Die dem psychoanalytischen Leser wahrscheinlich weniger vertraute Methode der Gewaltfreien Kommunikation, die bei der stufenweisen Bearbeitung eine entscheidende Rolle spielt, wird unter 2.5. erklärt. Der Punkt 2.4. bietet einen tabellarischen Überblick über die Basisdaten der Patienten, der dazu dienen soll, dass der Leser, so gut, wie das dadurch möglich ist, vergleichen kann, inwiefern ihm Patienten mit ähnlicher Problemstellung vertraut sind.

Konkret kommt es im Rahmen der stufenweisen Bearbeitung zu einer sukzessiven Verdichtung über fünf Darstellungsebenen – vom reinen kasuistischen Material (erste Darstellungsebene) bis zur theoriebildenden Abstraktion (fünfte Darstellungsebene).

Die Festlegung konkreter Fragestellungen im Sinne von Forschungskriterien wird in der Grounded Theory als Theoretisches Kodieren bezeichnet. Dieses Theoretische Kodieren ist der wissenschaftstheoretische Aspekt, der sich voraussichtlich während dieser Forschungsarbeit am deutlichsten verändern wird. Tatsächlich geht der Autor nicht, wie in der Grounded Theory grundsätzlich möglich, von einer initial vollkommen undefinierten Einstellung als Antwort auf die aufgeworfene Fragestellung nach dem Stellenwert der Empathie für den psychoanalytischen Therapieprozess aus. Es existieren bereits ("spontan" aus der Praxis gewonnene, also nicht systematisch durch Forschung ermittelte) Vorannahmen zur Theorie, deren Gesamtheit im Rahmen dieser wissenschaftlichen Arbeit als Nullpunkt definiert werden soll. Die Differenz zwischen

diesem Nullpunkt und dem nicht vorhersehbaren outcome (Ergebnis der Forschungsarbeit) stellt die eigentliche Forschungsarbeit dar. Dieser ungeordnete, weil provisorische Ausgangspunkt, der Nullpunkt der Theoriebildung innerhalb dieser Arbeit, ist in Teil I (Einleitung) niedergelegt.

2.2. Das Forschungsfeld – Tabelle

PATIENT	1. Einschätz.	2. Einschätz.	Beginn	Ende	2. Beginn	2. Ende	Kommentar
A			26.10.97	16.01.04	01.11.07	03.03.09	300+20, Abbr.
B			30.01.98	05.08.02			300
C			09.03.98	13.03.00			175, Abbr.
D			13.03.98	26.09.02	20.07.06	22.03.07	249+22
E			19.03.98	21.01.01			160
F			20.04.98	19.09.02			377
G			20.05.98	27.06.02			380
H			27.06.02	17.09.98			16, Abbr.
I			04.12.98	08.07.03			170, Rausw.
J			09.03.99	03.05.05			260, GA
K			15.03.99	16.08.00			92, Abbr.
L			13.04.99	13.06.05			262, Rausw.
M			06.07.99	11.04.05			253
N			04.11.99	01.08.02			150, Abbr.
O			18.11.99	24.10.05			317
P			30.11.99	02.09.04			325
Q			16.06.00	09.10.01			54, Abbr
R			07.08.00	26.02.01			25
S			12.09.00	06.12.04			240, Rausw.
T			19.10.00	31.05.05			300, Rausw.
U			14.11.00	29.04.04			223, Abbr. berufl.
V			19.01.01	21.02.06			345, Rausw.
W			09.05.01	10.07.06			221, Rausw.
X			27.11.01	20.01.06			240
Y			17.06.02	18.06.07			160, Rausw.
Z			25.07.02	11.03.03			22, Abbr.
AA			01.08.02	20.01.07			300
AB			19.09.02	19.08.04			75
AC			21.10.02	17.08.04			54, Rausw.
AD			04.11.02	06.02.06			240
AE			10.01.03	25.07.06			179
AF			06.02.03	17.01.06			83
AG			02.03.03	02.07.07			240, Rausw.
AH			07.04.03	11.08.05			168, Abbr.
AI			11.04.03	18.09.06			80
AJ			12.05.03	24.04.04			25
AK			24.04.03	30.01.06			180
AL			16.09.03	25.04.06			153
AM			06.01.04	31.03.08			85
AN			02.04.04	18.10.04			16
AO			02.04.04	25.09.08			183
AP			09.11.04	27.06.06			76, Abbr.
AQ			11.11.04	01.03.07			133, Abbr., verzog.
AR			02.12.04	23.11.09			300
AS			18.01.05	25.08.05			16, Abbr.
AT			30.05.05	04.02.10			284
AU			04.06.05	14.07.09			259, Rausw.
AV			21.06.05	06.10.09			287
AW			13.09.05	04.03.08			85
AX			25.10.05	24.01.06			10, Abbr.
AY			31.10.05	??			??
AZ			08.11.05	02.08.07			72, Abbr.
BA			08.12.05	13.02.06			5, Abbr.
BB			13.12.05	17.12.09			292, Rausw.
BC			06.02.06	08.02.10			240
BD			09.02.06	....			273...
BE			21.02.06	....			ca.320...
BF			18.05.06	04.06.07	25.05.10	.....	25 + 14...
BG			29.05.06	02.02.07			15, Abbr.
BH			29.06.06	09.10.07			25
BI			02.10.06	.....			224...
BJ			10.10.06	.....			266...
BK			30.11.06	.....			128...
BL			20.02.07	.....			94...
BM			27.03.07	22.01.08			24
BN			10.04.07	.....			206...
BO			07.06.07	.....			152...
BP			01.10.07	.....			135...
BQ			08.10.07	.....			168...
BR			21.01.08	.....			134...
BS			24.07.00	.....			101...
BT			29.07.08	.....			117...
BU			25.08.08	.....			80...
BV			25.08.08	11.05.09			23
BW			20.01.09	.....			52...
BX			07.04.09	.....			73...
BY			29.10.09	.....			35...
BZ			01.03.10	.....			26...
CA			21.06.10	.....			12...
CB			01.07.10	.....			10...

Legende zur Tabelle 1 (2.2. Das Forschungsfeld) :

Abgebildet ist der Fundus der Praxis im Gesamtbeobachtungszeitraum der Jahre 1998 bis 2010. Dabei gilt: die farbliche Kodierung (1. und 2. Einschätzung) entspricht der unten dargelegten Kodierung (Erläuterungen, siehe 2.3.3. Fallauswahl); 'Beginn' und 'Ende' beziehen sich auf den Therapieprozess, bei '2. Beginn' und '2. Ende' handelt es sich um ein 'Come Back' desselben Patienten; gepunktete Linien statt eines Datums kennzeichnen zum Beginn der Untersuchung noch laufende Therapien; Spalte Kommentar: Zahlenangaben beziehen sich auf die Gesamtstundenzahl, Abkürzungen auf Therapiebeendigung, dabei 'Abbr.': einseitig durch Pat., 'Rausw.': einseitig durch od. auf Initiative des Th., 'GA': durch Gutachter

(Die Erläuterung zum Forschungsfeld und zum methodischen Umgang damit findet sich unter 2.3.)

2.3. Stichprobenauswahl

2.3.1. Beobachtungszeitpunkt

Es werden nach definierten Kriterien (s.u., 2.3.3.) ausgewählte kurzdauernde Szenen mikroprozessual untersucht. Untersucht werden auf Therapiestundenprotokollen basierende Rekonstruktionen therapeutischer Interaktionen. Deren einzelne realszenische Dauer liegt im Minutenbereich. Der Fallauswahl zugrunde liegt der bis zum Jahresende zu Beginn der Untersuchung (2010) zurückliegende 12-Jahres-Gesamt-Beobachtungszeitraums eines Praxiskontingents. Betrachtet wird aus der Perspektive des *ex post*. Das heißt, die mikroprozessual untersuchten Szenen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung jeweils abgeschlossen und die Untersuchung hat damit keinen Einfluss auf deren Verlauf.

2.3.2. Anzahl der Falldarstellungen

Die konkrete Auswahl und damit auch die Anzahl der Falldarstellungen ist im Sinne der im Forschungsprozess "noch zu generierenden Theorie" nicht im Vorherein festzulegen, da die *Grounded Theory* hier eine Offenheit insofern fordert, als dass sich die als "Umfang der Grundgesamtheit" bezeichnete Größe des Forschungsgegenstandes von der "Sättigung der Theoriebildung" bestimmen lassen soll, wobei gilt: "eine Theorie ist dann gesättigt, wenn sich neue Fälle bzw. neue empirische Befunde unter die bereits entwickelte Methode fassen lassen, d.h. nicht mehr zu einer Veränderung oder Entwicklung der Theorie beitragen" (Wiedemann, 1995).

2.3.3. Die Fallauswahl nach dem Kriterium des zentralen Beziehungserlebens, kodiert nach der affektiven Konnotation der Beziehungserinnerung seitens des Therapeuten zum Beginn der Forschung

Benennbar und relevant erscheint für jeden einzelnen Patienten aus dem Gesamtbeobachtungszeitraum, dem Fundus der Praxis der Jahre 1998 bis 2010, folgendes Kriterium:

War die Arbeit mit diesem Patienten aus der heutigen Erinnerung – zum Zeitpunkt des Beginns der Forschung (vor Bearbeitung der Protokolle) - eine angenehme oder unangenehme Erfahrung? Handelt es sich also um eine affektiv positiv oder negativ konnotierte Beziehungserinnerung?

Zum Zwecke der Illustration bietet sich als alternative Formulierung derselben Frage an: *Würde ich diesen Patienten einem befreundeten Kollegen, empfehlen?*

An dieser Stelle sollen zunächst lediglich Generierung und Handhabung des (oben benannten) Stichprobenauswahl-Kriteriums *des zentralen Beziehungserlebens seitens des Therapeuten zum Beginn der Forschung*, mithin diese *Kodierung*, nachvollziehbar gemacht werden - so, dass der Leser dieser Arbeit es selber anwenden könnte, wenn er denn wollte: Als Voraussetzung wurden die Behandlungszeiträume aller Patienten aus dem Fundus während des Gesamtbeobachtungszeitraums tabellarisch erfasst (s. Tabelle 2.2.). Während dieses Vorgangs stellte sich zu jedem Patienten und jeder Patientin jeweils eine von angenehmen bzw. unangenehmen Gefühlen dominierte Erinnerung ein. Bei einigen Patienten war diese Erinnerung eindeutig *positiv affektiv*, bei anderen eindeutig *negativ*, und bei einer dritten Gruppe eher *ambivalent affektiv*

konnotiert.

Dieses spontan (d.h., ohne Bearbeitung der einzelnen Akten) abrufbare Erleben des Therapeuten wurde daraufhin in der Tabelle mit den Farben *grün* (für die affektiv positiv konnotierten Erinnerungen), *rot* (für die negativ konnotierten) und *neutral/farblos* (für die ambivalent konnotierten Erinnerungen) *kodiert*. Diese Kodierung wurde zügig [15 min. für den gesamten Vorgang] und unter bewusstem Verzicht auf differenzierende Reflexion durchgeführt [siehe dazu Diskussion, unten].

Dieselbe Kodierung wurde mit einer nicht in dieser Weise kodierten "Blanko"-Tabelle 3 Tage später zur Überprüfung der "inneren Reliabilität" (Ausschluss situativer Einflüsse während des Kodierungseinflusses) wiederholt (ohne dass zwischenzeitlich auf die erste Kodierungsversion Zugriff genommen worden war). Danach wurden beide Kodierungen verglichen, der Wiederholungs- Kodierungsvorgang, zum Vergleich mit dem ersten, in die Tabelle eingefügt [s.Tab. 2.2].

Der Vergleich beider Kodierungen ergab eine Abweichung in 13 von 80 Fällen, wobei es in keinem Fall zu einer Abweichung um 2 Stufen (also von rot nach grün, bzw. vv) gekommen war. Da es bei dieser Kodierung darum geht, möglichst eindeutig unterschiedliche Fälle im Sinne der von der Grounded Theory geforderten komparativen Analyse (Wiedemann, 1995) zu untersuchen, wurden die uneindeutig kodierten Pat. für die Fallauswahl ausgeschlossen.

Auf der Grundlage der vorangehend beschriebenen Kodierung wird nun die eigentliche Fallauswahl vorgenommen, indem mit *jeweils* zweimal rot, mit zweimal grün und mit zweimal ambivalent kodierte Stichproben untersucht werden sollen.

Die Begründung der (inhaltlichen) Relevanz dieser Kodierung und damit der Relevanz dieses Vorauswahlkriteriums für das Forschungsanliegen, fußt auf 2 Voraussetzungen:

1. *Affektiv positiv bzw. negativ konnotierte Beziehungserinnerung (grün-Kodierung bzw. rot-Kodierung)* korreliert mit Gelingen bzw. Misslingen von Empathie in der Beziehung.
2. Die Polarisierung nach *affektiv positiv vs. negativ konnotierte Beziehungserinnerung (grün-Kodierung bzw. rot-Kodierung)* fördert eine realistische Abbildung des Forschungsgegenstandes Empathie

Zu 1.) Sowohl in der psychoanalytischen als auch in der Theorie der Gewaltfreien Kommunikation ist es unbestritten, dass ohne das Beziehungselement Empathie keine positive Beziehungserfahrung denkbar ist. Empathie darf somit *grundsätzlich* als unabdingbares konstitutives Element affektiv positiv konnotierter Beziehungserinnerungen vorausgesetzt werden. Dasselbe gilt im Umkehrschluss für die affektiv negativ konnotierte Beziehungserinnerung. Inwiefern sich Empathie *konkret* darauf auswirkt, dass eine Beziehungserfahrung affektiv positiv bzw. (durch ihr Fehlen bzw. Misslingen) negativ erinnert wird, welcher Elemente und innerer Gesetzmäßigkeiten von Empathie es dazu also bedarf, das eben soll Forschungsanliegen dieser Arbeit sein.

Zu 2.) Die *Grounded Theory* postuliert als eines ihres wesentlichen tools die *komparative Analyse*, d.h. die Untersuchung möglichst weit von einander entfernt liegender Stichproben, um die Wirklichkeit des Forschungsgegenstandes in *möglichst großer Bandbreite* zu erfassen. Aus der oben dargelegten Korrelation zwischen *affektiv positiv bzw. negativ konnotierten Beziehungserinnerungen* und dem (signifikanten) *Wirksamwerden bzw. Nicht-wirksam-werden von Empathie* folgt, dass mit der in der Kodierung angelegten Polarisierung (von rot bis grün) die Erfassung einer möglichst großen Bandbreite des Forschungsgegenstandes plausibel ist, die Anwendung des Vorauswahlkriteriums in der beschriebenen Weise somit relevant ist.

Abschließend ist hier allerdings noch eine grundsätzliche methodologische Vorbemerkung erforderlich: Um der Praktikabilität bei der Gewinnung dieses Auswahlkriteriums willen, wurde dessen provisorischer Charakter zu Beginn der Arbeit akzeptiert. Auf die (denkbare) differenziertere Aufschlüsselung des Kriteriums (geglückte vs gescheiterte Therapien) wurde also bewusst verzichtet, weil sie notwendigerweise weit in die erst noch (im Sinne der Aufgabenstellung dieser Arbeit) zu generierende Theorie hinein führen (und jene damit letztlich voraussetzen) würde. Die Begründung der Legitimität des Kriteriums liegt im Wesen der Grounded Theory: Es handelt sich bei dieser Einteilung um ein *Vorauswahlkriterium*, welches eine Untersuchung ermöglichen soll, die ihrerseits eine Theorie generieren soll (welche im Rahmen der Weiterentwicklung der Theorie ggf. andere Auswahlkriterien hervorbringt – oder aber die Relevanz der a priori gewählten bestätigt). Die wichtige Anforderung der Grounded Theory nach möglichst *disparatem Sampling* also einer Fallauswahl, welche eine möglichst breite Abbildung der Wirklichkeit gewährleistet, ist durch dieses Vorauswahlkriterium jedenfalls erfüllt (aufgrund der für jede einzelne Therapie gültigen, oben aufgezeigten Korrelation zwischen prozessual wirksamer Empathie und der subjektiven Erinnerungskonnotation des Therapeuten). Das Kriterium ist also *relevant*, und, wie aufgezeigt, auch *reliabel* im Sinne qualitativer Forschung.

2.3.4. Reihenfolge des Vorgehens bei der Fallbearbeitung (warum zuerst Fall 3.1., dann 3.2. etc.)

Die Reihenfolge des Vorgehens ist so, dass die Untersuchung mit Fällen aus dem jüngsten Zeitfenster beginnt und sich innerhalb des Zeitfensters von positiv nach negativ erinnerungskonnotiert fortbewegt. Dieses Vorgehen folgt der grundsätzlichen Annahme, dass die Empathiefähigkeit des Therapeuten bei dem jüngsten, im o.g. genannten Sinne positiv erlebten Fall vermutlich am eindeutigsten nachweisbar ist. Letztere Hypothese begründet sich wie folgt:

1.) Was der Therapeut kann, ist dort, wo der (empathiebezogen) geglücktere Fall (3.1.) nicht durch beschämende (widerständige) Erlebnisse behindert wird, leichter zu extrahieren. Auf diese Weise gelingt ein Start der Untersuchung und die so relativ unbehindert gewonnene erste Theoriebildung kann dem in dieser Hinsicht "komplizierteren" zweiten Fall bereits angewandt werden.

2.) Das Rückwärtsgehen zu den früheren Fällen soll auf diese Weise von der aus der Untersuchung der fortgeschritteneren Behandlungsfähigkeit gewonnenen Erkenntnis profitieren. Also: mit dem weitergehenden Erkenntnisstand sollen die (angenommenen) Defizite der früheren Arbeitsproben besser wahrnehmbar werden.

3.) Die übergeordneten grundsätzlichen Empathie-Theorie-Aspekte blieben davon unberührt – eine quantitativ ausreichende Erhebung relevanter Daten vorausgesetzt, können diese sowohl aus den frühen (ggf. durch Analyse ihres relativen Mangels) wie den späten Fällen (dann, ggf., durch Analyse ihres "Gelingens") formuliert werden. Allerdings würde auch hier eine *durch die Bearbeitung der fortgeschritteneren Fälle gewonnene reichhaltigere Theoriebildung* Gewinn zeitigen).

2.4. Basisdaten der untersuchten Patienten

Kürzel (Kapitel)	1.Kasuistik (3.1.)	2.Kasuistik (3.2.)	3.Kasuistik(3.3.)
Geb.-jahr/ Alter bei Therapiebeginn	1970 / 37	1968 / 37	1965 / 39
Geschlecht	w	m	w
Familienstand	ledig	ledig	verheiratet
Wohnsituation	Partnerschaft	allein	Familie
Bildung	Hochschule	Hochschule	Abitur-Lehre
Behandlungsdauer			
Untersuchungszeitpkt	121	180	161
Gesamt	300	292	300
Diagnose bei Therapiebeginn	F34.1; F60.8.	F34.1.; F60.8.	F34.1; F 61.0

Abbildung 1: Basis- (Sozial-) daten, Untersuchungszeitpunkt, Gesamtbehandlungsdauer und Diagnosen (ICD-10) der untersuchten Patienten

2.5. Die in der Arbeit verwendete empathiebezogene Begrifflichkeit – Sprache und Grundsätze der Gewaltfreien Kommunikation, sowie einige eigene damit kompatible Begriffsdefinitionen¹²

2.5.1. Einführung

Der Sinn dieses Punktes ist die Formulierung axiomatischer Kernaussagen sowie die Definition zentraler empathierelevanter Begriffe, welche für die Rezeption dieser Arbeit essenziell sind. Diese Festlegungen erfolgen in Anlehnung an die Gewaltfreie Kommunikation nach M. Rosenberg (Rosenberg 2005). Das Anliegen hinter diesen Festlegungen entspricht dem kommunikativen Bedürfnis nach Präzision und Eindeutigkeit. So hat, z.B., der Begriff des Bedürfnisses im Alltag eine andere (unschärfere) Bedeutung als im soziologischen Kontext und die wiederum unterscheidet sich von der im Kontext der Gewaltfreien Kommunikation (s.u.). Vor der relativen Unschärfe des konventionellen Sprachgebrauchs empathierelevanter Begriffe scheint mir auch der psychoanalytische Diskurs nicht immer gefeilt, was ebenfalls in diesem Punkt gezeigt werden soll. Die Gewaltfreie Kommunikation nach M. Rosenberg formuliert einige empathierelevante Begriffe, wie, z.B., *Beobachtung*, *Gefühl* und *Bedürfnis* eindeutiger als im Alltags-Sprachgebrauch (s.u.) üblich. Dadurch wird die Grundlage gelegt für eine konsequentere Herangehensweise an das Phänomen der Empathie¹³.

Die folgende Darstellung der Nomenklatur der Gewaltfreien Kommunikation erfolgt aus der Sicht des Psychoanalytikers, d.h. in Abgrenzung zur Sprache der psychoanalytischen Praxis. Auf diese Form der kontrastierenden Darstellung wird auch in der übrigen Arbeit immer wieder zurückgegriffen, unter der Vorstellung, dadurch die Bereicherung deutlich zu machen, welche die Gewaltfreie Kommunikation für die Untersuchung des Topos Empathie für die psychoanalytische Praxis bietet.

2.5.2. Theorie der Gewaltfreien Kommunikation – einer "Technik der Kommunikation" nach definierten Grundsätzen

Der besondere (weil zugangserleichternde) Charme der Gewaltfreien Kommunikation liegt darin, dass sie prima vista formal wie eine, zur empathischen Einstellung hinführende, Kommunikations-*technik* erscheint. Sie ist in der äußeren Form einfach und alltagsverständlich über Begriffsdefinitionen und ein Set von Grundsätzen festgelegt. Wie schwierig es dennoch letztendlich ist, eine empathische Haltung nach dieser "Anleitung" *umzusetzen*, wird erst in der Anwendung deutlich – etwa, wenn konsequent versucht wird, *hinter jedem Erleben*, womit das gesamte Spektrum zwischen Wahrnehmung und Handlungsimpuls gemeint ist (s.u.), das jeweilige *Bedürfnis* aufzuspüren – oder, z.B., den Grundsatz *Ein anderer Mensch ist nie der Grund für mein Gefühl* (s.u.) radikal als Grundlage seiner kommunikativen Haltung zu akzeptieren.

12 In diesem Abschnitt geht es um Begriffsdefinitionen aus dem Vokabular der Gewaltfreien Kommunikation nach M. Rosenberg. Die nicht als solche gekennzeichneten Begriffe sind von mir als hilfreich befundene eigene Festlegungen.

13 Siehe die kasuistischen Bearbeitungen im 3. Abschnitt der Arbeit

2.5.3. Gewaltfreie Kommunikation nach M. Rosenberg – eine Sprache der Praxis, historische Anmerkungen

Der oben benannte "leichte" Zugang zur Gewaltfreien Kommunikation korreliert damit, dass das System typischerweise aus der Praxis heraus entwickelt worden ist. Der Begründer, Marshall Rosenberg, ist ein ursprünglich psychotherapeutisch tätiger Schüler von Carl Rogers und hat die Gewaltfreie Kommunikation u.a. im Rahmen der Beratungstätigkeit an Schulen vor fast 50 Jahren begründet. Wie es mit neuen Methoden üblich ist, werden sie dort erprobt, wo (von den etablierten Methoden her), erlebnisnah formuliert, "nichts mehr geht" – "hard-core"-Konfliktsituationen also. In den vergangenen vier Jahrzehnten hat die Gewaltfreie Kommunikation eine internationale Organisiertheit und Verbreitung als Trainingsmethode, nicht nur in der Pädagogik, sondern auch in anderen Einzelpersonen und Gruppen betreffenden Konfliktkonstellationen, z.B., im Nahen Osten zwischen Palästinensern und Israelis, gefunden (Rosenberg 2005). Dabei ist die Gewaltfreie Kommunikation¹⁴ ständig auf dem Prüfstand der praktischen Konfliktbewältigung. Für das Anliegen dieser Arbeit - Elemente einer Theorie der Empathie zu entwickeln -, ist bedeutsam, dass das System Gewaltfreie Kommunikation seine stärkste Legitimation nicht aus einem moralischen Ideal zieht, sondern aus der Tatsache, dass sie funktioniert, radikal belegt durch die (zunächst möglicherweise utopisch anmutende) Tatsache des Evidenzerlebens¹⁵, beim Erreichen von *win-win-Situationen* (s.u.). Es ist dieses Potenzial, Evidenzerleben zu generieren, welches für die psychoanalytische Praxis hervorgehoben und nutzbar gemacht werden soll.

2.5.4. Die Theorie der Gewaltfreien Kommunikation – zentrale Begriffe und Grundsätze

2.5.4.1. Gefühl und Bedürfnis

Weil für das Textverständnis dort erforderlich, wurden diese Begriffe bereits in der Einleitung definiert¹⁶. An dieser Stelle sei noch einmal zusammengefasst: Weder die Existenz eines Bedürfnisses noch seine Erfüllbarkeit ist an eine konkrete Person oder Strategie gekoppelt. *Ein angenehmes bzw. unangenehmes Gefühl wird immer als ein Indikator für und damit als abhängig von der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung eines (eigenen) Bedürfnisses verstanden.* "Ich fühle mich, weil Du..." ist deshalb prinzipiell im Rahmen der Gewaltfreien Kommunikation eine unmögliche Aussage. Stattdessen muss es heißen: "*Wenn (nie: Weil !) Du dieses oder jenes tust (sagst etc.), geht es mir soundso (habe ich dieses oder jenes Gefühl), weil ich dieses oder jenes brauche bzw. mir dieses oder jenes fehlt (synonym: dieses oder jenes Bedürfnis von mir erfüllt bzw. nicht erfüllt ist)*"¹⁷. Unverrückbar ist die Begründung für mein Gefühl damit *in mir*. Dies führt zu einem vermeintlich trivialen Grundsatz:

2.5.4.2. *Ein anderer Mensch ist nie der Grund für mein Gefühl - kein Mensch kann mir "Gefühle machen"*

Vermutlich hätte kaum ein Psychoanalytiker Schwierigkeiten, diesem Satz aus voller Überzeugung zuzustimmen. Im konventionellen Alltagssprachgebrauch, dagegen, ist es üblich, zu sprechen (und

14 Siehe dazu, z.B., 1.2.2.1., aber auch 2.5.4.1., betr. der Hermeneutik unbewusster Motivationen, sowie, 2.5.4.2., hinsichtlich der Topoi *existenzielle Getrenntheit in der Erwachsenenposition* und, 2.5.4.3., *Konflikthaftigkeit*. Ausführlicher 4. Abschnitt.

15 Begriff *Evidenzerleben* siehe Fußnote 8 (1.2.2.2.)

16 s.a. 1.2.2.1.

17 In der Gewaltfreien Kommunikation wird diese Abfolge als ein festes sequentielles Schema trainiert mit den Schritten: *Beobachtung -- Gefühl -- Bedürfnis* (Wenn Du das tust / ich folgendes höre, sehe, etc. -- geht es mir soundso, weil -- ich brauche / mir fehlt)

fast unhinterfragt auch zu denken) : "Mir geht es nicht gut, *weil du...*".

Ich bin nicht sicher, wie eindeutig Psychoanalytiker, diesseits ihrer Ideale, im realen (Er-)leben - in ihrer Praxis – positioniert sind, um wirklich (antithetisch zur Alltagssprache) konsequent zu erleben: *Es liegt an mir, dass ich so und so fühle (weil in diesem Fall dieses oder jenes Bedürfnis von mir erfüllt/nicht erfüllt ist)* und nicht, stattdessen, innerlich überzeugt sind: *Ich bin belastet, weil dieser Patient so (anstrengend, gestört, aggressiv, destruktiv...usw. ist)*¹⁸ Um das dahinterliegende Prinzip¹⁹ zu verdeutlichen erzähle ich Patienten folgende Szene:

‘Stellen Sie sich vor, Sie kommen eine Viertelstunde zu spät²⁰. In diesem Fall kann es bei mir zu unterschiedlichen gefühlsmäßigen Reaktionen kommen: Wenn ich *ärgerlich*²¹ bin und sage oder denke: *Ich glaube, Sie nehmen die Therapie nicht ernst genug*, dann wäre es mir in dem Moment offensichtlich am wichtigsten, *wertgeschätzt* zu werden. Bin ich aber *froh*²², so könnte das, z.B., daran liegen, dass ich die anstrengende Vorstunde überzogen hatte und in diesem Moment *Erholung*²³ brauche. In beiden Fällen also hängt es nicht von Ihrem Zuspätkommen ab, wie ich mich fühle. Objektiv derselbe Anlass bewirkt vollkommen unterschiedliche *Gefühle, in Abhängigkeit davon, welches Bedürfnis für mich aktuell im Vordergrund steht*. Mein Bedürfnis ist ausschlaggebend für mein Gefühl, nicht Ihr Handeln’.

Die Implikationen dieser Intervention sind bedeutsam²⁴

2.5.4.3. Nur eine win-win-Situation führt zu einer stabilen (Auf-)Lösung eines Konflikts

Für die praktische Gewaltfreie Kommunikation bezieht sich dieser Grundsatz auf Konflikte, die Psychoanalytiker als *real (bewusst)* und *interpersonal* bezeichnen²⁵. Ein Konflikt liegt nach dieser, zunächst ausschließlich und radikal auf die Erscheinungsebene (Phänomenologie) bezogenen, Betrachtungsweise dann bereits vor, wenn eine Unterschiedlichkeit zwischen den subjektiven Wahrheiten zweier (oder mehrerer) Individuen beobachtbar ist²⁶.

Stabil bedeutet in diesem Zusammenhang soviel wie *nachhaltig*, indem jeder der Beteiligten aus der Konfliktverhandlung ausreichend zufrieden herausgeht, um kein Interesse zu haben, die "Lösung" zu Fall zu bringen; so, wie man es annehmen darf, wenn jede beteiligte Konfliktpartei durch die erzielte Lösung einen Gewinn erlebt – *win-win-Situation* eben.

Praktisch bedeuten diese möglicherweise etwas überpräzise juristiform daherkommenden Aussagen, dass beispielsweise alle folgenden Situationen als Konflikte im Sinne des besprochenen

18 Es ist nach meinem Verständnis diese (Rest-)Unabgegrenztheit (Ungetrenntheit) die uns vor allem die sogenannten frühgestörten Patienten aufzeigen, also in der Interaktion zum Vorschein bringen (weil sie an dieser Stelle bedürftiger und, ergo, sensibler sind). Dazu mehr unter 1.3.5. ("*Strukturell gestörte*" Patienten...); in der Bearbeitung 3.3.; und 4. Abschnitt

19 Dabei handelt es sich um den Aspekt der *Getrenntheit*. S.dazu, 1.2.2.3.; u.a. 3.1.5.1. und 3.1.5.2.

20 Dies ist im Sinne des (auf Erreichung von Empathie ausgerichteten) GfK-Stufen-Schemas die objektive (also v.a. nicht-bewertende) *Beobachtung*

21 Dies ist im Sinne des (auf Erreichung von Empathie ausgerichteten) GfK-Stufen-Schemas (der 2. Schritt) *das Gefühl*

22 s.o. "21"

23 (Gefühle begründende) *Bedürfnisse : Wertschätzung bzw. Erholung*

24 Wie bedeutsam die Implikationen der konsequenten Unterscheidung zwischen Anlass und Ursache eines Gefühls sind, soll durch diese Arbeit (u.a.) insgesamt aufgezeigt werden. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in, wie ich meine, guter psychoanalytischer Einstellung damit der Weg bereitet wird, Verantwortung für das eigene Erleben zu übernehmen – als essenzielles Ingredienz zu mehr persönlicher Freiheit. Siehe dazu auch Abschnitt I der Arbeit, z.B., 1.2.1.1., 1.2.1.2. u. 1.2.1.4. (Kompatibilität der GfK mit psychoanalytischen Grundpositionen).

25 Inwiefern diese Grundannahme sowohl *interpersonal* als auch *intrapsychisch* anwendbar ist, und, darüber hinaus, von der Ebene der manifesten (bewussten) Konflikte auf die der unbewussten transponibel ist, ist eine spannende Frage, die hier zunächst nur aufgeworfen und im Verlauf der Arbeit weiter untersucht werden soll.

26 Wollte man noch präziser differenzieren, könnte ergänzt werden: "[...liegt dann bereits vor,] wenn nach der Auffassung *mindestens eines der Beteiligten* eine Unterschiedlichkeit zwischen den subjektiven Wahrheiten...vorliegt. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf darauf im Haupttext verzichtet

In dieser stereotypen Sequenz (Stufenschema) ist implizit die *Unterscheidung von Anlass und Ursache* enthalten. So sehr Umstände, wozu auch die Handlungen Anderer gehören, also außerhalb unseres Selbst befindliche Ereignisse, *Anlass* sein können, so wenig können sie, nach der inhärenten Logik des Stufenschemas, *Grund* für mein Gefühl sein³⁰. Dieser Grundsatz ist, in seiner axiomatischen Bedeutung, nichts weniger, als ein radikales Bekenntnis zur Eigenverantwortlichkeit³¹.

Die Stufen "2" und "3" (Gefühl und Bedürfnis) des Schemas sind bereits oben diskutiert worden. Damit steht noch die Besprechung der ersten Stufe aus:

2.5.4.5. Der Begriff der Beobachtung

Die definitorische Vorgabe der Gewaltfreien Kommunikation ist, dass es sich bei der *Beobachtung* um eine bewertungsfreie Abbildung einer Facette der Wirklichkeit handelt, die den Anlass bildet (via Gefühl) das für das aktuelle subjektive Erleben relevante *Bedürfnis* zu ermitteln – ein Vorgang, der in seiner Gesamtheit die Generierung von *Empathie* bedeutet (s.o., 2.5.4.1. u. 2.5.4.4.). Für das Forschungsdesign ist die kategoriale Differenzierung zwischen *Anlass* und *Grund* hochrelevant³².

Auch beim Begriff der Beobachtung ist die Gewaltfreie Kommunikation radikal subjektiv und präzise zugleich, indem sie fordert, dass es sich dabei (neben der sprachlichen Bewertungsfreiheit) um Beobachtbares insofern handelt, als dass beide beteiligten Interaktionspartner der sprachlichen Formulierung des Phänomens vorbehaltlos zustimmen können.

2.5.4.6. Erleben (vs. Beobachtung)

Psychoanalytiker bemühen sich traditionell um nicht-bewertende kasuistische Darstellungen von Patienten und deren Äußerungen. Dabei greifen sie, wenn es gut läuft, im Sinne einer dem Gegenüber Gleich-Gültigkeit (im Sinne von Gleichberechtigung und gleicher Augenhöhe) einräumenden Haltung, z.B., zu Als-ob-Formulierungen (*Der/die PatientIn kam mir vor, als ob er dies oder jenes fühlte, als ob es ihm/ihr um dies oder jenes ging*). Auch der Begriff der Gegenübertragung kann, behutsam angewendet, so eingesetzt werden. Es besteht allerdings die Gefahr, dass die subjektive Gegenübertragung des Analytikers mit einer Vorstellung objektiver Wahrheit schwimmt. Wenn ich einen Supervisanden sagen höre *An meiner (sexualisierten) Gegenübertragung erkenne ich, dass die Patientin sexuelle Wünsche an mich hat*, so erlebe ich das zumindest in der angenommenen Folgerichtigkeit der Begründung als verwegen, denn es könnte auch genauso andersherum sein, dass der Supervisand aus seinem Selbst geborene sexuelle Wünsche an die Patientin hat.

Die oben als erster Schritt des empathiegenerierenden Stufenschemas der Gewaltfreien Kommunikation festgelegte *bewertungsfreie Beobachtung* ist ein Versuch, der dargelegten Gefahr einer inadäquaten Zuschreibung vorzubeugen. Tatsächlich handelt es sich bei dieser Konstruktion allerdings um ein Ideal, welches realiter schwer zu erreichen ist³³.

Um mit diesem Dilemma pragmatisch umzugehen, hält die Gewaltfreie Kommunikation die Möglichkeit parat, sich zunächst einmal vorbehaltlos allen spontan "einfallenden" eigenen

30 . Im konventionellen 'Sprachgefühl' ist Gebrauch der Begriff *Ursache und Anlass und, als Konsequenz daraus, auch das darauf bezogene Denken*, in der Regel unscharf

31 Dieses Bekenntnis würde wohl kaum ein Psychoanalytiker infrage stellen. Interessant ist nur, dass auch Psychoanalytiker, nach meinem Eindruck, in der Regel die eindeutige Differenzierung zwischen Anlass und Ursache nicht pointiert formulieren, also die Worte nicht konsequent so *handhaben*, als wenn der Mensch immer für sein eigenes Gefühl verantwortlich ist. Zu diskutieren wäre, ob dies in der Strategie der Regressionsförderung als Konstituens psychoanalytischer Therapiepraxis begründet sein könnte.

32 In der kasuistischen Untersuchung im 3. Abschnitt werden Mikro-Beziehungs-Momente der Interaktion Patient-Therapeut als *Anlass* genommen und der *Grund* für die darauf bezogene emotionale Reaktion des Therapeuten (in dessen aktuell relevantem Bedürfnis) gesucht

33 . M.Rosenberg zitiert in *Gewaltfreie Kommunikation* (Rosenberg 2005; S.48) den indischen Philosophen Krishnamurti: "..., dass es die höchste Form menschlicher Intelligenz ist, zu beobachten, ohne zu bewerten".

Assoziationen, Bewertungen und Be-(und Ver-)urteilungen zu überlassen³⁴. Für diese Möglichkeit schlage ich den Begriff des *Erlebens* vor. Im Rahmen dieser Kategorie wird also auch zunächst nicht der Versuch unternommen, dieses Erleben, so wie es Psychoanalytiker (deutungshoheitlich) tun³⁵, in die Anteile des Patienten und des Psychoanalytikers aufzuteilen. Stattdessen wird das (interaktionelle) Geschehen empathiebasiert aus dem Erleben des Analytikers analysiert³⁶

2.5.4.7. Um eine win-win-Situation zu erreichen, ist Empathie die Methode der Wahl

Im Rahmen der Gewaltfreien Kommunikation ist dies ein Axiom. Im Rahmen dieser Arbeit soll untersucht werden, inwiefern sich der Ansatz, eine win-win-Situation mittels Empathie anzustreben, mit der Konsequenz, wie sie in der Gewaltfreien Kommunikation praktiziert wird, auch auf die psychoanalytische Situation übertragen lässt³⁷.

Die oben (innerhalb 2.5.4.) vorgenommenen *Begriffsdefinitionen* stellen die praktischen Werkzeuge und gleichzeitig die *Grundsätze der Arbeitshaltung* dar, um Empathie im Rahmen der Gewaltfreien Kommunikation zu generieren.

Zur praktischen Umsetzung des Forschungsanliegens dieser Arbeit soll untersucht werden, ob die Transponierung dieser Werkzeuge und Arbeitshaltung in die psychoanalytische Situation gelingt³⁸ und gewinnbringend erscheint.

34 M. Rosenberg nennt dieses "unbereinigte" Zulassen aller erlebensmäßigen Reaktionen (im amerikanischen Original) die *wolves-show* (zu der er in Kenntnis der Aussichtslosigkeit des Versuchs der rigiden Selbststeuerung empfiehlt) "*let it happen, as long as it lasts, and while it is going on, sit back and enjoy it*" (Rosenberg 2005 B). Um die Ausführungen über die Gewaltfreie Kommunikation begrenzt zu halten, lasse ich den dazu gehörenden Kontext (*Wolf- und Giraffensprache*) aus. Daraus entsteht die Notwendigkeit an dieser Stelle einen neuen Begriff zu schaffen (s.Text)

35 Heinrich Racker entwickelte die Unterscheidung zwischen konkordanter und komplementärer Gegenübertragung und Otto Kernberg erweiterte innerhalb jeder der beiden Kategorien wiederum zwischen dem dem Patienten- und dem dem Therapeuten zugehörigen Anteil (Caligor, Kernberg, Clarkin 2010). Die Frage, wie dies jeweils ermittelt wird, bleibt allerdings dem Analytiker überlassen, womit dieser in einer, wie ich meine, prinzipiell überforderten Position ist.

36 Methodendarstellung i.E. siehe 2.6.; Forschungsanwendung siehe 3. Abschnitt

37 Inwiefern dieser radikal empathiebasierte Ansatz mit der subjektiven Realität der Psychoanalyse kompatibel ist oder nicht, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden, da es hier ausschließlich um die Beschreibung der Forschungsmethode geht. Mir scheint, es gibt innerhalb des gegenwärtigen Mainstreams psychoanalytischer Theoriediskussion unterschiedliche Haltungen. So gehen, z.B., Rudolf und Henningsen (2008) (Fußnote 29, s.o.) den "halben Weg" – der Konflikt, der sich "erübrigt" ist gut mit der von mir verfolgten Haltung kompatibel; beim Hinweis auf die "Paradoxien, die den Konflikt überflüssig machen" bleibt unklar, *wie das geschieht*; die Ausrichtung auf die win-win-Situation *mittels Empathie* – als konflikttheoretisch begründetes Ziel einer "Verhandlung" dagegen, bietet hier eine Erklärung. Dazu passend führte Hr. Rudolf im Rahmen eines OPD- Seminars seine Überzeugung aus (persönliche Mitteilung 2005), dass "der Mensch des Menschen Wolf" sei. Diese Grundannahme verträgt sich letztendlich nicht gut mit einer Haltung der Empathie als Mittel der Wahl zur Auflösung von Konflikten, denn, wenn es "lebensverneinende" Bedürfnisse (Grundmotivationen) im Menschen gäbe, wäre Empathie u.U. insofern kontraindiziert, als dass sie "das Wölfische" im Menschen freilegen könnte. Für die Gewaltfreie Kommunikation ist der Wolf aber ein Wesen mit Sprachstörung. Man gerät also unausweichlich in eine weltanschaulich-philosophische Diskussion, wie der Mensch grundsätzlich beschaffen sei – Destruktionstrieb, wie gesagt, verträgt sich nicht mit dem empathiebasierten Ansatz der Gewaltfreien Kommunikation, die davon ausgeht, dass die Grundmotivation des Menschen, ausgedrückt durch seine Bedürfnisse *lebensbejahend* ist. Hier wird die Ansicht vertreten, dass es mit einer psychoanalytischen Haltung wenig kompatibel ist, darüber entscheiden zu wollen, wie der Mensch denn absolut beschaffen sei. Eher bietet sich die Fragestellung an, welche Auswirkung auf den Prozess der Veränderung es hat, sich zu dieser oder jener Einstellung zu bekennen. Die Gewaltfreie Kommunikation fragt an dieser Stelle übrigens unbeirrt, Ausdruck welchen Bedürfnisses es sei, eine Haltung - beispielsweise, für oder gegen den Destruktionstrieb - zu vertreten – insofern ist sie radikal.

38 Siehe die im 3. Abschnitt im Rahmen der kasuistischen Bearbeitung zu entwickelnde gegenstandsbezogene Forschungsmethode.

2.6. Die stufenweise Bearbeitung des einzelnen Falls – von der Falldarstellung bis zur Conclusio

2.6.1. Der Vorgang der Auswahl einer relevanten Beziehungsszene aus den Protokollen eines konkreten (vorausgewählten) Therapieprozesses

In Bezug auf jeden für die Untersuchung als relevant ausgewählten Kasus³⁹ war im Vorfeld während des Gesamtbeobachtungszeitraums⁴⁰ jeweils eine Sammlung von (durchschnittlich ca. 15 - 20) Notizen zu mit ausgeprägtem Evidenzerleben einhergehenden Therapiestunden angelegt worden. Auf dieser Grundlage wurden für den jeweiligen Therapieprozess beispielhafte und für den Forschungsprozess relevante Therapieprozessabschnitte daraufhin unter folgenden Kriterien selektiert:

a) Bewusst vom Therapeuten erinnerte *Prominenz* innerhalb des betreffenden Therapieprozesses - während des therapeutischen Prozesses hatte der Therapeut im Zusammenhang mit einer (oder mehreren nahe beieinanderliegenden) Stunden *eine entscheidende Veränderung seiner Wahrnehmung des Patienten* bemerkt und/oder

b) bei der Protokollierung der Sitzungen, war ein Cluster (hochfrequentes Aufeinanderfolgen in kurzer Zeit) von Stunden, die mit einer besonderen affektiven und reflexiven Eindrücklichkeit (Evidenzerleben) im Erleben des Therapeuten einhergingen, zu verzeichnen gewesen, dessen Auftreten als Ausdruck einer spezifischen *Prozessintensität* gewertet wurde, und

c) die durch die Screening-Vorgänge von "a" und/oder "b" gefundenen Protokolle mussten sich als *verwertbar* erweisen, indem sich das Evidenzerleben in einem zweifelsfrei spürbaren Ausmaß wiederherstellte – nur, wenn sich ein *nennenswertes Wiederaufleben der für die Begegnung mit diesem Patienten charakteristischen Gestimmtheit* einstellte, wurde das Protokoll für die Forschung als brauchbar selektiert.

2.6.2. Die Falldarstellung als erste Bearbeitungsstufe (Darstellungsebene) – die am Evidenzerleben orientierte rekonstruktive Darstellung der Beziehungswirklichkeit einer Begegnungsszene zwischen Patient und Therapeut

Als *Darstellungsform* für die Falldarstellung wird eine psychoanalytisch orientierte Mischform zwischen Narration und Vignette (Dialog mit wörtlicher Rede) benutzt. Der *einleitende narrative* Teil soll den Rahmen der jeweiligen (durch die Vignette abgebildeten) Begegnung hinsichtlich Therapieprozess, -Setting und Biographie darstellen, während die Vignette einen möglichst unmittelbaren Eindruck der verbalen Interaktion vermitteln soll.

Die einzelne Falldarstellung stellt eine Rekonstruktion der Begegnungsszene einer Interaktion (bestehend aus einer oder mehreren aufeinanderfolgenden Therapiestunden) der abzubildenden Begegnung zwischen einem Patienten und dem Therapeuten dar. Die zugrundeliegenden Stundenprotokolle bestehen aus stichwortartigen, von Zitaten durchsetzten dialogischen Notizen, welche vom Therapeuten während und im Anschluss an die Therapiestunden gefertigt wurden. Zum Zwecke der Darstellung werden diese Notizen für die Vignette lediglich im Sinne des Sprachflusses ergänzt – Inhaltliches wird nicht neu hinzugefügt). Die reale Dauer dieser

³⁹ siehe 2.3.

⁴⁰ Siehe 2.1.3. und 2.3.1.

dialogischen Vignetten liegt im Minutenbereich. Die einleitende narrative "Rahmendarstellung" wird auf Grundlage des vorliegenden Wissens um den Patienten (aus Notizen, Bericht zum Antrag des Patienten auf Psychotherapie und konkreter Erinnerung) hergestellt.

Diese Falldarstellung bildet die Grundlage der kasuistischen Bearbeitung zur Generierung von Elementen einer Theorie der Empathie und wird im Forschungsteil (3. Abschnitt) als *erste Darstellungsebene* bezeichnet. Diese erste Darstellungsebene hat zum Ziel, das vom Untersucher erfahrene *Evidenzerleben* nachvollziehbar zu machen. Dieses Evidenzerleben wird als *bestmögliche Orientierung* zur Abbildung der Beziehungswirklichkeit (Falldarstellung) verstanden. Das besagte Evidenzerleben⁴¹ war ursprünglich *während* und/oder *unmittelbar nach* der jeweiligen Interaktion aufgetreten. Angeregt durch die ausgeprägte affektive Beteiligung, hatte der Untersucher direkt im Anschluss an die jeweilige Begegnung (in der Pause zur anschließenden Therapiestunde) Notizen gemacht und diese u.U. mit grundsätzlicheren Überlegungen kommentiert. Dies war ursprünglich spontan und unabhängig von einer bewussten theoriegeleiteten Absicht geschehen – motiviert am ehesten durch das Bedürfnis der subjektiven Affektregulation des Therapeuten. In typischer Weise war die ursprüngliche, ausgeprägte affektive Beteiligung – eine mit dem situativen Evidenzerleben einhergehende charakteristische Gestimmtheit - flüchtig, d.h. sie war etwa nach der darauffolgenden Stunde nunmehr lediglich kognitiv präsent.

2.6.3. Die auf die Falldarstellung nachfolgenden Bearbeitungsstufen (Darstellungsebenen 2 und ff.)

Aufbauend auf der Falldarstellung (erste Darstellungsebene, s.o.) wird das kasuistische Material sukzessive im Rahmen mehrerer Bearbeitungsstufen verdichtet und ausgewertet, sodass in der letzten schließlich Elemente einer Theorie der Empathie formuliert werden können.

Die konkrete Anzahl der Bearbeitungsstufen (Darstellungsebenen) – von der Falldarstellung bis zur Theoriegenerierung - muss den Erfordernissen der Theoriebildung entsprechend, noch ermittelt werden. Erwartet werden vier oder mehr Bearbeitungsstufen (s.u., 2.6.4.). Wie die exakte Auswertung und Verdichtung erfolgt, die konkrete Kodierung im Sinne der Grounded Theory also, soll im Forschungsprozess selbst - gegenstands- und zwischenergebnisbezogen - ermittelt werden. Dabei werden sowohl neue, also zum Zeitpunkt der hier dargestellten Methodenkonzeptionalisierung noch nicht vorhandene, Beobachtungskriterien (Kodierungen) als auch übergeordnete Fragestellungen für die einzelnen Darstellungsebenen (*axiale Kodierungen* in der Terminologie der Grounded Theory) entwickelt werden.

Gleichwohl besteht im Sinne einer (weiter zu entwickelnden) *Ausgangsposition* bereits eine *in-etwa-Vorstellung*, wie die Kodierungen und übergeordneten Fragestellungen (die Aufgaben der sukzessiven Bearbeitungsstufen) aussehen werden, was im folgenden skizziert werden soll. Den theoretischen Hintergrund dafür bildet die unter 2.5. dargestellte Verschränkung zwischen psychoanalytischer Position und Gewaltfreier Kommunikation.

2.6.4. Entwurf der Kodierung für die zweite Darstellungsebene

Die grundsätzliche Haltung oder (Forschungs-)Einstellung für die gesamte Arbeit ist die Analyse des interaktionellen szenischen Geschehens *aus der Klärung der in der Interaktion Patient-Therapeut jeweils wirksamen Bedürfnisse des Therapeuten*. Dies ist, wie in 2.5. ausführlich dargelegt, gleichbedeutend mit dem Versuch, das interaktionelle Geschehen aus einer empathischen

41 Begriff *Evidenzerleben* siehe Fußnote 8 (1.2.2.2.)

Verbindung des (forschenden) Untersuchers mit dem Therapeuten heraus zu verstehen.

Um diese Perspektive zu kodieren wird an zahlreichen Momenten *das jeweilige Erleben und das darauf bezogene Gefühl des Therapeuten* analysiert und als Hinweis auf sein in diesem Moment wirksames (relevantes) *Bedürfnis* ausgewertet. Jene *zahlreichen Momente* werden als *Mikro-Beziehungs-Momente (MBM)* bezeichnet, die im zugrundeliegenden Text der ersten Darstellungsebene markiert⁴² und dann empathisch nach den (unter 2.5. definierten) Kriterien der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg im Rahmen dieser zweiten Darstellungsebene ausgewertet (analysiert). In der Terminologie der Grounded Theory handelt es sich dabei um einen *Kodierungsvorgang*.

2.6.5. Die Verdichtung der in der zweiten Darstellungsebene per Empathie gewonnenen Analyse der in den Mikro-Beziehungs-Momenten (MBM) wirksamen Bedürfnisse des Therapeuten und die resultierende Theoriebildung in der dritten bis fünften Darstellungsebene

In der zweiten Darstellungsebene werden die in den einzelnen MBM wirksamen Bedürfnisse des Therapeuten zunächst diffus, d.h., ohne Gewichtung untersucht. In der dritten und ggf. vierten - Darstellungsebene sollen die so gewonnenen Daten verdichtet werden, indem die in der untersuchten Interaktion *dominanten Bedürfnisse* herausarbeitet werden. Aufgrund der spezifischen Untersuchungsmethode (s. 2.5.4.) wird ein Ergebnis erwartet, welches (neben der Feststellung der dominanten Bedürfnisse auf Seiten des Therapeuten) eine Bewertung des Gelingens von Empathie auf Seiten des Therapeuten ermöglicht. Letzteres bezieht sich sowohl auf die Empathie des Therapeuten gegenüber dem Patienten, als auch gegenüber dem eigenen Selbst. Diese Befunde sollen auf die (in der ersten Darstellungsebene abgebildete) Interaktion rückbezogen werden, um Erkenntnisse für die Theoriebildung zu gewinnen. Es soll damit die Frage beantwortet werden, inwiefern detaillierte Aspekte des Glückens bzw. Missglückens der (in der ersten Darstellungsebene abgebildeten) Interaktion vor dem Hintergrund theoretisch fassbarer Gesetzmäßigkeiten der Empathie verstanden werden können. Diese aus der praktischen Realität des Falles gewonnenen Gesetzmäßigkeiten sollen schließlich in einer letzten (fünften) Darstellungsebene abstrakt (nunmehr ohne konkreten Rückbezug zum Fall) formuliert werden. Es wird dabei unter anderem Bezug genommen werden auf ein Verständnis der Konflikthaftigkeit zwischen den beteiligten Subjekten Patient und Therapeut, welche grundsätzlichen Charakter hat und damit in ihrer Charakteristik über die konkrete Interaktion hinausgeht. Dazu soll in einer Verschmelzung, des von Luborsky entwickelten Begriffs des *zentralen Beziehungskonflikts* (Luborsky 1988), und, andererseits, der im Denkmodell von E. Fromm ausgeführten *Grundkonflikthaftigkeit (s.a. 1.1.1.) zwischen den Polen Verbindung und Getrenntheit*, das kasuistisch untersuchte interaktionelle Geschehen als *Existenzieller Zentraler Beziehungs-Konflikt (EZBK)* aufgefasst und untersucht werden.

42 und auch im weiteren Verlauf der Arbeit als *Mikrobeziehungs-Moment (MBM)* bezeichnet

3. ABSCHNITT – KASUISTISCHE UNTERSUCHUNG

DETAILLIERTES INHALTSVERZEICHNIS

3.1.	1. Kasuistik 121.Stde. <i>"Keine Rettung", oder: als angesichts des somatischen Leids nichts als Empathie zu geben zu versuchen (übrig) bleibt.</i>	38
3.1.1.	Erste Darstellungsebene – Falldarstellung	39
3.1.2.	Zweite Darstellungsebene - GfK-orientierte Analyse des Erlebens (freie Assoziation) des Prozesses in <i>Mikrobeziehungsmomenten</i> (MBM) – die darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten	42
3.1.3.	Dritte Darstellungsebene – Erste Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens - der darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten	45
3.1.4.	Vierte Darstellungsebene: Zweite Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens des Therapeuten unter der Fragestellung: <i>Wo trägt der Therapeut entscheidend aktiv zur Gestaltung des interaktionellen Geschehens bei ?</i>	49
3.1.5.	Fünfte Darstellungsebene: Abstraktion der vierten Darstellungsebene zur Gewinnung von Elementen einer allgemeingültigen Theorie	52
3.2.	2. Kasuistik 180. Stde. <i>"Kein Erfolg", oder: als es trotz (stattfindender) Empathie zu keiner signifikanten Bewegung kommt – das Erleben der Begrenztheit der Möglichkeiten in dieser Beziehung (Grenzen zu setzen)</i>	58
3.2.1.	Erste Darstellungsebene – Falldarstellung	59
3.2.2.	Zweite Darstellungsebene - GfK-orientierte Analyse des Erlebens (freie Assoziation) des Prozesses in <i>Mikrobeziehungsmomenten</i> (MBM) – die darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten	65
3.2.3.	Dritte Darstellungsebene – Erste Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens - der darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten	69

3.2.4.	Vierte Darstellungsebene: Zweite Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens des Therapeuten unter der Fragestellung: <i>Wo trägt der Therapeut entscheidend aktiv zur Gestaltung des interaktionellen Geschehens bei ?</i>	74
3.2.5.	Fünfte Darstellungsebene: Abstraktion der vierten Darstellungsebene zur Gewinnung von Elementen einer allgemeingültigen Theorie	79
3.3.	3. Kasuistik, 161.Stde. <i>"Eine sinnvolle Vereinbarung", oder: als Bemühungen seitens des Therapeuten um Empathie für den Inhalt des von der Patientin Gesprochenen zu keiner signifikanten Bewegung führen – und erst die gemeinsame Fokussierung auf das intersubjektive „irrationale“ Erleben der Beziehung Progredienz ermöglicht.</i>	86
3.3.1.	Erste Darstellungsebene – Falldarstellung	87
3.3.2.	Zweite Darstellungsebene: GfK-orientierte Analyse des Erlebens (freie Assoziation) des Prozesses in <i>Mikrobeziehungsmomenten</i> (MBM) – die darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten	92
3.3.3.	Dritte Darstellungsebene – Erste Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens - der darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten	99
3.3.4.	Vierte Darstellungsebene: Zweite Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens des Therapeuten unter der Fragestellung: <i>Wo trägt der Therapeut entscheidend aktiv zur Gestaltung des interaktionellen Geschehens bei ?</i>	111
3.3.5.	Fünfte Darstellungsebene: Abstraktion der vierten Darstellungsebene zur Gewinnung von Elementen einer allgemeingültigen Theorie	117

3.1. 1.Kasuistik 121.Stde.

"Keine Rettung", oder: als angesichts des somatischen Leids nichts als Empathie zu geben zu versuchen (übrig) bleibt.

3.1.1. Erste Darstellungsebene - Falldarstellung

(Zahlen in Klammern verweisen auf die zweite Darstellungsebene)

Die 121., eine "Dienstags-Stunde", einer psychoanalytischen Psychotherapie mit einer 40-jährigen Patientin, die mit 2 Wochenstunden im Sitzen durchgeführt wird. Therapieanlass war gewesen, „dass die Patientin trotz ihrer offensichtlichen Begabung ihr Studium als Diplompädagogin nicht hatte abschließen können [1]. Ihre lebensstiltypische Antwort auf die traumatisierenden Beziehungserfahrungen ihrer Kindheit mit zwei alkoholabhängigen Eltern ist, sich zu überfordern [2]. In der bisherigen zweijährigen Zusammenarbeit war es uns gelungen, unterschiedliche Steine auf dem Weg zu ihrem Studienabschluss zu thematisieren und damit deren destruktive Kraft zu reduzieren [3], wie zum Beispiel die Bannkraft des alten großmütterlichen Fluches, dass "Ein Arbeiterkind nicht studiert". Sie hat inzwischen alle erforderlichen Scheine und Prüfungen bestanden und der letzte Schritt – ihre Diplomarbeit - ist gut vorangeschritten [3]. Ihr aktuelles, wie selbstverständlich aufgebautes Überforderungsszenario hat sie mit einiger Mühe ebenfalls aus dem Weg räumen können. In dem mittlerweile einigermaßen gewachsenen Vertrauen zwischen uns war sie mir gefolgt, für die Monate der Diplomarbeit alles an Seminaren, Teamsupervisionen und Fortbildungen, die sie neben ½ Stelle als Krankenschwester und ihrem Studium "normalerweise erledigte", abzusagen. Jüngst hatte sie verwundert festgestellt, wie "streng sie anscheinend" mit sich sei [4]. Jetzt, als der Weg für das ungehinderte Arbeiten an ihrer Diplomarbeit endlich frei war, schien während der vergangenen Wochen der ärgste (Entwicklungs-)Feind sich in den Weg stellen zu müssen [5]: Ihre seit der Kindheit bekannte und seit Jahren medizinisch erfolglos diagnostizierte und therapierte Migräne ließ nicht nur nicht nach, sondern schien "trotz" der äußeren Entlastung sogar noch zuzunehmen.

Diese Assoziationen fliegen mich im Zeitraffer an, während die Patientin, nachdem ich die Praxiswohnungstür hinter ihr geschlossen habe, zum Garderobenständer geht, um ihre Jacke aufzuhängen und anschließend ihren Weg in den Therapieraum fortsetzt. Ich beobachte sie schweigend während ich hinter ihr hergehe bzw. ihr die Tür zum Therapieraum aufhalte [6]. Dabei fällt mir einmal mehr die Diskrepanz auf zwischen ihrem lebendigen ausdrucksstarken Gesicht mit der gutgeschnittenen Kurzhaarfrisur und dem restlichen Körper, den sie, schlank und hölzern, wie eine Marionette, durch die Gegend schiebt.

Als sie sich mir gegenüber in den Sessel gesetzt hat, grimassiert sie in das anfängliche Schweigen hinein, als machte sie eine Aufwärmübung zur Mobilisierung der Gesichtsmotorik, so, wie ein Sportflugzeug, dessen Motor für den bevorstehenden Flug angeworfen wird. Dabei konzentriert sich ihr Blick, der mir im wesentlichen nach innen gerichtet scheint, allmählich – sie sammelt sich. Ich lasse ihr Zeit für dieses mir vertraute Anfangsritual, in dem Bewusstsein, dass sie weiß, dass ich sie beobachte und dabei nicht unterbrechen werde [7].

Schließlich blickt sie mich an [8].

(Pat.): "Ich weiß nicht, wieviel ich heute hier kann..." [9], erklärt sie ungewohnt kryptisch – im Vergleich zu ihrer sonstigen Eloquenz.

(Th.): Ich denke: 'Aha, sie hat Migräne' und erinnere mich an die Vorstunde, in der sie mir davon berichtet hatte, dass sie am 19.Tag des aktuellen Migräneprotokoll-Monats bereits den 8. Anfall bekommen hätte. Sie hätte nun Sorge, dass die mittlerweile von einem Schmerzspezialisten konzipierte differenzierte pharmakologische Therapie ausgereizt sei und sich bei Anwendung für weitere Anfälle vom Effekt her ins Gegenteil umkehren, also migräneinduzierend auswirken könne – und stöhne innerlich auf: 'Und jetzt noch eine Attacke!' [10].

Mit diesem Gefühl blicke ich sie an und sie fährt fort, indem sie mir berichtet, dass sie am Vortag ihre eigentlich gute Rehabilitationsärztin getroffen und von der geraten bekommen habe, das Maximalmedikament Topiramamat nicht zu lange zu nehmen und da habe sie gedacht:

(Pat.): "Na toll, das weiß ich schon, das hilft mir auch nicht."

(Th.): "Sie haben den Eindruck: 'Um mich herum sind lauter Experten und keiner kann mir wirklich helfen !' ?" [11]

(Pat.): "ja, genau." [12]

(Th.): Ich denke daran, dass, so sehr ich der Pat. Erleichterung wünsche, ein Scheitern der Pharmakotherapie den mir angenehmeren Erfolg des psychodynamischen Therapieansatzes

wahrscheinlicher macht und sage: **"Ich muss Ihnen etwas zumuten – ich kann die Ärztin verstehen"** [13].

(Pat. :) **"Na, toll,"** flirtet sie mit mir, lächelnd, **"...ich gehe** [14], "weg von Ihnen" will sie andeuten und umfasst zur dramaturgischen Verdeutlichung kurz die Armlehne, so als wollte sie aufspringen.

(Th .:) In dem Bewusstsein, dass wir eben jetzt indirekt die für sie lebensstiltypisch nicht vorstellbare Möglichkeit, dass ein psychodynamischer Therapieansatz – sprich Beziehung – ihr helfen könnte, verhandeln, und aus meinem Ohnmachtserleben heraus, dass ich, so sehr ich sie mag, nichts effektiv Handelndes zur Linderung ihres akuten Leids beisteuern kann und, last not least, beflügelt von ihrem Charme, **entscheide ich mich, die größten Werkzeuge ins Spiel zu bringen, die mir zur Verfügung stehen – die Übertragungsbeziehung und eine existenzielle Fragestellung** [15]: **"Die Ärztin gibt Ihnen eindeutige Empfehlungen, die Ihnen nichts nützen und die Sie ohnehin längst kennen und ignoriert in der Situation unter Anderem, dass Sie ja bei einem Fachkollegen für Schmerztherapie in Behandlung sind. Ich denke, sie möchte sie retten. Denn Sie haben einerseits so etwas Gewinnendes, und, andererseits, wird Ihr Leid so spürbar...und dann will man Sie retten – das kenne ich auch !"** [16] Und dann, nicht nur, aber auch aus der Freiheit heraus, die entstanden ist, weil nichts anderes geholfen hat, setze ich in einer An-Deutung ganz auf meine psychodynamische These, dass die Migräne mit dem persönlichkeitsstrukturellen Fehlen des Schutzes vor Überforderung zusammenhängt: **"Aber es kann Sie niemand retten. Den Kampf, den Sie in sich führen, entscheiden Sie allein"** [17]. (Im Nachhinein denke ich, dass ich in dem Moment ein wenig indirekt, zum Unbewussten hin, versucht habe zu sprechen und, gleichzeitig auch mit der Patientin eine tiefe Überzeugung von mir teilen wollte [17]).

(Pat. :) Sie drückt die Zeigefinger, im rechten Winkel vom Kopf abstehend, in ihre Schläfen.

(Th .:) Ich tue es ihr nach, um das Gefühl dazu zu bekommen, was das bedeuten könnte, und erkundige mich dann: **"Hilft das, oder heißt das: 'Jetzt ist es genug'?"** [18]

(Pat. :) **"Ja, genug,...und, das sind auch so...Kopfschmerztriggerpunkte"**

(Th .:) Meine Zuversicht von gerade eben droht eine Delle zu bekommen. Habe ich Sie doch zu sehr belastet ? Andererseits habe ich getan, was ich konnte [19]. **"Gut, dann schlage ich vor, wir hören für heute auf. Sind Sie bereit, mir noch zum Abschluss zu sagen, wie Sie sich jetzt fühlen?"** [20]

(Pat. :) **"Die Kopfschmerzen haben zugenommen"**, sagt sie beunruhigenderweise, mir kommt sie dabei zu meiner Erleichterung nicht sehr gequält vor [21]. **"aber hier"**, sie zeigt auf Bauch und Brust, **"ist es erleichtert"**.

In der folgenden (122.), einer "Donnerstags-Stunde"...

(Pat.) eröffnet fröhlich und ohne Umschweife[22]: **"Ich habe zwei Tage freigemacht !"** um nach einer kurzen Pause meine unausgesprochene Frage nach dem Nachklang zur Vorstunde zu reflektieren: **"Nach Dienstag bekam ich noch sehr schwere Kopfschmerzen. Ich habe dann gleich Medikamente genommen und habe mich hingelegt. Um 15 Uhr bin ich dann wieder raus [Die Dienstagstunde hatte um 7:30 stattgefunden] und habe dann einen Spaziergang an der Elbe gemacht, das war toll – dafür die innere Erlaubnis zu haben. Irgendwie hatte ich dabei das Gefühl, dass die Stunde hier, wie schon das Mal davor, dass hier etwas angesprochen worden war, was 'ne andere Bedeutung hatte..."**[22]

(Th .:) **"Eine tiefere Bedeutung ?"**

(Pat. :) **"Ja, und dann dachte ich noch, am Donnerstag: 'Da würde ich gerne weiter machen, aber, wenn das dann auch so behindert wird durch die Migräne..."**[23]

(Th .:) hier werde ich hellhörig, bin erinnert an ihr Erleben, dass die Kopfschmerzen trotz

der vielleicht "richtigen" Intervention in der Vorstunde subjektiv zum Ende ja auch zugenommen hatten und denke: 'Es gibt noch einiges zu verstehen, was unseren gemeinsamen "Feind" angeht [23]; als sie "den Ball bereits weiter vorantreibt":

(Pat. :) **"Mich hatte am Dienstag morgen [der 121. Stunde] sehr berührt, dass Sie sagten, 'ich sei allein', aber das war in mir gar nicht so bedauernd...und, dass Sie sagten, 'dass ich da noch nicht geboren sei', fasste mich auch an, aber nicht im Sinne von: das ist so schrecklich...Und dann geht sie in einem großen tagtraumartigen Bogen einen Topos nach dem Anderen durch, so als füge sie spontan ein Puzzle-Teil an das Andere [24], um via innere mystisch anmutende Phantasiefiguren, die da so "miefig, träge und grau vor sich hingammeln" und von wo es scheine, als könne "man sich von denen doch nicht einfach so verabschieden, jetzt", schließlich wieder in der heutigen Realität zu landen: "...und dann das mit der Diplomarbeit, dass mich das so runterdrückt, da meldet sich jetzt jetzt eine Stimme, die sagt: Ich will das nicht mehr, dass mich das so drückt – wenn die 'ich-schaff-das-nicht-Panik' kommt, sage ich jetzt: 'Stopp, raus, die Panik ist mir nicht dienlich' [25]... []...Gestern war ich dann mit der 10. Migräne in diesem Monat beim Schmerzarzt, weil ich ja Angst hatte, zuviel von den Medikamenten zu nehmen und hatte ihm alles davon erzählt. Er widmete mir, wie üblich viel Zeit und dann wurde deutlich, der kann mir auch nicht helfen, eher handelt es sich um eine Kooperation auf gleicher Augenhöhe...auf jeden Fall ist das Topimaral, das Antiepileptikum, jetzt abgesetzt – er hat ja die Verläufe, und die zeigen eindeutig: es ist unter den Medikamenten eher mehr geworden [26].**

(Th .:) Der Eindruck dessen, was sich über mich gerade ergossen hat, droht mich möglicherweise in dieser Situation fast zu überfordern – ich hätte mich auch mit sehr viel weniger Verbindung, mit weniger Resonanz aus ihrer Seele zufrieden gegeben [27]. Vielleicht liegt es daran, dass ich versachlichend auf Bodennähe ziele, als ich frage: **"Und wie stark sind Ihre Kopfschmerzen seit Dienstag ?"**

(Pat. :) **"Auf der Skala bis 10 bei 2"** kommt die präzise Antwort der routinierten Patientin.

(Th .:) Nun etwas geerdeter, finde ich wieder zu meiner gewohnten Introspektions- und Reflektionsfähigkeit, um authentisch und Therapeutenrollenkonform kommentieren zu können: "Das war ganz, ganz viel, heute !" [28]

(Pat. :) **"Ja !" strahlt sie, "Und ich hab wieder mit dem Malen angefangen in den letzten 2 Tagen"**

(Th .:) **"Und wie lange haben Sie noch frei ?"**

(Pat. :) **"Ich habe heute wieder angefangen mit der Diplomarbeit." [29]**

3.1.2. **Zweite Darstellungsebene - GfK-orientierte Analyse des Erlebens (freie Assoziation) des Prozesses in Mikrobeziehungsmomenten (MBM) – die darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten**

- 1) Mir gefällt es, Pat. anzunehmen, die begabt sind und aufgrund psychischer (neurotischer) handicapps "nicht zum Zuge kommen". Wie sie neige ich dazu, mich aufgrund meiner lebensstiltypischen Antwort darauf, zu überfordern. Ich bin *inspiriert (G)*, weil ich eine *Verbindung (B)* im Wiedererkennen meines eigenen Schicksals erlebe.
- 2) Das mit der Überforderung kenne ich – und ich habe mich davon auch nur unvollständig befreien können
Ich bin *bewegt (G)*, weil (ich darin ein "altes" Gefangensein" wiedererkenne, wodurch) mein *Bedürfnis nach innerer Freiheit* unerfüllt ist
- 3) Der Erfolg der gemeinsamen Arbeit tut mir gut - *zufrieden (G)*, weil ich *Erfolg (B)* in meiner Arbeit erlebe.
- 4) Ich freue mich über Introspektion bei anderen Menschen: *Freude (G)*, weil ich damit *Fortschritt (B)* (im Sinne des Therapieanliegens) und *Getrenntheit (B)*(im Sinne meines Beziehungsideals) erkenne, indem sie, unabhängig von mir, ihr Selbst betrachtet
- 5) Nachdem einige "leichtere Steine aus dem Weg geräumt sind", wird deutlich, dass der Kampf nicht leicht wird, der "Gegner" ist groß und mächtig... *beruhigt und inspiriert (G)*, weil ich *Klarheit (B)* habe und eine gewisse *Herausforderung (B)* verspüre
- 6) Ich bin ganz froh, den "Arztblick" auf die Pat. werfen zu können, weil ich dann ihre Kontur – sie als Ganzes und außerhalb von mir – erkenne: *entschieden, auch sicher (G)*, weil ich *Getrenntheit (B)* erlebe, also Symbiosetendenzen konterkariere, letztlich meine *Unabhängigkeit (B)* schütze
- 7) Im Bewusstsein des Respekts für die Getrenntheit genießen wir beide die Vertrautheit und die Sicherheit – wir sind einander bekannt: *zufrieden (G)* im Sinne von *genießend (G)*, weil *Übereinstimmung (B) erlebend* (sie weiß, dass ich weiß) im *Respekt vor der Eigenständigkeit (Getrenntheit und Selbstbestimmung) des Anderen*
- 8)...aber eben auch aneinander interessiert, und: sicher in der Beziehungsgestaltung – "Ansehen" ist in dieser Situation adäquat dosiert. Assoziation: sie ist auch die Schauspielerin
Schon als Jugendliche hat sie erfolgreich ihre Umgebung damit in ihrem Sinne bewegen können – machtvoll!
Freude (G), weil sie *Interesse an mir (B)* zeigt (welches, eingestimmt durch das vorangehende subtile Geschehen, tiefer geht als bloße Selbstwertbefriedigung)
- 9) Nicht bange machen lassen – es wird schon etwas gehen zwischen uns: *(leicht) unsicher (G)*, ob es sich hier um eine Zurückweisung handelt, weil ich *effektiv sein und arbeiten zu können (B)* brauche
- 10) Ich leide mit – sie hat es wirklich schwer: *irritiert (G)*, weil ich *helfen können (B)* will

- 11) Mit Pharmakotherapie habe ich glücklicherweise nichts zu tun: *erleichtert (G)*, weil ich *Verbindung (B)* (via *Empathie*) zu ihr haben kann; so kann ich empathisch sein, ohne in die Versuchung zu kommen, (pharmakologisch) "retten" zu müssen
- 12) Zwischen uns klappt es jedenfalls: *zufrieden (G)*, weil die *Verbindung* (via *Empathie*) (B) zwischen uns spürbar ist.
- 13) Sie soll sich mal an meine Brust werfen und auf die Heilung durch psychodynamisches Verständnis und Empathie vertrauen. Was sollen die anderen Manöver...OK, sie muss da wohl noch zunächst durch einiges hindurch: *zuversichtlich (G)*, weil ich jetzt ausreichend *Sicherheit (B)* oder *Ermutigung (B)* erfahren habe, um mich mit dem *Bedürfnis, hilfreich sein zu können (B)*, was natürlicherweise *Nähe (B)* generiert, zu zeigen.
- 14) Wir können flirten, was deshalb so schön ist, weil ich weiß, dass sie jetzt nicht geht, und: sie zeigt mir gleichzeitig einen Teil von sich – wie leicht es ihr fällt, szenische Akzente zu setzen – zu schauspielern. [Bei der Bearbeitung kommt mir ein neuer Gedanke: Möglicherweise "schauspielert es sie" auch mitunter – ist das ursprünglich aus der Not geborene Schauspielern nicht vollständig unter ihrer bewussten Steuerung]: *erfreut (G)*, und gleichzeitig auch *erfrischt* und *angeregt (G)*, weil ein kleines Kaleidoskop von Bedürfnissen erfüllt ist: *Leichtigkeit* (durch das Flirten), *Getrenntheit* (indem sie sich ironisiert), *Klarheit* (dass jetzt nur noch die Beziehung als heilendes Agens bleibt) und *Sicherheit* (als Resultat der vorgenannten Bedürfnisse).
- 15) Beflügelt durch unseren Flirt, gehe ich "aufs Ganze" : *inspiriert (G)* ,weil ich eine Chance sehe, mich mit meinen Bedürfnissen nach *Authentizität* und *meine Kraft zu erleben* einzubringen.
- 16) Ich zeige mich ihr, einerseits empathisch ("in ihren Schuhen" und, andererseits, in der gegenüber-stehenden Position (Stirn an Stirn - konfrontativ) mit dem, wie ich sie wahrnehme und setzte damit noch einmal verstärkend auf unsere Beziehung: *energievoll (G)* ,weil meine *Bedürfnisse*, durch Klärung *hilfreich sein zu können (B)* und, in dem mich-Zeigen *Akzeptanz (B)* zu finden, erfüllt sind.
- 17) Obwohl dies für viele Menschen im Alltagsgespräch abschreckend wirkt, möchte ich sie gerne für diese gewinnen, die ich für wahr halte im Sinne meines Verständnisses der *conditio humana* – eine bildhafte Assoziation, die dem Affekt entspreche, wäre ein sonnenbeschienener Dorfplatz mit Boule-Spielern in Frankreich: *engagiert (G)*, weil ich die Chance sehe, die *Klarheit der Getrenntheit (B)* in unserer Beziehung zu fördern.
- 18) Nachdem ich mich begeistert engagiert habe und "vorangegangen" bin, möchte ich von ihr eine Rückkopplung: leicht *unsicher (G)*, weil ich nach meiner Intervention die Bestätigung unserer *Verbindung (B)* brauche
- 19) Meine lebensstiltypische Unsicherheit, nachdem ich mich etwas getraut habe, lässt mich mich erleben, dass ich in diesem Moment "leer ausgehe"... und deshalb auf eigene Möglichkeiten zurückgreifen – Rückversicherung aus den Ressourcen des Selbst: (im Grunde wie 17:) leicht *unsicher (G)*, weil ich nach meiner Intervention die Bestätigung unserer *Verbindung (B)* nicht bekommen habe, ist jetzt allerdings das Bedürfnis nach *Selbststabilisierung (B)* (durch Besinnung auf die eigenen Werte – "getan zu haben, was ich konnte") im Vordergrund.
- 20) Gleichwohl wünsche ich mir nach wie vor Verbindung, aber auch so etwas wie eine therapeutische Erfolgskontrolle – die Beziehung bleibt die relevante Bezugsgröße – wie hat sich das

in mir so Bewege auf sie ausgewrkt ? ..also setze ich nach: etwas *bedürftig (G)*, weil ich *Resonanz (B)* brauche.

21) Ja, was denn nun: *verwirrt (G)*, ob der mir fehlenden *Klarheit (B)* hinsichtlich der Dynamik der Psychosomatik.

22) Das Ambivalenz-Aushalten hat sich gelohnt – ich jubele innerlich: Ich bin *froh (G)*, weil der Einsatz sich gelohnt hat, sich ein *Erfolg (B)* eingestellt hat, indem die Verbindung offensichtlich trägt und Veränderung bewirkt

23) Sie formuliert und definiert die Problemstellung unserer gemeinsamen Arbeit, wie ich es besser nicht könnte: *Freude (G)* über die *Verbindung (B)*, die sich hier in der Übereinstimmung in der Problemsicht äußert

24) Ich erlebe mich belohnt und freue mich des Lebens, das, bei aller schwerwiegenden Symptomatik, auf einmal leichter erscheint: *froh und dankbar (G)*, weil ich *Leichtigkeit (B)* erlebe bei meinem *Bedürfnis, hilfreich sein zu können* (indem sie "von sich aus" ihre eigene Geschichte zusammensetzt)

25) Das gefällt mir – sie klettert sich nicht an mich; so können wir, "trotz" der Intensität der stattgehabten Verbindung, weiterhin unverstrickt kooperieren: *einverstanden (G)*, weil die *grundsätzliche Getrenntheit (B)* zwischen uns (und damit meine Beziehungskonzeption) erhalten bleibt

26) (Wie "13" – *inspiriert (G)*, weil mein Bedürfnis *hilfreich sein zu können* erfüllt ist, und) Ich erlebe, die Übereinstimmung in der Abkehr von der Hoffnung auf psychopharmakologische Heilung als Erfolg und gleichzeitig durch das schwer Beeinflussbare (die Migräne nimmt situativ zunächst zu) auch eine gewisse Last (gerate ich in den Fokus zu großer Erwartungen, mache ich Heilsversprechen – vertraue ich selber wirklich auf meine Methode?) letztlich bin ich: *froh (G)* über die *Übereinstimmung (B)*, allerdings auch etwas *unsicher (G)*, weil ich befürchte, dass (bei zu viel Anlehnung ihrerseits) meine *Leichtigkeit* und *Bewegungsfreiheit (B)* verloren gehen könnten.

27) Jetzt habe ich die Fantasie "es ist zu viel, zu hoch fliegend, ich bekomme zuviel Bedeutung (Macht)"... und möchte wieder zur Erde: *besorgt (G)*, meine *Freiheit (B)* (in der Beziehung) nicht erhalten zu können, (indem es zu ungunter Nähe kommt).

28) In Linie mit "26" versachliche ich weiterhin, bin also noch: *besorgt (G)*, weil ich (noch mehr) *Rückversicherung (B)* brauche, dass Distanz und Verbindung gleichzeitig möglich sind.

29) Es ist genug, sie soll jetzt gehen: *erschöpft (G)*, weil ich *Erholung (B)* brauche

3.1.3. Dritte Darstellungsebene – Erste Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens - der darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten

Die Falldarstellung soll im Folgenden zur genaueren Untersuchung in vier Beziehungsszenen untergliedert werden:

- 3.1.3.1. Die narrative Einleitung, in der einige essenzielle Fakten zu Anamnese, bisherigem therapeutischen Prozess und zur Persönlichkeit der Patientin präsentiert werden. (Die Einleitung wird zur sprachlichen Vereinfachung ebenfalls als 'Beziehungsszene' bezeichnet. Auf sie folgt die Darstellung der Vignette, die sich ihrerseits in drei Beziehungsszenen gliedert:)
- 3.1.3.2. Begrüßungsszene, (in der noch kein Topos verbal behandelt wird)
- 3.1.3.3. Interaktion 1. Teil (die "Dienstagsstunde") und
- 3.1.3.4. Interaktion 2. Teil, (die "Donnerstagsstunde")

In der vorliegenden dritten Darstellungsebene wird die zweite Darstellungsebene (Erste GfK-Bearbeitungsphase = freie Assoziation + darauf bezogene G(efühl) + B(edürfnis)-Analyse) insofern verdichtet, als dass *die für das Erleben des Therapeuten wesentlichen Bedürfnisse (des Therapeuten)* auf jede der oben benannten vier Szenen bezogen fokussiert und herausgearbeitet werden, also wird das, was ungeordnet bereits in der zweiten Darstellungsebene ermittelt worden ist, jetzt in der Szene verstanden. (Die Zahlen in runden Klammern weisen auf die Nummerierung der einzelnen Beziehungsmomente aus der ersten GfK-Bearbeitungsphase hin):

ad 3.1.3.1.- Einleitung

Dabei handelt es sich im Grunde um eine kurzgefasste Darstellung der Auswirkung des bisherigen therapeutischen Prozesses auf den Therapeuten. Die Auswirkung auf den Therapeuten findet ihre Abbildung darin, was jener für wichtig hält, um den Leser ausreichend ins Bild zu setzen, "worum es in diesem Fall geht" – präziser: was er als essenzielle Informationen zu den Rahmenbedingungen für die nachfolgend dargestellte Begegnung erachtet (hinsichtlich Anamnese, bisheriger Prozess und Patientenpersönlichkeit).

Vier für die in der Vignette dargestellte Interaktion *relevante* Bedürfnisse des Therapeuten lassen sich bereits in dieser Einleitung erkennen:

- 1) Das *Wiedererkennen des Eigenen im Anderen (MBM 1 u. 2)*, was als spezifische Form des grundsätzlichen menschlichen Bedürfnisses nach Verbindung aufgefasst werden kann, wie es sich für die Therapeutenposition anbietet;
 - 2) das Bedürfnis nach *Erfolg und Resonanz in einer Beziehung (MBM 3)* klingt an im Hinweis auf das (therapeutisch) bisher Erreichte;
 - 3) quasi als Vorbote für das, was sich später in der Interaktion als affektiv hochintensiv herausstellen soll, fällt mir für diese einleitende Narration eine Äußerung der Patientin ein, die meinem Bedürfnis nach einer *Beziehungsrealität mit ausreichender Getrenntheit (MBM 4)* entspricht (wie sie sich in der Eigenzuständigkeit demonstrierenden Selbstreflexion äußert);
 - 4) die Erfüllung des Bedürfnisses nach *Klarheit (MBM 5)*, in diesem Fall, hinsichtlich der Größe und Form der Arbeitsaufgabe (nämlich der Psychosomatik der Migräne), wirkt beruhigend, was vor dem Hintergrund der ohnehin quälenden unausweichlichen Prominenz des Symptoms, sowohl im Leben der Patientin als auch in der Therapie, einen gewissen Trost bietet.
- Zusammenfassend bilden sich bereits in dieser einleitenden Narration Bedürfnisse auf Seiten des Therapeuten ab, die sich als Motivation für das Verhalten des Analytikers in der eigentlichen

Interaktion als relevant herausstellen werden.

ad 3.1.3.2. – Begrüßungsszene

Dieses (im Vorklang auf die dann folgende Interaktion) im Therapeuten stattfindende assoziative Szenario entspricht zum einen noch einmal dem Bedürfnis nach einer *Beziehungsrealität mit ausreichender Getrenntheit* (MBM 6 u. 7), innerhalb derer, in dieser Situation non-verbal, der Respekt vor der Freiheit beider Seiten, Tempo der Nähe-Distanz-Regulation zu bestimmen ge- und erlebt werden kann, wodurch sich die (auf die *Erfüllung* des Bedürfnisses hinweisenden) positiven Gefühle von Sicherheit und Zufriedenheit erklären. Dieser im Realen vielleicht 1-2 Minuten währenden Sequenz mag in dieser Situation die Funktion einer schnellen Rückversicherung unseres Beziehungsstandards zukommen. Sie wird beendet und damit gleichzeitig zur verbalen Interaktion übergeleitet durch den die Nähe intensivierenden Blick, der vom Therapeuten mit freudigem Gefühl registriert wird, da er das *Interesse an seiner Person* (MBM 8) signalisiert.

ad 3.1.3.3. - Interaktion 1. Teil (Dienstagsstunde)

Das gerade eben noch befriedigte Beziehungs-(Nähe-)Interesse des Therapeuten (welches zu einer Art "Arbeitseifer" geführt hat) bekommt zunächst einen kleinen Dämpfer, der sich gefühlsmäßig als Verunsicherung beim Therapeuten niederschlägt, inwieweit er mit seinem Bedürfnis *effektiv sein und arbeiten (helfen) zu können* (MBM 9) "zum Zuge" kommen wird.

Wie eine Präzisierung des essenziellen (analytischen) Beziehungsaspektes – Verbindung via Empathie ohne der Versuchung "retten zu wollen" zu verfallen – fungieren die folgenden drei Beziehungsmomente (MBM 10, 11, 12), in denen nacheinander die Bedürfnisse des Therapeuten *helfen können zu wollen* (MBM 10), *Verbindung anbieten* (MBM 11) und *Verbindung erleben* (MBM 12) angesprochen werden.

Es ist, als hätten wir uns, von unbewusst zu unbewusst, darüber verständigt, 'wie es nicht geht'. Dabei ist die Patientin die aktiv Kommunikation Gestaltende gewesen, was zu einer Situation führt, als wollte sie sagen "und nun, was können Sie mir anbieten?". Weil meine Bedürfnisse nach *Sicherheit* und *Ermutigung* (mittlerweile) ausreichend befriedigt sind, kann ich mehr Nähe riskieren und mich mit meinem *Bedürfnis, mich zu zeigen* (MBM 13) und (bei aller Gefahr der Grenzverletzung in der resultierenden Nähe) *helfen können zu wollen* (MBM 13) positionieren. Auf der Ebene von vor- bzw. unbewusst zu unbewusst verständigen wir uns darüber, dass, wenn es jetzt "spruchreif" wird, dass die pharmakologische Therapie ausgereizt ist, nur noch Beziehung helfen kann. Eben darum "verhandeln" wir so sorgfältig.

In diesem Sinne reagiert sie (unbewusst) folgerichtig durch die spielerische Andeutung, nun fortzulaufen. Es kommt zum Flirt, bei dem, (wie es nur das Unbewusste derart schnell produzieren kann) dramaturgisch genial die schweren und in der Tiefe bedrohlichen Verhandlungen dadurch unterstützt werden, dass auch das Bedürfnis von *Leichtigkeit* (MBM 14) Berücksichtigung findet, nicht ohne dass allerdings die auf den zentralen Beziehungskonflikt bezogenen Bedürfnisse nach *Klarheit* und *Getrenntheit* (MBM 14) weiter bedient werden (durch ebendie psychodramatische Darstellung dass es ihre autonome Entscheidung ist, *nicht zu gehen*). Der Therapeut spürt die durch diese Mehr-Stimmigkeit (der Bedürfniserfüllung) erreichte weitere Intensivierung des Beziehungsgeschehens indem er gefühlsmäßig Freude, Inspiration und Erfrischung erlebt. Derart (durch bedürfnisadäquate Zufuhr) inspiriert und euphorisiert, öffnen sich im Therapeuten Zugänge zu tieferen Schichten – werden Bedürfnisse wirksam und damit deren (Ver-)Äußerung freigegeben, die normalerweise zurückgehalten - in ihrer Äußerung gehemmt werden. In den nächsten 2 Beziehungsmomenten (MBM 15 u. 16) kann der Therapeut deshalb das Risiko eingehen, sich mit dem *Bedürfnis, seine Kraft zu erleben* zu zeigen. Das findet seinen Ausdruck darin, dass er einerseits die auch für ihn selbst "großen", existenziellen Themen einbringt (conditio humana, existenzielle Einsamkeit) und andererseits, in der Übertragungsbeziehung, sich selbst offenbart und den schwierigen Spagat zwischen Empathie und Konfrontation wagt (Mitfühlen mit dem

(Migräne-)Leid bei gleichzeitiger "Realitätskonfrontation" mit den existenziellen Topoi). Dieser Spagat scheint notwendig, um in der entstandenen Nähe und Intensität den symbiotischen Tendenzen zu widerstehen – anders gewendet: den zentralen beziehungsdefinitiven Aspekt der Getrenntheit jetzt beziehungs*handelnd*, also interaktionell real in die Szene zu setzen. Um das *aus dem Bedürfnis der Sicherheit* heraus nochmals zu unterstreichen; buchstabiert der Therapeut die existenzielle Einsamkeit am Punkt der Krankheit aus (MBM 17), *Getrenntheit* expressis verbis – am Beispiel der Krankheit. In der Tiefe spielt in diesem Zusammenhang auch das Bedürfnis des Therapeuten nach *Verbindung* eine Rolle, welches sich in dem Wunsch, 'sie (als Verbündete) gewinnen zu wollen, abbildet (auch der Therapeut leidet unter gesellschaftlichen Umständen, unter denen es wenig Bewusstheit für diese (Gewaltfreiheit sichernde) Beziehungskonzeption gibt). Nachdem in dieser Weise 'Getrenntheit' betont worden ist, äußert sich, quasi kompensatorisch, im Therapeuten das Bedürfnis nach Verbindung in Form ("im Gefühl") einer Unsicherheit wach, er braucht die *Rückversicherung, dass die Verbindung intakt ist*, durch sein sich Vorwagen keine nachhaltige Irritation eingetreten ist und bietet deshalb, im Grunde werbend, Empathie an, die nicht zufällig körpernah ist (MBM 18).

Als er durch ihren Hinweis auf die Kopfschmerzen verunsichert wird – Befürchtung: der gemeinsame Feind ist nicht in die Flucht geschlagen worden und sie möglicherweise von der Stunde frustriert, weil ihrem Leid nicht adäquat begegnet wurde – nimmt er zur *Selbststabilisierung*, Zuflucht zu einem 'mentalen Konzept': ich habe getan, was ich konnte (MBM 19). So, quasi intrinsisch selbststabilisiert, macht der Therapeut einen zweiten Anlauf, um seinen Bedürfnissen nach *Resonanz* und *Verbindung* nachzukommen: er bietet der Patientin (wiederum körpernahe) Empathie, indem er auf ihre Erschöpfung (kommunikatorisch) handelnd eingeht ("...machen wir Schluss für heute") und berücksichtigt gleichzeitig implizit, dass, das eben Stattgefundene für die Patientin ebenfalls aufwühlend (weil eine signifikante Angstbegegnung) gewesen ist, indem er, quasi erneut 'empathisch handelnd', ihr Autonomiebedürfnis besonders sorgfältig respektiert, wenn er fragt, 'ob sie bereit sei', noch zu sprechen (MBM 20). In der betont vorsichtigen Erkundigung liegt die Abstandswahrung und zu gleichen Teilen die in diesem Moment relevante (traumakorrigierende) Botschaft an die Patientin: Sie bestimmen (mit) – es passiert nichts ohne ihr Einverständnis. Darüberhinaus mag der Therapeut, der die eigene Bedürftigkeit (nach Resonanz) spürt, in der Vorsicht, auch durch den (missbrauchsprophylaktischen) Schutz der Patientin vor seinem Drängen, motiviert sein.

Die Entgegnung der Patientin belässt den Therapeuten, der die *Klarheit*, die er gerne gehabt hätte (ob die Patientin die Stunde nun, ähnlich wie er, eindeutig positiv verbucht), nicht bekommt, leicht verwirrt (MBM 21). Die therapeutenrollenkonforme Rationalisierung, dass sein Wissen über Psychosomatik nicht ausreicht, um die körperlichen Phänomene zu deuten (auf der einen Seite zeigt sie Entspannung – Bauch und Brust fühlen sich erleichtert an – und auf der anderen Seite setzt ihr 'der Hauptfeind', die Migräne, sogar momentan mehr zu) hilft ihm, damit zurecht zu kommen. So geht er, unterm Strich, mit nur teilweise befriedigten Bedürfnissen nach *Klarheit* (betreffs der Psychosomatik) und *Erfolg* (betreffs Erleichterung und damit Nutzen für die Patientin) aus der Stunde.

ad 3.1.3.4. - Interaktion zweiter Teil (Donnerstagsstunde)

Die zweite Stunde dieser Vignette bringt aus der Perspektive des Therapeuten für ihn reichhaltige Gratifikation - der Einsatz und das eingegangene Risiko auf der Beziehungsebene haben sich gelohnt: Die Patientin ist im Anschluss an die Vorstunde mehr als je zuvor in der Lage gewesen, für sich Verantwortung zu übernehmen und in einer günstigen Weise, alte Selbstüberforderungsmuster konterkarierend, für sich selbst zu sorgen.

Indem sie (sonst eher schizoid orientiert) dies ohne Umschweife spontan am Anfang der Stunde zur Verfügung stellt, erlebt der Therapeut dies wie eine unmittelbare äußere und innere Fortführung des Geschehens der Vorstunde und freut sich über den in der Übertragungsbeziehung

erzielten *Erfolg* sowie die innerhalb der ersten Sekunden wieder hergestellten *Verbindung* (MBM 22).

Das Bedürfnis nach *Verbindung* wird auf der Ebene der Übereinstimmung hinsichtlich der Problemsicht gleich noch einmal bedient, und damit die Freude intensiviert (MBM 23).

Als die Patientin daraufhin - weiterhin spontan aus eigenem Antrieb - auch die (dem Therapeuten wichtige) existenzielle Thematik aufgreift und diese, zusammen mit einer realistischen Einschätzung ihres aktuellen Entwicklungsstandes überzeugend in ihr Selbstbild integriert, stellt sich beim Therapeuten neben der Freude Dankbarkeit ein über die *Leichtigkeit*, mit der sich das *Bedürfnis, hilfreich sein zu können* (als therapeutenspezifische des Bedürfnisses nach Erfolg) in diesem Moment umsetzt (MBM 24).

Wie ein (aus mehreren Momenten der Vorstunde bekanntes) essenzielles Ingredienz, welches an dieser Stelle "wieder aufgefrischt", wird wirkt der in diesem Moment (erneut) großer Beziehungsintensität erfolgende Hinweis auf die *grundsätzliche Getrenntheit*, hier in Form ihrer Eigen(zu-)ständigkeit bei der Bewältigung zwischenzeitlichen akuten Panikerlebens. Diese *aktuelle Rückversicherung* wird auch dieses Mal von seiten des Therapeuten mit Einverständnis quittiert. Ebenfalls wie ein Rekurren auf in der Vorstunde bereits etablierte (neue) Beziehungssentials zwischen uns und damit wie eine weitere Intensivierung der Übertragungsbeziehung, wirkt das von ihr jetzt – durch die Darstellung des (tags zuvor von ihr betriebenen) Besuchs beim zweiten "Schmerzarzt" - noch einmal betonte Scheitern der Pharmakotherapie für die Migräne.

Die (für den Therapeuten essenzielle und in ihrer Bedeutung hoch besetzte) Beziehungsdefinition der Gleichzeitigkeit der Essentials (intersubjektive) Einfühlung und Getrenntheit wird während der gesamten Interaktion von seiten der Patientin nicht nur präzise eingehalten, sondern darüber hinaus, überzeugend mit Leben gefüllt. Trotzdem (oder deswegen?) erlebt der Therapeut in der resultierend entstandenen Beziehungsnähe eine diskrete Bedrohung – es könnte ihm "zu viel werden", vielleicht eine nicht mehr von ihm ausreichend kontrollierbare Situation entstehen, um die professionelle Rolle aufrechterhalten zu können. Um dem darin impliziten Bedürfnis nach Sicherheit nach zu kommen, steuert er die distanzierendere Ebene der Sachinformation (Intensitätsstärke der Migräne nach der Vorstunde und Zeitmanagement) an (MBM 27 und 29), nicht ohne noch einmal die (empathiebasierte) Übereinstimmung des Gefühls als Ausdruck der Verbindung beider Beteiligten festzustellen (MBM 28).

3.1.4. Vierte Darstellungsebene - zweite Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens, der Gefühle und Bedürfnisse des Therapeuten unter der Fragestellung: *Wo trägt der Therapeut entscheidend aktiv zur Gestaltung des interaktionellen Geschehens bei ?*

In den vorangegangenen Darstellungen war zunächst der Fall „roh“ (s. 3.1.1.), dann als unsystematische Analyse von Gefühl und Bedürfnissen des Therapeuten (s. 3.1.2.), und, zuletzt, verdichtet zu einer „Geschichte“, in welcher aus der Empathie für die (Bedürfnis-abhängige) Position des Therapeuten heraus versucht wurde, die innere Kohärenz des interaktionellen Geschehens darzustellen (s. 3.1.3.) .

In dieser vierten Darstellungsebene soll die Frage beantwortet werden: Wo greift der Therapeut *aktiv* in das Übertragungsgeschehen ein ? Dies wird als ein sehr direkter Ausdruck des Bedürfnisses des Therapeuten gewertet, da davon ausgegangen werden kann, dass die Initiative eines Menschen (aus manifester Not oder anderen Motiven) immer einen deutlichen Ausdruck eines Bedürfnisses darstellt. Die Analyse auf dieser Ebene wird zeigen, dass dies in zwei Beziehungsmomenten geschieht, wo er sich in seinen Möglichkeiten und Begrenzungen zeigt, indem er seine Bedürfnisse in das zwei-Personen-Geschehen zum eigenen Wohlergehen zwar indirekt, aber nichtsdestotrotz nachdrücklich einbringt.

(Die Zahlen in runden Klammern weisen wieder auf die Nummerierung der einzelnen Beziehungsmomente aus der zweiten Darstellungsebene hin)

Das zentrale, weil affektiv am höchsten aufgeladene, Beziehungsgeschehen findet zwischen den mit „13“ bis „17“ bezeichneten Mikrobeziehungsmomenten – dem „Flirt“ - statt. (Diese Mikrobeziehungsmomente, könnten, etwas hölzerner, aber präziser, auch „Therapeuten-Bedürfnis-Manifestationen“ heißen).

Hier riskiert der (aufgrund des vorangegangenen vorbereitenden Beziehungsgeschehens) bereits beflügelte, d.h. etwas euphorisierte und agitierte Therapeut der Patientin gegenüber soviel Beziehungsangebot (s.o., dritte Darstellungsebene), wie er zu geben in der Lage ist. Aus einer starken eignen Motivation heraus, nimmt er an diesem Punkt „das Heft in die Hand“ und sagt der Patientin implizit, was bewusst formuliert – *expressis verbis* – so lauten würde:

1. Ich erkenne, dass die bis zur ultima ratio ausgereizte Pharmakotherapie gescheitert und gleichzeitig Ihr schweres Leid hinsichtlich der Migräne unverändert ist (MBM 13)
2. Ich kann Ihnen keine Rettung anbieten, indem ich Ihnen das Leid nehme, aber ich gebe Ihnen gerne das, was ich anbieten kann – Beziehung, bei der Sie Sie und ich ich bleiben (MBM 15 - 17)
3. Damit versuche ich Ihnen zu helfen, sich selbst „zu retten“

Faszinierend und bewusst dramaturgisch kaum so prägnant umzusetzen, ist, wie sie in dieser Sequenz nach meiner (Realitäts-)Anerkennung der ausgereizten Pharmakotherapie, zu ahnen scheint, dass es jetzt „um Beziehung gehen“ muss.

Indem sie (schau-)spielerisch demonstriert (und wohl so gleichzeitig auch Ihre Angst bewältigt), dass sie *eben nicht* geht und, zeigt sie (und entscheidet möglicherweise auch erst in diesem Moment), dass sie bereit ist, Beziehung zu riskieren - so wenig sie hier auf vertrautes „sicheres“ Terrain zurückgreifen kann. Es ist, als sagte sie:

Obwohl mir, jetzt, wo ich mich, nach Scheitern der Pharmakotherapie, nur noch auf Sie verlassen

kann, lebensstiltypisch „nach Weglaufen ist“, riskiere ich, Ihnen zu vertrauen.

So riskieren wir beide etwas, jeder auf seine bzw. ihre Weise und (!) zum gegenseitigen Gewinn.

Was also hier im Grunde atemberaubend schnell „auf den Punkt gebracht wird“, ist, jenseits der Auseinandersetzung mit ihrer konkreten Symptomatik, etwas viel Grundsätzlicheres: Es ist die Thematisierung der Aufhebung ihres kollusiv-neurotischen Beziehungsmusters – exemplarisch „biographisch gesprochen“: die Befreiung von der Beziehungs-Geißel, die aus der Erfahrung mit der alkoholkranken symbiotischen Mutter resultiert, welche nach missglücktem Suizidversuch aus der Klinik kommend formulierte: Ich bleibe deinetwegen am Leben.

Deshalb ist es so entscheidend, dass wir das Beziehungsmodell zwischen uns möglichst präzise verhandeln und dabei, neben dem Erleben der Verbindung, die Getrenntheit als zweiten integralen Bestandteil einer gesunden Beziehung immer wieder betonen – als Aufhebung der Illusion der dauerhaften Verschmelzung als Negation der *conditio humana*.

Und eben hier sind unser beider Bedürfnislagen grundsätzlich identisch, weshalb die eigentliche Verhandlung zwischen uns die Metaebene (iggs., z.B., zur Symptomebene) implizit oder explizit ansteuern muss! Es ist für sie so essenziell wie für mich, was die bilaterale hohe affektive Besetzung – und letztlich die „therapeutische“ Wirkung der beschriebenen Interaktion, erklärt. Das bedeutet auch: Die motivationale Basis für mein Verhalten in der Interaktion sind meine *Bedürfnisse nach Verbündeten (Verbindung) und Schutz*. Wobei das Bedürfnis immer dort zum Tragen kommt, wo ich die Getrenntheit entweder zufrieden begrüße oder sogar manifest betone (s.o., 3.1.3.).

Das Bedürfnis nach Schutz auf seiten des Therapeuten wird besonders in der zweiten Szene, in welcher dieser das Beziehungsgeschehen aktiv steuert, deutlich. Gemeint ist die mit den Ziffern 27 - 29 markierte Abschlusssituation der „Donnerstagsstunde“.

In dieser Sequenz bringt der Therapeut den „Ball“ nicht nur wegen des bevorstehenden Stundenendes „wieder flach auf den Boden“. Er ist erschöpft von der Intensität des Stattgefundenen, welches auch in ihm, durch die überwältigende Resonanz auf seiten der Patientin noch zusätzlich gesteigert, alte Schmerzen und Mangelenerlebnisse hat anklingen lassen. So, als wollte er sagen: Das konnte ich, vielen Dank, aber jetzt bin ich erschöpft.

Last not least soll das Offensichtliche für alle Fälle kurz bezeichnet werden: Der gesamte Kontext dieser Interaktion führt zu den oben dargestellten beiden zentralen Begegnungen hin, quasi vorbereitend bzw. einkleidend. Bereits der Vorklang zur realen Interaktion, wie er sich in der Einleitung, aber auch in der Begrüßungsszene abbildet, enthält die zentralen Topoi der Bedürfnisse des Therapeuten.

Fokussiert man, zusammenfassend, noch einmal beide oben dargestellten zentralen Sequenzen, in denen der Therapeut aktiv steuerte (MBM 13-17 u. 27-29), so riskiert der Therapeut im „Flirt“, in dem er seine Möglichkeiten zeigt, enttäuscht (weil zurückgewiesen) zu werden, in der zweiten Sequenz dagegen, seinerseits zu enttäuschen, indem er seine Begrenzung „zumutet“. Auch dies ist nur noch eine weitere Abbildung des hier in mehrfacher Weise verhandelten zentralen Beziehungskonzepts, welches als genuin psychoanalytisch bezeichnet werden kann.

Das Resultat vor allem der ersten Begegnung der beiden zentralen abgebildeten Sequenzen hat die Qualität eines Now-moments im Sinne von D. Stern (s.a. 5.4.2.5. und Fußnote 84). Mit E.Fromm könnte man auch sagen: hier analysiert der Therapeut den Patienten und umgekehrt, der Patient den Therapeuten, wobei diese Analyse, die man auch ein wechselseitiges Erkennen des Anderen in der

Tiefe nennen könnte, weitgehend unbewusst „passiert“ (s.a. 1.1.1.) . Es handelt sich im Sinne des Sternschen Now-moments um ein Geschehen jenseits des normalen therapeutischen Repertoires, ein Geschehen, das sich vor allem dadurch charakterisiert, dass es Veränderung zeitigt.

3.1.5. Fünfte Darstellungsebene - Abstraktion der vierten Darstellungsebene in dem Versuch, dadurch Elemente einer allgemeingültigen Theorie zu gewinnen.

In dieser fünften Darstellungsebene soll die Frage beantwortet werden: Welche Erkenntnisse können aus der dargestellten Analyse (der in der therapeutischen Situation wirksamen Bedürfnisse des Therapeuten) im Sinne einer grundsätzlichen Anwendbarkeit gewonnen werden? Lassen sich, anders formuliert, aus den interpretierten Beobachtungen praxisrelevante Elemente einer Theorie der Empathie formulieren?

(Die Zahlen in runden Klammern weisen wieder auf die Nummerierung der einzelnen Mikrobeziehungsmomente aus der ersten Darstellungsebene hin)

3.1.5.1. Theoretische Ausgangsposition für die zur Theorieelementbildung durchgeführte axiale Kodierung – und, unter anderem: eine "Leseanleitung"

Die interaktionell ausgetragene grundsätzliche Frage

Bei der (in den vorangehenden vier Darstellungsebenen bearbeiteten) Kasuistik wird eine Beziehungssituation von der Qualität eines Sternschen *Now Moments* dargestellt. Das heißt, es handelt sich dabei um eine Begegnung, bei der der Therapeut nicht in dem gewohnten Maß auf etablierte Behandlungstechnik zurückgreift, also Unvorhergesehenes sich spontan in der Interaktion entwickelt, und die (folgt man Stern) aufgrund der daraus resultierenden psychischen Tiefenwirkung ein relativ hohes Veränderungs-(Entwicklungs-)Potenzial hat – insofern therapeutisch relevant ist.

Das in der dargestellten Interaktion abgebildete Unvorhergesehene besteht darin, dass das therapeutische Gespräch hier, initial ausgehend von einem symptomzentrierten Topos, spontan dazu progrediert, dass zwischen den beiden Beteiligten sehr grundsätzlich verhandelt wird, *was bzw. wie zwischen zwei Menschen gehandelt (interagiert) werden kann, sodass es für den Unterstützung Suchenden hilfreich ist.*

Für die konkrete Therapiesituation entspricht diese Verhandlung einem akribischen bilateralen Abtasten, zur Klärung, ob eine bipersonale Situation kreierbar ist, in der *Zugewandtheit und Engagement für den Anderen unter Wahrung der Freiheit jedes einzelnen Beteiligten, also jenseits symbiotischer Illusionen*, möglich sind.

Abstrakt geht es um die Frage, ob der existenzielle Widerspruch zwischen *Bindung* und *Freiheit* im *dialektischen* Sinne - als eine neue Qualität jenseits von falschen Alternativen, bei denen das eine auf Kosten des anderen geht – auf-"gelöst" werden kann (iggs. zu manchen modernen, auch psychodynamischen Behandlungs-Techniken). Diese abstrakte Fragestellung wird als prinzipiell jeder menschlichen Beziehung immanent und damit letztlich auch im (diese Interaktionen im Sinne von Repräsentanzen abbildenden) intrapsychischen Geschehen als unausweichlich aufgefasst. Sie kommt (konkret äußerlich) immer dann zum Tragen - wird relevant - wenn es um ein Aufeinandertreffen unterschiedlicher Vorstellungen zweier interagierender Individuen – psychoanalytisch: um einen Konflikt – geht.

Dort, wo, wie in der dargestellten Therapiesituation, eine Ausformung (Version) dieses grundsätzlichen menschlichen Beziehungskonfliktes anklingt bzw. wirksam wird, wird diese in dieser fünften Darstellungsebene im Folgenden als *existenzieller zentraler Beziehungskonflikt (EZBK)* (axial) kodiert (s.a. 2.6.5.).

Angewandt auf die "Behandlungssituation", ist die Verhandlung um den EZBK aus der "unbewussten Sicht" der Patientin auch formulierbar als: *Ist der Therapeut im Sinne einer genuin psychoanalytischen Haltung (im Sinne einer nicht neurotischen "Lösung" des EZBK) glaubhaft? Akzeptiert man die in der Folgestunde dokumentierte Bewegung der Patientin als plausiblen und*

validen Bewertungsparameter, so scheint die zwischen den Beteiligten ausgetragene Verhandlung um den EZBK in dieser Situation "gelöst" für die Patientin im wesentlichen insofern glücklich (nicht neurotisch) beantwortet worden zu sein, als dass sie neue Freiheit für ihre Selbstbewegung erlangt hat.

Im Folgenden soll nun versucht werden, die bisher unter dem Fokus der Selbstempathie für das Verhalten des Therapeuten in dieser Situation gewonnenen Daten (Darstellungsebenen 1-4) zu Elementen einer Theorie *in bezug auf den EZBK* zu verdichten. (Die Zusammenstellung der aus dieser und den (aus den noch nicht erkenntnisausgewerteten) anderen Falldarstellungen gewonnenen Elemente und deren Fortentwicklung zu einer vollständigeren Theorie erfolgt im Teil IV der Arbeit – hier soll also zunächst nur der sich aus dem Bearbeiten dieses Falles gewonnene wesentliche neue (erste) Erkenntnisgewinn fokussiert werden).

Klärung der verwendeten Begrifflichkeit

In der folgenden Untersuchung zur Theoriebildung werden zur Betrachtung der o.g. Fragestellung (inwiefern der EZBK im Sinne der psychoanalytischen Grundhaltung "gelöst" wird) einige Begriffe wie folgt definiert, benutzt:

Für jeden der beiden Pole des EZBK werden verschiedene Begriffe synonym verwendet [Diskussion dazu unter IV] :

- für den Pol der Bindung: *Verbindung, Vereinigung, Gleichklang, Übereinstimmung, konkordante Gegenübertragung;*
- für den Pol der Freiheit: *Getrenntheit, (Perspektive der) komplementäre(n) Gegenübertragung, (Position des) Gegenüber(s)*

Für die Lösung des EZBK im Sinne der Ermöglichung einer gleichzeitigen Befriedigung (der Bedürfnisse) an *beiden* Polen des EZBK wird der Begriff *dialektische Synthese* oder *dialektische Lösung* verwendet

für das Gegenteil: *kollusiv, verstrickt, neurotisch, undialektisch*

Durchgängig werden auch die Abkürzungen *MBM (+Ziffer)* für die ab Darstellungsebene 1 mit Zahlen markierten Mikroskopischen Beziehungs-Momente (wie bisher), sowie *EZBK* verwendet.

Leseempfehlung – Nachvollziehbarkeit

Um die komplexe Herleitung des an diesem kasuistischen Beispiel generierten punktuellen Theoriebildung nachvollziehbar zu machen, wird folgende Leseanleitung vorgeschlagen: Bei dem durchgängig vorgenommenen Bezug auf die MBM (Mikrobeziehungsmomente, Definition s. 3.1.2.) ist es wahrscheinlich unumgänglich, sich diese durch ein Zurückblättern zur Darstellungsebene Eins und Zwei zu vergegenwärtigen. Die Darstellungsebenen Drei und Vier werden bei dieser theoriegenerierenden Auswertung als bekannt vorausgesetzt (und können bei Bedarf ebenfalls als Referenz herangezogen werden).

Die eingesetzte Beobachtungsperspektive

Da für die Nachvollziehbarkeit der Theoriegewinnung die Transparenz essenziell ist, sei an dieser Stelle noch einmal die Spezifität der hier eingesetzten Methode hervorgehoben: Die Beobachtungsperspektive ist durch das (in jedem MBM jeweils erkennbare relevante) *Bedürfnis des Therapeuten* festgelegt.

Die derart (in Form der MBM) vorgenommene Kodierung [s.a. Abschnitt II] der beschriebenen Interaktion zwischen Patientin und Therapeut (Kasuistik) ist auf den Einfluss der gewaltfreien Kommunikation auf diese Arbeit zurückzuführen. Letzteres soll an dieser Stelle aus Gründen der Nachvollziehbarkeit (im Sinne des *Wie wurde betrachtet* ?) erwähnt werden.

Die einführend erklärenden Grundlagen für die Anwendung der Methode finden sich in Abschnitt II.

3.1.5.2. Die zwei Hauptbeobachtungskriterien (zur Generierung von Theorie) in bezug auf diese Kasuistik bilden die 2 Pole des existenziellen zentralen Beziehungskonflikts

Betrachtet man die vorliegende Kasuistik (s. Darstellungsebene 1) unter dem in 3.1.3.1. dargestellten grundsätzlichen Fokus, so lassen sich mikroskopische Beziehungsmomente (MBM) isolieren, die *entweder* dem Bedürfnis (des Therapeuten) nach *Trennung* oder dem Bedürfnis (des Therapeuten) nach *Vereinigung* entsprechen. Ordnet man die in 3.1.1. markierten MBM nach diesen Kriterien, finden sich also 2 Kategorien, die jeweils einem der beiden Pole des existenziellen zentralen Beziehungskonflikts (EZBK) entsprechen. Mit dieser Zuordnung wird unter den nachfolgenden Überschriften (3.1.5.3. bis 3.1.5.6) gearbeitet.

Beispielhaft sei diese Kategorienbildung hier kurz eingeführt: MBM 1 und 2, zum Beispiel, entsprechen im Sinne ihrer Resonanz beim Therapeuten dessen Bedürfnis nach *Vereinigung*, indem letzterer in der Problematik der Patientin seine eigene wiederfindet. Das Bedürfnis ist i.w. erfüllt, die emotionale Reaktion entsprechend positiv getönt.

Der MBM 6, dagegen, hat für den Therapeuten die Bedeutung der *Getrenntheit* – des dialektischen Gegenpols innerhalb des Beziehungskonflikts. Er erlebt in diesem Mikrobeziehungsmoment emotional Zufriedenheit, einen sogenannten positiven Affekt also, als Hinweis auf die *Erfüllung* des Bedürfnisses (nach klarer *Getrenntheit*).

Das Charakteristische dieser beispielhaft benannten MBM ist deren Eindeutigkeit insofern, als dass sie sich auf jeweils nur einen der beiden dialektischen Gegenpole beziehen. Von diesen MBM gibt es in der betrachteten Kasuistik relativ wenige, wie im Folgenden deutlich werden wird.

3.1.5.3. Präzisierung – inwiefern das "Geglückte" (tendenziell) einer dialektischen Synthese des EZBK in dieser therapeutischen Situation entspricht

Kennzeichnend für das hinsichtlich der Verhandlung des existenziellen zentralen Beziehungskonflikts "Geglückte" in dieser Kasuistik sind die auffallend zahlreichen MBM, in denen die Bedürfnisse des Therapeuten nach *Getrenntheit* und *Vereinigung* *gleichzeitig* erfüllt werden.

Bereits in der einleitenden Narration klingt diese günstige Konstellation an, wenn die Patientin selbstreflektiert, "wie streng sie anscheinend mit sich sei" (MBM 4). Die *Freude* des Therapeuten über die in dieser Selbstreflexion manifeste Eigenständigkeit (ergo *Getrenntheit*) der Patientin bedeutet für ihn gleichzeitig eine (therapiezielkonforme) Übereinstimmung (ergo *Vereinigung*) auf einer anderen Ebene – *die Einigkeit in der Anerkennung der existenziellen Tatsache der Getrenntheit - wodurch sie für ihn zu einer Verbündeten wird*. Dies ist quasi der assoziative Vorklang in der Einleitung zur Darstellung der realen Interaktion. Man kann es als (zum Zeitpunkt des Schreibens der einleitenden Narration noch unbewussten) Vorboten zum Gelingen der dialektischen "Lösung" (Synthese) des verhandelten EZBK verstehen.

Wie in der vierten Darstellungsebene herausgearbeitet (s.o., 3.1.4.), kann "der Flirt" als pars pro toto der dialektischen Lösung des EZBK betrachtet werden – hier in Form seiner psychodramatisch dargestellten Aufhebung. In dieser Beziehungsszene findet sich ein hochfrequentes und schnelles Nebeneinander von spielerisch in Szene gesetzter und damit betonter *Getrenntheit* beider Beziehungsteilnehmer (MBM 13 -16), bevor der Therapeut dies verbal "auf den Punkt bringt", indem er die Unausweichlichkeit der Eigenverantwortung formuliert (MBM 17).

Diese Formulierung stellt in der (mittlerweile an Nähe und Intensität eskalierten) Situation ein *Verständigungsangebot* dar (die Patientin kann annehmen oder nicht) wodurch wiederum die *Gleichzeitigkeit von Einigkeit und Getrenntheit* hergestellt ist.

Für die Theoriebildung vermutlich interessant ist, dass die Gleichzeitigkeit von Getrenntheit und Vereinigung (also, die *Aufhebung* der kollusiven und das Erreichen der dialektischen Synthese / "Lösung") anscheinend dadurch ermöglicht wird, dass intrapsychisch *die Ebene gewechselt* wird, so, als würde der Beziehungsraum um eine zusätzliche Dimension erweitert. Dies ist durchaus als geometriekompatible Verbildlichung gemeint. Stellt man sich die Gerade als Verbindung zwischen den Beziehungspolen Bindung und Freiheit vor, so wäre es diesem eindimensionalen Phänomen implizit, dass es kein Entkommen aus dem "entweder-oder" gibt – der Zugewinn an Freiheit ist in diesem Bild immer gleichbedeutend mit einem Verlust an Bindung und umgekehrt. Erst wenn mensch sich in die nächsthöhere Dimension begibt - geometrisch: die Fläche - wird eine äquidistante Annäherung (bzw. Distanzierung) von beiden Polen möglich – und damit die alte (falsche) Alternative des Entweder-oder aufgehoben.

Der postulierte intrapsychische *Ebenenwechsel* nun findet in dieser Szene genau dort statt, wo die Patientin (unbewusst) zu sagen scheint: Indem ich gerade (mir selbst und Ihnen) demonstriert habe, dass ich gehen *könnte* (was realiter eher einem psychischen Sich-Verschließen als dem physischen Weggehen entsprechen dürfte), *brauche ich es nicht* mehr zu tun. Mir reicht also im Sinne einer Sicherheit die (Selbst-)Vergewisserung der *Möglichkeit* – präziser: die Wahrnehmung der *Ebene des* in meiner Persönlichkeit verankerten (und in dieser Beziehung legitimierten !) *Potenzials* -, um die physische Ebene der intersubjektiven Verbindung nicht antasten zu müssen. *So scheint die Gleichzeitigkeit von Getrenntheit und Vereinigung durch eben diese Erweiterung um eine zusätzliche Ebene möglich zu werden.*

Dieser Ebenenwechsel kann auch in dem benannten "Verständigungsangebot" (MBM 17) gesehen werden, wenn der Therapeut im Grunde zur Patientin sagt: Ich biete Ihnen diese meine Sichtweise (der existenziellen Getrenntheit) – unsere Gemeinsamkeit (Bindung) kann auf der Ebene der Anerkennung des Sartre'schen "verurteilt zur Freiheit" liegen, nicht auf der Ebene des Rettens – auf der Ebene der Schmerzbekämpfung kann ich nichts für Sie tun.

3.1.5.4. "Gefährdungsmomente" für das Bestreben des Therapeuten, im EZBK (in der Kasuistik) die dialektische Einstellung durchzuhalten

Für die Frage, wo es für den Therapeuten "schwierig wird", seinem Ideal der dialektischen (nicht kollusiven) Lösung des EZBK treu zu bleiben, ist entscheidend nach den MBM zu suchen, wo der Therapeut sog. "negative" Gefühle erlebt, als Ausdruck dessen, dass eines seiner beiden, dem EZBK inhärenten Bedürfnisse (Getrenntheit und Vereinigung), nicht ausreichend erfüllt sind. An den MBM mit in diesem Sinne unangenehmen Gefühlen kann davon ausgegangen werden, dass, im Unterschied zu den oben (s. 3.1.5.3.) benannten MBM, die Auflösung oder Erübrigung des EZBK gefährdet erscheint und somit tendenziell die Gefahr besteht, dass sich der Therapeut kollusiv einstellt.

Als die Pat. die Stunde mit dem Hinweis eröffnet, dass "sie nicht wisse, wieviel sie heute hier könne" (MBM 9) stellt sie für den Therapeuten die Nähe und damit tendenziell die Vereinigung infrage. Nachdem die Pat. zunächst Nähe hergestellt hatte (MBM 8), erlebt er jetzt eine Verunsicherung, die ihn von seinem Kurs, die *Getrenntheit des "Nicht-Rettens"* aufrecht zu erhalten, abbringen könnte (MBM 9).

Dies setzt sich fort in seiner Reaktion des "innerlich Aufstöhnens angesichts des von der Patientin berichteten massiven Leids (MBM 10)", welches vom Therapeuten emotional (als Ausdruck der Gefährdung – sie könnte auf der kollusiven Lösung beharren - und eben deshalb) mit Irritation beantwortet wird.

Im Anschluss an die Flirt-Verhandlung kommt es erneut zu einer solchen Gefährdung, als der Therapeut sich unsicher und bedürftig erlebt, als sich herausstellt, dass trotz geglückter Intervention das Leid während der therapeutischen Begegnung zugenommen hat (MBM 18-20). Eine gewisse Verunsicherung überdauert das Stundenende (MBM 21).

Schließlich klingt gegen Ende der 2. Stunde noch einmal eine negativ getönte Gefühlslage an, nachdem der Therapeut, erschöpfungsbedingt, Versachlichung des Diskurses (MBM 27 u. 29) im Sinne der Getrenntheit betreibt und daraufhin *Unsicherheit und Besorgnis verspürt, ob die Patientin diese indirekte Grenzsetzung und Distanzierung toleriert, ohne dass die Verbindung darunter leidet* (MBM 28).

3.1.5.5. Den Therapeuten unterstützende Ressourcen an den MBM der "Gefährdung".

Abschließend soll die Frage gestellt werden, was den Therapeuten in der beschriebenen Beziehungssituation unterstützt, um sich seinem Beziehungsideal – dem dialektischen Umgang mit dem EZBK – entsprechend einzustellen.

Zum Einen ist da sicherlich der schon erwähnte Umstand einer günstigen Beziehungskonstellation mit der Patientin – sie bringt zu diesem Zeitpunkt ihrerseits bereits eine ausreichend starke Bereitschaft mit, sich auf die Dialektik zwischen Getrenntheit (Freiheit) und Bindung einzulassen. Zu welchem Anteil dies der bereits stattgefundenen analytischen Arbeit (dem Therapieprozess) zuzuschreiben ist, ist unter einer anderen Fragestellung grundsätzlich interessant, spielt aber hier insofern keine Rolle, als dass es sich für den Therapeuten in der untersuchten Beziehungssituation in jedem Fall um eine Gegebenheit handelt, um eine Setzung, wenn man so will.

Zum Anderen, und für diese Arbeit relevanter, ist die Frage, auf welche Möglichkeiten der Therapeut in den Situationen der tendenziellen Gefährdung, den EZBK un-dialektisch zu lösen (s.o., 3.1.5.4.) zurückgreift.

In der Situation, wo "der Sog zu retten" anklingt (MBM 9 u. 10), stabilisiert er sich einerseits durch eine an sich selbst gerichtete Beschwichtigung (MBM 9 "...es wird schon etwas gehen zwischen uns") um sich, unmittelbar danach (indem er sich "sein Aufstöhnen" erlaubt - MBM 10), auf das Mitfühlen, was hier ein Mitleiden ist, vollständiger empathisch einzulassen.

Als es post-flirt-mäßig zu einer Verunsicherung des Therapeuten kommt (MBM 18-20), nimmt er, zu diesem Zeitpunkt durch das Vorangegangene gestärkt und so bereits tiefer mit seinem Selbst in Verbindung und ergo selbstempathischer, die vermeintlich drohende Verbindungsgefährdung recht deutlich wahr. Interessant ist nun, dass er daraufhin einerseits auf ein Selbststabilisierungskonzept zurückgreift (MBM 19, "...ich habe getan, was ich konnte"), und damit, eigene (kollusive) Verschmelzungstendenzen antizipierend, jenen ein inneres Getrenntheitskonzept ("Ich fokussiere mich separat") entgegengesetzt. Andererseits gelingt ihm durch Implementierung basaler Empathietechnik – der sich einfühlenden körpernahen Imitation der Patientin (MBM 18) – die Absicherung der Verbindung. Synergistisch damit (im Sinne von Verbindungsabsicherung durch basale Empathietechnik) ist das einfühlende Erfragen der Erschöpfung der Patientin (MBM 20). Durch die (selbstempathiebasierte) fast *gleichzeitige* Erfüllung von Getrenntheits- und Verbindungsbedürfnis (MBM 19 ist quasi durch 18 und 20 "eingekleidet") wird es dem Therapeuten in dieser Situation möglich, in Kongruenz mit sich selbst insofern zu bleiben, als dass sich sein Bedürfnis, seinem Beziehungsideal zu entsprechen, (in nicht kollusiver Weise) erfüllen kann.

Hinsichtlich der verbleibenden Unsicherheit unterstützt ihn der Rahmen – die Stunde ist zuende - und es "bleibt ihm in diesem Moment gar nichts anderes übrig", als die Spannung in sich auf- und mitzunehmen.

Gegen Ende der zweiten (der Donnerstags-)Stunde hat der Therapeut bereits intensive

Gratifikation für seinen Einsatz erfahren. Diese sich im Gefühl der Zufriedenheit und Freude abbildende Gratifikation ist *durch die Übereinstimmung* hinsichtlich der (das Element der Getrenntheit *einschließenden*) Beziehungskonzeption ausgelöst worden (MBM 26). Dieses Erleben führt zum wahrscheinlich intensivsten selbstempathischen Zustand des Therapeuten innerhalb dieser Kasuistik. Er nimmt an dieser Stelle des Prozesses seine Erschöpfung wahr (MBM 27) und verhält sich seinem aktuell wirksamen Bedürfnis nach Distanz entsprechend (durch Ansteuern einer thematisch flacheren Ebene durch das Erfragen der aktuellen Kopfschmerzsymptomatik) während er, *praktisch gleichzeitig*, die Übereinstimmung inform eines gemeinsamen Erlebens (MBM 28) kommunikativ betont.

3.1.5.6. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend lassen sich in der untersuchten Kasuistik auf der Grundlage der Analyse von Gefühlen und Bedürfnissen drei Tendenzen beobachten, welche den Eindruck, dass diese Interaktion therapeutisch "geglückt" ist, präzisieren:

Erstens, sind für den Therapeuten in der überwiegenden Mehrheit der bezeichneten 29 MBM beide Pole des existenziellen zentralen Beziehungskonflikts – sowohl das Bedürfnis nach *Getrenntheit als auch* das nach *Übereinstimmung* (als konkrete Form von Vereinigung) - erfüllt und der EZBK insofern dialektisch gelöst.

Zweitens, wird der Therapeut im Verlauf des (Mikro-)Prozesses der in der Kasuistik abgebildeten Begegnung mit der Patientin zunehmend empathischer verbunden mit dem eigenen Selbst, was ihn interaktionell sicherer wahrnehmen und sich verhalten lässt.

Drittens, vollzieht die Patientin zum Zeitpunkt der dialektischen Lösung des EZBK (aus Sicht des Therapeuten) eine Bewegung, welche als Hinweis gewertet werden kann, dass die empathiebasierte Interaktionserfahrung zu einer intrapsychischen Progression geführt hat.

Schlussfolgerungen:

Die dialektische Lösung des EZBK erfüllt das Bedürfnis der Interaktionsteilnehmer nach Sicherheit auf einer tiefen Ebene.

Auf der Grundlage der (durch dialektische Lösung des EZBK) erzielten Sicherheit erweitert sich der Spielraum innerhalb der Beziehung in Richtung eines Optimums an empathiebasierter Verbindung, der für die therapeutische Situation hohe Wirksamkeit impliziert.

Die dialektische Lösung des essenziellen zentralen Beziehungskonflikts, also die Ermöglichung der Gleichzeitigkeit zwischen Vereinigung und Getrenntheit, scheint an die Gleichzeitigkeit mehrerer unterschiedlicher Ebenen des Erlebens gekoppelt zu sein.

3.2. 2. Kasuistik 180. Stde.

"Kein Erfolg", oder: als es trotz (stattfindender) Empathie zu keiner signifikanten Bewegung kommt – das Erleben der Begrenztheit der Möglichkeiten in dieser Beziehung (Grenzen zu setzen)

3.2.1. Erste Darstellungsebene - Falldarstellung

Die nachfolgende Vignette besteht aus Interaktionselementen aus 8 Analysestunden um die (unten detaillierter dargestellte) 180. Stunde einer Ausbildungstherapie (Selbsterfahrung) zum psychoanalytischen Kinder- und Jugendtherapeuten. Der Kandidat ist zu diesem Zeitpunkt, kurz vor seinem 40. Geburtstag, seit 2,5 Jahren in meiner Praxis. Aufgrund seiner stattlichen Körpergröße von ca. 1,95 m muss er beim Betreten meiner Räumlichkeiten etwas den Kopf einziehen. Irgendwie passt dies zu seinem leicht schleppenden, mal mehr, mal weniger federnden Gangbild, welches mich ein wenig an das eines Raubtieres erinnert [1].

Mich bei Kontaktaufnahme zu Beginn unserer Zusammenarbeit beeindruckende Aspekte sind: neben seiner Ausbildungssituation, eine mehrere Jahre zuvor abgeschlossene jungianische Patientenanalyse, die Tatsache, dass beide Eltern langjährig chronisch alkoholabhängig sind und anamnestic Angaben zu erheblichen traumatisierenden Erfahrungen sexueller und anderer körperlicher Gewalt.

Im bisherigen analytischen Diskurs hatte sich herausgestellt, wie sich diese Topoi für den Patienten in ein Selbsterleben eines lebenslang unglücklichen, weil frustrierten, Kämpfers [2] einreihen. Szenen, wie die, dass der Vater ihn im Zorn "zusammenschlug" und, dass die Mutter, mit Suizidandrohung im Badezimmer eingeschlossen, ihn in Unruhe und Aufruhr versetzte, waren Teil unseres gemeinsamen Sprach- und Bilderrepertoires geworden.

Im Heute war er immer wieder von seinen Eltern enttäuscht. Das gleiche galt in Bezug auf seine vier Jahre jüngere Schwester, die in unkritischer Nähe zu den Eltern lebte, sodass er sich in der Position des schwarzen Schafes, innerhalb seiner Herkunftsfamilie isoliert, erlebte. Aus der Position des kämpfenden Opfers heraus war er in lebensstiltypischer Weise entschieden, seinen notdürftig sozial kompensierten alkoholkranken Eltern "die Maske herunter zu reißen".

Primärfamiliär hinsichtlich guter Objekterfahrungen unterernährt, war er, im Rahmen eines Schülersaustausches, seinem US-amerikanischen Gastvater emotional sehr offen begegnet und von diesem sexuell traumatisiert worden.

Im Rahmen eines weiteren USA-Aufenthaltes hatte er einen traumatischen Sportunfall erlebt, der seine ambitionierte Karriere als Torwart einer College-Fussball-Mannschaft abrupt beendet hatte. Dieser Vorfall hatte den Pat., seinen Berichten zufolge, über Wochen in einem, wohl vorwiegend dissoziativen Dämmerzustand belassen. Dieses traumatische Ereignis hatte, in einer für mich rätselhaften Weise, eine zweifache Bedeutung für den Patienten. Zum einen hatte es die Bedeutung eines "Erwachens" bekommen [3], im Sinne einer Wieder-Bewusstwerdung der mehrere Jahre zurückliegenden sexuellen Traumatisierung während des Schülersaustausches. Und zum Anderen schien damit der Beginn der Auflösung der Illusion verknüpft zu sein, dass die Umsiedelung in die USA ihm Heilung, im Sinne der Auflösung seiner innerseelischen Spannungszustände, würde bringen können.

Bereits beim Schreiben dieser Einleitung drohen die beeindruckenden traumatischen Erinnerungen alles Andere zu überschatten. Entsprechend verhielt es sich auch im therapeutischen Diskurs. Aufgrund der Dominanz, die diese Topoi im Sprechen des Analysanden hatten, wirkten sie häufig wie eine Art Schutzschild, und so hatte ich es fast durchgängig als schwierig erlebt, ihm nahe zu kommen und meine psychoanalytischen Werkzeuge "anzusetzen" [4] – so in der Übertragungsbeziehung mit ihm zu arbeiten, dass sich Fixierungen lösen konnten.

Neben den bereits erwähnten, (aus seiner lebensstiltypischen Perspektive) zu seiner Opferposition passenden relevanten biographischen Topoi war während der Therapie im Laufe unserer Zusammenarbeit ein wichtiges reales Szenario hinzugekommen: Er hatte während des ersten Therapiejahres über eine Internet-Partnervermittlung eine Frau kennengelernt, die 3 Monate später von ihm schwanger wurde [5]. Die Frau (im folgenden "Filiz" genannt) hatte sich zur Geburt in den Kreis ihrer Herkunftsfamilie in ihr Heimatland, die Türkei, begeben. Ein späterer Versuch der beiden, mit dem Kind zusammen in seiner Wohnung zu leben war gescheitert. Die junge Frau war mit der Mutterschaftskonstellation offensichtlich überfordert gewesen und die Kooperationsfähigkeit zwischen beiden reichte nicht aus, um ihr ausreichend Stabilität zu bieten.

Auch in diesem, für ihn, über die Beziehung zu seinem Kind, affektiv besonders hoch besetzten Kontext geriet er immer wieder in seine lebensstiltypische Position des kämpfenden Opfers, vor allem der Kindsmutter gegenüber. In dem Bemühen, die Situation in seinem Sinne positiv zu beeinflussen, hatte er sich auch hier wiederholt über ein für ihn verträgliches Maß hinaus engagiert, war dann dabei zunehmend erschöpft und verhärtet und hatte schließlich sozial wenig erfolgreich agiert [6].

Weder meine angesichts seines akuten Leids mitunter intensiven therapeutischen Bemühungen, seine selbstwahrnehmenden und selbstsorgenden Fähigkeiten zu unterstützen, noch psychodynamische (genetische) Herleitungen hatten an diesem Verhalten nennenswert etwas verändern können [7]. Er blieb auch in der Übertragungsbeziehung in der Position des Sich-Überfordernden, der zwar über die

Belastung klagt, offensichtlich aber nicht ausreichend Vertrauen fasst, um sich hilfeschend dem Anderen (mir) gegenüber zu öffnen [8].

In dieses Übertragungs-/Gegenübertragungsszenario hinein fällt auch die dargestellte Vignette, in der es darum geht, wie sich unser Zusammenspiel bei der Bearbeitung einer bedeutsamen neuen Herausforderung im Rahmen seiner Weiterbildung gestaltet.

Das Setting ist zu diesem Zeitpunkt 2-stündig und im Sitzen, wie von Beginn an. Vorschläge, sich auf die Couch zu legen, hatte er abgelehnt, weil ihm dies aufgrund seiner Missbrauchserfahrung nicht möglich sei, sich "zu gefährlich" anfühle [9].

Zu Beginn der 176. Stunde...

frage ich mich, wie wohl die Resonanz in ihm auf meine Empathiebemühungen zu seinen Klagen über die Härte seines aktuellen und früheren Lebens in der Vorstunde gewesen sein mag [10]. Seine gegenwärtigen Rückenschmerzen, für die "sich niemand interessiere", die Tatsache seiner finanziellen Belastungen durch die Weiterbildung, die ihn "bankrott gehen" ließen und die Härte des Fußballtrainings vor Jahren auf dem College in den USA, waren Thema gewesen.

Er eröffnet die Stunde mit den Worten:

(Pat.: "Ich bin traurig..." [11]

Ich widerstehe dem Impuls, zu fragen, warum er traurig sei [12], konzentriere mich stattdessen auf das Unmittelbare in der Übertragung und spiegele:

(Th.: "Das ist im Tonfall für mich nicht zu spüren".

Seine Entgegnung:

(Pat.: "Vielleicht löse ich deshalb keine Resonanz aus..." [13]

bestimmt dann unseren Stundenfokus. Dabei versuche ich, mit ihm zusammen zu untersuchen, welchen Sinn es machen könnte, sich dem Anderen mit der eigenen Bedürftigkeit nicht zu erkennen zu geben. Ich verbinde damit die Hoffnung, sowohl das *Woher-kommt-das* ? als auch die Frage, *wie-könnte-es-anders-gehen* ? zu betrachten, wobei ich den Impuls, ihn bei dem Letzteren zu unterstützen, sich also endlich einmal mehr zu zeigen (selbst zu offenbaren) mit einer gewissen Ungeduld – affektiv stärker – erlebe – das haben wir doch schon so oft besprochen... [14]

Die 177. Stunde....

eröffnet er mit einer Klage, dass ein Techniker an seiner Arbeitsstelle, auf den er gewartet hatte, ohne Abmeldung nicht erschienen sei [15], bevor er auf seine offensichtlich dringendere aktuelle Sorge zu sprechen kommt: Am folgenden Tag beginnt seine Supervision zu seiner "Familienbeobachtung" (Beobachtung eines Säuglings in seinem familiären häuslichen Kontext). Er muss erstmals zu einer neuen Supervisorin, um dort seine erste Familienbeobachtung vorzustellen. Er bedauert, dass er so einen weiten Weg zu deren Praxis zurücklegen und sich dafür extra ein Auto leihen müsse [16]. Außerdem befürchtet er, dass er in der Supervision keine gute Präsentation seiner Familienbeobachtung wird abgeben können [17],

(Pat.: "Dort, in der Familie, wird der Rahmen nicht eingehalten [der in einer Vorbesprechung vereinbart worden war]"

Wir erarbeiten in der Stunde, dass er, als "Vorübung" für die ängstlich antizipierte erste Supervision dies hier jedenfalls schon einmal aussprechen kann:

(Pat.: "Ich habe Angst, dass das, was ich hier präsentiere, nicht reicht" [18].

Zu Beginn der 178. Stunde...

frage ich ihn, durch den "Schulterschluss" der Vorstunde ermutigt [19], direkt

(Th.): "Na, wie ging's ?"

(Pat.): "Gut !"

(Th.): "Ach !?"

(Pat.): **"Ja, ich hab' gleich gesagt 'Ich fühle mich ungenügend', dann war das Eis gebrochen, ich fühlte mich freier und wir hatten ein ganz gutes Supervisionsgespräch".** Ich interessiere mich für weitere Einzelheiten [20] und er ergänzt: "Die Supervisorin sagte, ich müsse jetzt das Setting in der Beobachtungssituation organisieren und Grenzen setzen...das kann ich ja nicht so gut...ich kam immer so durch – ohne Grenzen zu setzen, die Eltern konnten das nicht und ich muss deshalb auch selber die Grenzen austesten". Schließlich mündet er in einer Beschwerde: "Die Supervisorin gibt mir fürs Grenzsetzen keine guten Werkzeuge an die Hand".

Meine Gegenübertragungsgedanken nach der Stunde sind direkt und heftig: 'Er ist ein anspruchsvolles Bürschchen, wie er sich gleich wieder über die Supervisorin beschwert, obwohl es doch ganz gut lief. Man möchte ihn, wie einen beißenden Kläffer, am ausgestreckten Arm auf Abstand halten – mit Unterarmbeißschutz [21]... 'Trotzdem', tröste ich mich, 'wenigstens erlebt er, dass er die Situation positiv beeinflussen kann'[22].

Nun etwas entspannter, nehme ich mir für die nächste Stunde vor, ihm Empathie anzubieten[23]: 'Es geht Ihnen auch nicht unbedingt gut damit, die Grenzen der eigenen Kommunikationsfähigkeit zu erfahren?' oder, alternativ, direkter in der Übertragung: 'Letztes Mal überraschte mich, dass Sie unterm Strich nach der doch ganz gelungenen Supervisionsstunde eher unzufrieden waren als dass Sie sich freuten'[24].

In der (179.) Stunde...

– er hat mittlerweile die 2. Beobachtungs-Supervision hinter sich – beneide ich die Supervisorin etwas hinsichtlich ihrer Freiheit[25], als mir der Supervisand berichtet:

(Pat.): **"Ich habe von der Supervisorin Aufträge bekommen: Ich soll den Rahmen nicht verlassen, auch nicht, wenn es die Anderen tun; ich soll mich zurücknehmen und ich soll deren Verhalten nicht persönlich nehmen".**

Auch nach dieser Stunde nehme ich mir vor, ihn das nächste Mal auf etwas anzusprechen – dass er mir etwas wortkarg vorgekommen sei, bei der Erörterung der 'Aufträge der Supervisorin' und ich mich unsicher fühle, ob er 'evtl. etwas bedient gewesen' sei [26]? Außerdem möchte ich ihn fragen, ob er sich 'nicht doch hinlegen wolle'[27].

Die (180.) Stunde...

beginnt er mit einem Bericht von der Familienbeobachtung.

(Pat.): **"Gestern war ich wieder bei der Familienbeobachtung. Ich hatte schon auf der Fahrt dorthin einen Kloß im Hals. 10 Minuten bevor ich überhaupt ankam. Normalerweise ist das Setting für die Beobachtung im Wohnzimmer. Dieses Mal war Besuch da und alle waren mal hier mal da – es gab gar keine geordnete Beobachtungssituation...Ich hab aber nichts gesagt...[28]"**

(Th.): **"Und was ist in Ihnen dabei vorgegangen ?"[29]**

(Pat.): **"...dass ich jetzt mal etwas sagen müsste...ich dachte: ich darf es nicht**

persönlich nehmen".

(Th.): "Ach je! Und wie ist es Ihnen dann nach der Beobachtung gegangen?"[30]

(Pat.): "Ich dachte: Es ist klar, dass ich 'ne Behinderung habe. Aber dann, auf dem weiteren Rückweg hatte ich eine Idee: Ich versuchte nett zu mir zu sein. Aber stattdessen wurde ich ganz kleinlaut und entwertete mich immer mehr[31]...Ich brauche jemanden, der mich unterstützt, mir den Rücken stärkt. Immer muss ich kämpfen, immer als Einzelkämpfer. Aber ich kann nicht mehr...noch mehr geht nicht."

(Th.): "Die alten Schemata melden sich, aber Sie können nicht mehr recht daran glauben?"[32]

(Pat.): "Ja."

(Th.): "Was fühlen Sie dabei?"[33]

(Pat.): "Natürlich Scham...aber ich habe ja auch Gruppen mit sehr schwierigen Jugendlichen geleitet. Und da ist dieses doch vergleichsweise leicht." [34]

(Th.): "Das verstehen Sie nicht, warum es trotzdem nicht klappt?" [35]

(Pat.): "Bei den Eltern, auf dem Weg dorthin, passiert das Gleiche – ich will denen sagen, dass sie Alkoholiker sind...und dann kriege ich den Mund nicht auf." [36]

(Th.): "Wie würden die reagieren?"

(Pat.): "Sich verschließen."

(Th.): "Und wieso ist das bei den Jugendlichen nicht so gewesen?"

(Pat.): "Die waren ja auf mich angewiesen...und ich kannte mich aus..."

(Th.): Damit buchstabiert er für mein Verständnis sein Dilemma aus – dass er, um der Übertragungsbefürchtungsphantasie der Abweisung zu begegnen, auf den machtvollen Weg setzen muss - den Anderen angewiesen wissen muss, um sich sicher zu fühlen [37]. Trotzdem verzichte ich an dieser Stelle auf die entsprechende Deutung. Irgendwie fürchte ich, ihn durch eine konfrontative Spiegelung (aus der komplementären Gegenübertragung heraus) zu beschämen [38], als er mit dem Topos seines größten aktuellen (bewussten) Leids fortfährt:

(Pat.): "Filiz haute ja auch gleich ab, als ich ihr auf die Füße trat, und jetzt kann ich meine Tochter nicht mehr sehen..."

(Th.): Darin höre ich: 'Soviel zu Ihrem In die Kommunikation gehen – da sehen Sie doch, was passiert [39]. Er erscheint mir in diesem Moment zu agitiert, um für eine seine Machtstrategie aufdeckende Deutung bereit zu sein [40]. Etwas frustriert suche ich nach einem alternativen Weg, gegenzusteuern – ich denke daran, wie sich sein Bekenntnis zu seiner Befangenheit in der Supervisionsstunde befreiend ausgewirkt hatte, was er im Moment vergessen zu haben scheint. Innerlich etwas seufzend setze ich ganz auf die "weiche Schiene" - die Auflösung seines Widerstandes durch Verbindung (statt Konfrontation) [41], indem ich ihm in Erinnerung rufe: "Eben haben wir doch ganz gut verstanden, weshalb Sie vor der Familienbeobachtung einen Kloß im Hals hatten, der Ihnen dann die Sprache verschlug. Meinen Sie, dass Ihnen das helfen könnte, gelassener in die nächste Familienbeobachtung zu gehen?"[42]. Seine Entgegnung kommt prompt:

(Pat.): "Nein, wenn ich jetzt hinführe, wäre es wieder genauso!"[43]

(Th.): Obwohl mir etwas die Luft weg bleibt, nehme ich noch einmal zusammen, was mir zur Verfügung steht: "Wenn ich alles einmal zusammen betrachte – die Situation in der Supervision, über die wir gesprochen haben; dann, dass wir es hier kennen, dass Sie manchmal gerade das nicht ansprechen können, was Sie aktuell bewegt; und, nun, die Situation in der Familienbeobachtung – dann habe ich dazu folgenden Gedanken: Evtl. ist es wichtig für Sie, dass Sie an-kommen dürfen in einer bestimmten Situation, auch, wenn Sie nicht sprechen können."[44]

(Pat.): Es passiert etwas äußerst Seltenes – er bekommt Tränen in den Augen, wirkt berührt. [45]

In der (181.) Stunde...

bemerkt er, die Vorstunde sei

(Pat.: "...ein Volltreffer" gewesen. und er bringt einen Traum, den er in der darauf folgenden Nacht gehabt hatte [46]. Er träumte, dass er "auf einem Dachboden", der dem in seinem Elternhaus ähnlich ist, "nach einem Ort zum Schlafen sucht". Er "findet auch ein Bett, aber es ist total eklig dort, es liegen Sachen dort von Kindern in Säcken, die schon sehr lange dort liegen müssen. Überall auf der Bettdecke wimmelt es von Tieren, es ist alles jahrelang nicht mehr benutzt worden und entsprechend riecht es und sieht es aus". Er ist "mit einer anderen Person da" und "wir gucken uns die Sachen an, aber reagieren geschockt und es sind keine Kinder zu sehen".

Er assoziiert, dass es sich bei dem Raum im Traum um einen

(Pat.: "Ort, wo Kinder verwahrlosen und verhungern" handele, "aber eventuell sind die Kinder schon weg". Als er später ergänzt: "Aber ich suche einen Ort zum Schlafen", entfährt mir:

(Th.: "...und das dort !"[47]. Später schreibe ich in meiner Stundenzusammenfassung: 'Es geht ihm um sehr basale Annahme bzw. Interesse - regressiv'[48].

Die Stunde endet damit, dass er mir mitteilt:

(Pat.: "Filiz hat sich angekündigt. Sie will in 2 Wochen mit unserer Tochter nach Hamburg kommen". Anschließend empört er sich über die "Willkür, dass die das einfach so festlegt, ohne das mit mir abzusprechen. Ich bin jetzt schon sauer, wenn ich mir vorstelle, ihr begegnen zu müssen und könnte sie gegen die Wand klatschen."[49]

In der 182. Stunde...

erklärt er,

(Pat.: "Es tut gut, auch mal etwas zu bekommen[50]. Meine Tante hat mir beim Besuch am Wochenende einen Schrank von IKEA und einen Trockner und eine Couch geschenkt. Meinen Eltern hatte ich auch am Telefon gesagt, dass ich einen Schrank und ein Bett brauche [Für den bevorstehenden Besuch von Filiz und seiner Tochter]. Aber die haben keine Wärme, dem Kind und Filiz gegenüber..."

In der 183. Stunde

berichtet er von einer Mitarbeiterbesprechung an seinem Arbeitsplatz, dem "Zentrum". Im Vorfeld hatten wir mehrfach daran gearbeitet, wie er seine Interessen gegenüber seinen Vorgesetzten, die er durchgängig als illoyal und wenig verantwortungsvoll sich gegenüber erlebte, besser, d.h. kommunikativ wirkungsvoller, vertreten könne [51]. Wie gewöhnlich hatten auch wir darüber gesprochen, inwiefern ihm dabei Übertragungssphänomene gedroht hatten, im Wege zu stehen, welche auf die Primärerfahrung mit seinen Eltern zurückzuführen sind [52]. Dass jetzt diese Besprechung zustande kam, war in diesem Sinne ein Erfolg seiner kommunikativen Bemühungen, in denen ich wiederum den Ausdruck eines Kompetenzzuwachses sah [53].

(Pat.: "Heute ist die Mitarbeiterbesprechung im Zentrum und ich habe keine Lust, dahin zu gehen."

(Th.: "Worum wird es denn da konkret gehen?"

(Pat.: "Um wichtige Verabredungen bezüglich des Zentrums..."

(Th.: "Das klingt als ob es für Sie wichtig sein könnte, daran teilzunehmen. Und Sie hatten sich ja auch dafür stark gemacht [54]. Gibt es denn vielleicht noch eine andere Seite, die Ihre Unlust, teilzunehmen erklärt?"[55]

(Pat. :) "Auch wenn die jetzt ´ne Mitarbeiterbesprechung machen, die haben sich nicht wirklich geändert."[56]

3.2.2. Zweite Darstellungsebene - GfK-orientierte Analyse des Erlebens (freie Assoziation) des Prozesses in Mikrobeziehungsmomenten (MBM) – die darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten

- 1) Schon in seiner körperlichen Erscheinung kommt er mir etwas gefährlich vor. Das veranlasst mich: *wachsam (G)* und *verunsichert (G)* zu sein, weil ich *Schutz (B)* und *Sicherheit (B)* brauche
- 2) Auch ich kenne das Kämpfen um Selbstverwirklichung und finde die Vorstellung, dass es unterm Strich frustriert sein sollte, zutiefst bedrohlich: *angerührt (G)*, weil ich über das Bedürfnis, erfolgreich zu sein, mich mit ihm in *Verbindung (B)* fühle.
- 3) Ich kann diese "Konstruktion des Erwachens" nicht so recht nachvollziehen: *irritiert (G)*, weil ich nicht wirklich *verstehe (B)*.
- 4) Es gelingt mir nicht, ihm nahe zu kommen, was ich als Voraussetzung dafür erlebe, meinem Auftrag als Therapeut erfüllen zu können: *frustriert (G)*, weil ich (zum Arbeiten) *Verbindung (B)* brauche.
- 5) Auch dieses wichtige Ereignis – mit der Folge, in eine neue ihn bestimmende Situation hineingestolpert zu sein - fordert so viel Realitätsbewältigung, dass das psychoanalytische Arbeiten erschwert wird. Ich erlebe mich etwas ausmanövriert, depotenziert: *frustriert (G)* und *unzufrieden (G)*, weil ich nicht *wirkungsvoll (B)* sein kann (indem wir mehr in unserer Beziehung - in der Übertragung - arbeiten).
- 6) Er macht immer dasselbe. Ich erlebe das mit und kann es nicht verhindern: *frustriert (G)*, *unzufrieden (G)* und *ungeduldig (G)*, weil ich ihn nicht vor der Wiederholung seines Unglücks bewahren, in diesem Sinne nicht *wirkungsvoll (B)* sein kann.
- 7) *Hilflos (G)*, weil ich nicht *wirkungsvoll (B)* sein kann (in meinem Bedürfnis, zu unterstützen – meinen Beruf auszuüben)
- 8) Wenn er seine misstrauisch absichernde Position nicht aufgibt, bin ich: *enttäuscht (G)*, weil ich *Verbindung (B)* brauche, die ich nur bekomme, wenn er sich auch öffnet
- 9) Ich glaube ihm nicht, dass er das nicht riskieren könnte: *unzufrieden (G)*, weil mir das *Vertrauen* fehlt, *dass wir kooperieren (B)*.
- 10) *Neugierig (G)*, *interessiert (G)* und *etwas bedürftig (G)*, weil ich *verstehen* und *effektiv sein (B)* möchte (ob und dass ihm Empathie nützt)
- 11) *Etwas positiv überrascht (G)*, weil ich mit der direkten Gefühlsäußerung die Chance zu *Verbindung (B)* wittere
- 12) *Misstrauisch (G)*, weil ich (in Erinnerung dessen, dass ich in der Vergangenheit schon mehrfach gehofft hatte, er würde sich mehr einlassen – "Gefühl zeigen" - und enttäuscht wurde), jetzt mehr *Sicherheit (B)* brauche. Deshalb versuche ich, durch Ansteuern der Übertragungsebene, gleich zu vertiefen.
- 13) Als er sich offen für Selbstreflexion zeigt, *freue ich mich (G)*, weil ich darin eine Möglichkeit zur *Kooperation (B)* erlebe
- 14) *Ungeduldig (G)* und (durch bisherige frustrane Bemühungen bereits etwas) *erschöpft (G)*, weil ich bisher zuwenig *erfolgreich (B)* gewesen bin
- 15) Anlässlich seiner "Eröffnungsklage" bin ich: *leicht verärgert (G)* und *frustriert (G)*, weil ich, um der *Progression (B)* willen (um *arbeiten zu können*) *Verbindung (B)* brauche, und diese seine Klage wie ein stereotyper Distanzhalter auf mich wirkt.
- 16) wie "15"
- 17) wie "13" – *erfreut (G)* und *hoffnungsvoll (G)*, weil ich durch seine Offenheit eine Möglichkeit zur *Kooperation (B)* sehe
- 18) dadurch ("17") bin ich: *zufrieden (G)*, weil, indem wir ein Stück weiter gekommen sind, präzisieren konnten, ich mich *erfolgreich (B)* erlebe

- 19) *Zuversichtlich (G) und mutig (G)*, weil ich *Kooperation (B)* und *Verbindung (B)* erlebt hatte (in der Vorstunde).
- 20) *Angenehm überrascht (G)*, *neugierig (G)* und gleichzeitig etwas *misstrauisch (G)*, weil ich mich über den *Erfolg (B)* freue, und mir, andererseits, *Sicherheit (B)* und *Klarheit (B)* fehlen, ob ich ihm den benannten Erfolg glauben kann
- 21) *Enttäuscht (G)*, *frustriert (G)* und *empört (G)*, weil ich *Respekt (B)* und *Wertschätzung (B)* brauche, (anstatt dass er "zur nächsten Beschwerde eilt")
- 22) *Besänftigt (G)*, weil ich mir *Rückversicherung (B)* gebe (dass trotz seiner mangelnden Wertschätzung *Erfolg (B)* erkennbar ist)
- 23) *Ruhig(er) (G)*, weil ich meinem Bedürfnis nach *Selbstempathie (B)* nachgekommen bin (indem ich meinen Ärger [s."21"] zugelassen und mich rückversichert habe [s."22"]).
- 24) *Bemüht (G)*, *eifrig (G)*, weil ich eine Möglichkeit sehe (mir vorstelle), gleichzeitig *Klärung (B)* und *Verbindung (B)* in der Übertragungsbeziehung zu verwirklichen
- 25) Etwas *verzweifelt (G)* ersehne ich mir die Freiheit, ihm Anweisungen geben zu können, weil ich *Wirkung (B)* erzielen möchte.
- 26) *Bemüht (G)* (indem ich ihm Empathie anbiete), weil ich *Verbindung (B)* zu ihm möchte
- 27) *Eifrig (G)* (indem mir vorstelle, ich ihm eine Settingänderung vorzuschlagen, um Vertiefung zu fördern), weil ich mir *Progression (B)* wünsche
- 28) *Frustriert (G)* (dass er "den Mund nicht aufbekommen hat), weil ich *Progression (B)* möchte
- 29) *Wachsam (G)* und *skeptisch / misstrauisch (G)* (bleibe ich fragenderweise auf Abstand und biete ihm darüberhinaus keine Empathie an) weil ich mir vorstelle, ihn auf diese Weise "dazu zu bringen", dass er, im Sinne meiner Vorstellung von *Progression (B)*, Selbstreflexion betreibt
- 30) wie "29" – *skeptisch / misstrauisch (G)*, weil ich *Progression (B)* fördern möchte, gleichzeitig bin ich etwas *einsatzbereit (G)* und biete etwas Empathie ("Ach, je") für seine Not, weil ich neben der impliziten Aufforderung zur Selbstreflexion auch *Verbindung (B)* herstellen möchte
- 31) *Gerührt (G)*, weil er jetzt Offenheit zeigt, die *Verbindung (B)* möglich macht
- 32) wie "29" und "30": ich bleibe: *skeptisch / misstrauisch (G)*, weil ich *Progression (B)* (*Wirkung*) erreichen und mich aber auch *schützen (B)* möchte, und biete keine Empathie für seine Selbstentwertung. Gleichzeitig versuche ich ihm "doch etwas Empathie zu geben", (hier eher für seine Ratlosigkeit, quasi "kognitiver") bin also: *bemüht (G)*, weil ich "auch" *Verbindung (B)* herstellen möchte
- 33) wie 29: *skeptisch / misstrauisch (G)* (bleibe ich im distanzierenden Fragemodus), weil ich *Getrenntheit (Abstand) (B)* brauche
- 34) *Unwillig (G)* (auf seine "Scham" einzugehen), weil ich *Distanz (B)* brauche, fokussiere ich auf meinen *Ärger (G)*, (als er sagt, dass "dieses doch vergleichsweise leicht" sei), weil ich vermisste, dass das von uns Erarbeitete und damit auch mein Einsatz und Bemühen *wertgeschätzt (B)* wird.
- 35) wie "29" – *skeptisch / misstrauisch (G)* (bleibe ich im distanzierenden Fragemodus) weil ich (Selbstreflexion im Sinne von) *Progression (B)* fördern möchte; gleichzeitig bin ich *einsatzbereit (G)* und biete etwas Empathie ("Das verstehen Sie nicht ?") für seine Not, weil ich neben der impliziten Aufforderung zur Selbstreflexion auch *Verbindung (B)* herstellen möchte
- 36) "wie unsinnig" denke ich, ist es den alten Eltern die Maske vom Gesicht reißen zu wollen, bin also: *unzufrieden (G)*, weil mir (darin "erneut" den Rückgriff auf "die alten Muster" sehend) *Progression (B)* (im Sinne der Aufgabe des alten Musters) fehlt.
- 37) wie 36, "da liegt es doch auf der Hand" erlebe ich (indem ich es auch auf der Metaebene

- erkenne, und so werde ich) *ärgerlich (G)*, weil ich ("trotz des Offensichtlichen") so wenig *Wirkung (B)* erziele.
- 38) *Ängstlich (G)*, weil ich *Schutz (B)* brauche, (in diesem Moment, vor einem erneuten Erlebnis von Zurückweisung, falls ich ihm die Deutung des alten Musters "zumute")
- 39) *Unter Druck (G)* (als würde ich von ihm angegriffen – einem Vorwurf ausgesetzt, dass meine Methode nicht für ihn funktioniert), weil ich *Akzeptanz (B)* und *Vertrauen (B)* brauche, um mich ausreichend sicher zu fühlen, um mit ihm offen (d.h. risikobereit) Beziehung einzugehen.
- 40) wie "38" - (als ich ihn als "zu agitiert" erlebe, halte ich mich bedeckt, bin also letztlich): *unsicher (G)*, weil für mich der *Schutz (B)* (vor einer Frustration, Enttäuschung oder Zurückweisung) in diesem Moment am wichtigsten ist.
- 41) Innerlich (anlässlich vorangegangener Frustrationen) etwas *erschöpft (G)* und mich *angestrengt (G)* fühlend, weil mir im Grunde *Leichtigkeit (B)* in unserem Miteinander fehlt, raffte ich mich noch einmal auf..
- 42) und frage ihn, einerseits, *neugierig (G)*, *interessiert (G)*, weil ich mir natürlich nach wie vor *Progression (B)* wünsche, aber auf der anderen Seite (was hier affektiv im Vordergrund steht, "fast bittend", also i.Gr.) *bedürftig (G)*, weil ich einen *Erfolg (B)* gut gebrauchen könnte, ob es ihm geholfen hat, was wir erarbeiteten,
- 43) als mich die erlebte Wucht seiner Entgegnung *erschrocken (G)* sein lässt, weil ich sie als Starre seinerseits erlebe, worin ich so etwas wie *Offenheit (B)*, *Entgegenkommen* und *Kooperationsbereitschaft (B)* vermissem, die ich brauche, um meinerseits arbeiten zu können.
- 44) Ich gebe ihm Empathie, allerdings etwas *widerwillig (G)* und *unüberzeugt (G)*, weil ich mich in eine Richtung "gezerrt" erlebe, in die ich nicht möchte – mich fremdbestimmt erlebe, mir also *Autonomie (B)* fehlt
- 45) Ich nehme sein Berührt-Sein wahr und bin (in Reaktion darauf) gleichzeitig *berührt (G)* weil ich einerseits *Offenheit (B)* spüre, und, andererseits, (nichtsdestotrotz vorwiegend:) *skeptisch (G)*, weil ich mehr *Sicherheit (B)* bräuchte, um "wirklich überzeugt zu sein".
- 46) Einerseits bin ich: *zufrieden (G)*, weil ich *den Erfolg (B)* meiner Empathie aus der vorangehenden Stunde verbuche (er bringt den intensivierenden Traum), andererseits, ist mir *unwohl (G)*, weil (indem ich nicht vollkommen einverstanden bin damit, dass ich "mich in eine mir nicht angenehme Richtung bewegt erlebe) ich mir etwas fremdbestimmt vorkomme, mir also *Autonomie (B)* fehlt. Insgesamt bin ich also *ambivalent (G)*, weil mir *Klarheit (B)* (über mich selbst) fehlt.
- 47) Ich bin *etwas entsetzt (G)*, *ratlos* und *frustriert (G)*, (über die als solches von mir erlebte "Sinnlosigkeit, immer wieder zu den Eltern zurück zu wollen", während ich ihm doch "den Weg ´raus zeigen möchte", insofern also) weil ich mangelnde *Resonanz (B)* erlebe.
- 48) *Unwillig (G)*, weil ich ihm ("auf andere Weise" als das, was ich als ungünstig regressiv erlebe) *helfen möchte (B)*, indem ich das nicht erfolgreich bestimmen kann, erlebe ich zusätzlich wohl meine *Autonomie (B)* gefährdet.
- 49) Ich bin *erschrocken (G)* und *verärgert (G)*, weil ich *Offenheit (B)* und *Friedlichkeit (B)* vermissem, die ich als essenzielle Bedingungen für Veränderung, sowie für die produktive Atmosphäre unserer Zusammenarbeit, erachte.
- 50) Hier bewerte ich ihn als "nimmersatt" und "gierig", bin "dahinter" *unzufrieden (G)*, weil ich (ihn immer noch nicht von der ungünstigen "kindlich" fordernden Position abbringen, und damit) nicht zur *Bereicherung des Lebens (B)*, oder, in diesem Sinne, nicht zur *Progression (B)* der Therapie beitragen kann
- 51) *Erschöpft (G)*, weil ("bei allem bisherigen Einsatz") wenig *Erfolg (B)*
- 52) *Ratlos (G)*, weil wenig *Erfolg (B)* ("obwohl alle Register gezogen")
- 53) *Frustriert (G)* insistiere ich etwas, dass das ´doch ein *Erfolg (B)* ist´, vermissem dabei also auch die *Progression (B)*, indem er das für sich annimmt, es zu seinem Eigenen macht

- 54) *Bemüht (G)* und einigermaßen *ruhig (G)* in dieser Situation, weil es mir um *Klarheit (B)* geht (was die Realitätsklärung angeht – "dafür hatten Sie sich stark gemacht...")
- 55) In der Linie mit "54" bin ich *hoffnungsvoll (G)*, doch jedenfalls etwas die Selbstreflexion, und damit im Sinne der Therapie, die *Progression (B)* zu fördern.
- 56) *Entsetzt (G)* und *hilflos (G)*, weil ich (keinen Hinweis auf Flexibilität, Veränderungsbereitschaft usw. sehe, angesichts "seiner Starrheit" also) nicht ausreichend *Resonanz (B)* erlebe.

3.2.3. Dritte Darstellungsebene – erste Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens - der darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten

Die Falldarstellung soll im Folgenden zur genaueren Untersuchung in fünf Abschnitte untergliedert werden:

3.2.3.1. Narrative Einleitung

3.2.3.2. Die vorangehenden Stunden – Interaktionselemente aus der 176. bis 179. Stunde

3.2.3.3. Vignette 1. Teil – die 180. Stunde

3.2.3.4. Vignette 2. Teil – die 181. Stunde

3.2.3.5. Die nachfolgenden Stunden - Interaktionselemente aus der 182. und 183. Stunde

In der vorliegenden dritten Darstellungsebene wird das Ergebnis der zweiten Darstellungsebene (Analyse der Bedürfnisse des Therapeuten) verdichtet und nach dessen innerer Kohärenz gesucht. Diese Verdichtung erfolgt unter der Fragestellung: Welche der analysierten Bedürfnisse (des Therapeuten) sind in der vorliegenden Falldarstellung dominant - *wesentlich*, indem sie sich relativ häufig abbilden und intensiv affektiv besetzt sind?

Die Fragestellung soll, aus Gründen der Handhabbarkeit, zunächst in jedem der oben benannten fünf Abschnitte einzeln bearbeitet werden. Aus der 180. und der 181. Stunde sind längere zusammenhängende Interaktionen dargestellt, was hier als "Vignette" bezeichnet wird. Aus den vorangehenden und den nachfolgenden Stunden dagegen sind jeweils kurze Interaktionselemente aufgeführt (zur methodischen Begründung der Materialauswahl, siehe Kapitel II. Die Zahlen in runden Klammern weisen auf die Nummerierung der einzelnen Beziehungsmomente ("MBM") in der ersten und zweiten Darstellungsebene (3.2.1. und 3.2.2.) hin).

3.2.3.1. Narrative Einleitung (MBM 1-8)

Dabei handelt es sich im Grunde um eine kurzgefasste Darstellung der Auswirkung des bisherigen Prozesses auf den Therapeuten. Diese Auswirkung auf den Therapeuten findet ihre Abbildung darin, welche Informationen hinsichtlich Anamnese, bisherigem Prozess und Patientenpersönlichkeit dieser für essenziell hält, um die anschließende Falldarstellung verständlich machen zu können.

Drei für das Verständnis der Kasuistik *relevante* Bedürfnisse des Therapeuten lassen sich bereits in dieser einleitenden Narration erkennen:

Das Bedürfnis nach therapeutischem (beruflichem) Erfolg. In den MBM 4-7 geht es für den Therapeuten darum, sich mehr oder weniger erfolgreich in seiner Arbeit zu erleben. Dies schlägt sich nieder in seiner Wahrnehmung des Entwicklungsstandes des Patienten (MBM 5 u. 6) sowie des Effekts der bisherigen therapeutischen Bemühungen (MBM 4 u. 7).

In den MBM 2,3 und 8 bildet sich **das Bedürfnis des Therapeuten nach Nähe bzw. Verbindung** ab. Auch, wenn es hier (natürlicherweise) eine Überschneidung mit dem oben benannten Bedürfnis nach therapeutischem (beruflichem) Erfolg gibt (da Nähe und Verbindung für die Wirksamkeit der Übertragungsbeziehung essenziell sind), steht hier doch das unspezifische Bedürfnis nach Nähe und Verbindung (affektiv) im Vordergrund. Das hier bezeichnete Bedürfnis nach Nähe bzw. Verbindung ist für die therapeutische Situation insofern unspezifisch, als dass es ubiquitär in Beziehungen auftritt.

In nur einem und zwar dem ersten MBM bildet sich das **Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit** ab. Die drastisch wirkende Gegenübertragungs-Fantasie ("Raubtier") und die frühe Positionierung im Text betonen dieses Bedürfnis des Therapeuten und legen dadurch nahe, auf

Hinweise zu achten, ob dieses Bedürfnis auch im Folgenden aus tieferen Schichten des Unbewussten mitwirkt.

Untersucht man die Qualität der auf diese Bedürfnisse bezogenen Affekte, fällt auf, dass einzig bei MBM 2 ein positiver Affekt mitschwingt – "*angerührt*" (weil eine gewisse Verbindung erlebbar ist). Alle anderen MBM gehen mit negativen Affekten einher - als Ausdruck der Nichterfüllung der Bedürfnisse des Therapeuten nach *Erfolg* und *Nähe* [MBM 4-7: *Frustration, Unzufriedenheit und Hilflosigkeit*; MBM 1,3 u. 8: *Verunsicherung, Irritation und Enttäuschung*]. Das initial anklingende (unbefriedigte) Bedürfnis nach *Schutz* unterstreicht das Atmosphärische einer nicht-glücklichen Beziehung.

3.2.3.2. Die vorangehenden Stunden (Interaktionselemente 176. -179.Stunde) (MBM 9-27)

In diesen Stunden bestimmt das Ringen um Progression, als konkrete Form des *Bedürfnisses nach therapeutischem Erfolg*; wesentlich das Erleben des Therapeuten. Zunächst erlebt er in mehreren Interaktionsmomenten, dass Progression stattfindet und reagiert affektiv entsprechend positiv mit *positiver Überraschung* und *Freude* (MBM 11, 13). In dieser (176.) Stunde zeigt sich der Patient zweifelsfrei so, wie vom Therapeuten, im Sinne von Fortschritt, gewollt - selbstreflektierend und kommunikativ, sich offenbarend.

Interessant ist nun, dass trotz dieser vom Therapeuten erlebten Progression, dicht darauf folgend, *Misstrauen, Unzufriedenheit, Ungeduld und Enttäuschung* im Therapeuten anklingen (MBM 12 und 14-16 – jeweils direkt im Anschluss an oben benannte progressive Bewegungen des Pat. (s.o., MBM 11 u. 13)). So entsteht eine Art wellenförmige Affektlage des Therapeuten, eine stimmungsmäßige Ambivalenz, die wirkt, als "interferiere etwas" mit der affirmativen Wahrnehmung der (doch intendierten) Progression des Patienten – es schieben sich die benannten negativen Affekte zwischen die positiven – Nichterfüllung und Erfüllung des Bedürfnisses nach Progression werden in schnellem Wechsel erlebt.

Eine analoge Wellenbewegung lässt sich in der 177. und 178. Stunde beobachten. Zunächst macht der Patient in der 177. Stunde und, daran anschließend, in der Supervision, eine Bewegung, die als unmittelbarer Erfolg der soeben geleisteten Kooperation zwischen Patient und Therapeut aufgefasst werden kann (MBM 17 -19 u. partiell 20). Bei MBM 20 klingt im Therapeuten, neben Freude über die vollzogene Bewegung und daraus resultierendem Interesse und Neugier, andererseits, auch *Misstrauen* erneut an. Als dann allerdings der Patient, gegen Ende der Darstellung von seiner positiven Bewegung in der Supervision, eine auf die Supervisorin bezogene Bemerkung nach der Art seines klagend vorwurfsvollen Musters macht, kippt die Gestimmtheit des Therapeuten unmittelbar, und die darauf bezogene Gegenübertragungs-Fantasie (nach der 178.Stunde) ist ausgesprochen heftig ablehnend (MBM 21).

Die anschließende Beruhigung (MBM 22 u. 23) gelingt dem Therapeuten nicht aufgrund einer Relativierung seiner negativen Bewertung des Interaktionsgeschehens, sondern eher im Sinne einer internen Notfallmaßnahme - durch *Selbstepathie* und eine *Rückversicherung* auf der Selbstebene.

Anschließend erfolgt im Therapeuten erneut eine Ein-Stellung auf den eifrigen, "den Patienten zur Progression treiben wollenden" Modus (MBM 24, 26 u.27) einschließlich der Wunsch-Fantasie, mehr Macht über den Patienten haben zu wollen (MBM 25). Der Therapeut ist bemüht - affektiv dabei vorwiegend *angestrengt* – Progression herbeiführen zu wollen. Allerdings ist er mit dem Ergebnis seiner Bemühungen *unzufrieden*, was sich besonders deutlich in den Gegenübertragungs-Fantasien im Nachklang zu den Therapiestunden (MBM 24-27) abbildet. Es ist, als ob er Kompensation suche in der Vorstellung, wie es besser laufen könnte.

Zusammenfassend lässt sich für diesen Abschnitt der (der Vignette vorangehenden) Stunden 176-179 eine Stereotypie im (ambivalenten) Erleben des Therapeuten erkennen, die durch 3 ineinandergreifende Tendenzen gekennzeichnet ist:

1. Die affektiv positiv verbuchte **Erfüllung des Bedürfnisses nach Progression** (ausgelöst durch eine aktuell stattfindende progressive Bewegung des Patienten - sowohl für sich allein als auch in Kooperation mit dem Therapeuten – also in der Übertragungsbeziehung)
2. Die affektiv negativen Anklänge als (vermutlicher) Ausdruck des **nicht ausreichend erfüllten Bedürfnisses nach Sicherheit und Vertrauen** (dass die unter "1" benannte aktuelle Bewegung stabil, nachhaltig und verlässlich ist). Diese affektiv negativen Anklänge tauchen entweder relativ niedrigschwellig in Reaktion auf die wiederholt auftretenden, als vorwürflich und anspruchlich fordernd wahrgenommenen Klagen des Patienten (MBM 15,16,21) auf, oder, "paradoxaerweise", nachdem der Patient unmittelbar zuvor den Intentionen des Therapeuten geradezu entgegengekommen ist (MBM 12 und 14).
3. Die Tendenz des Therapeuten, zu einem aktiven Modus Zugriff zu nehmen, um **den Patienten zur Progression zu drängen** (zu "zwingen"). Diese Ein-Stellung des Therapeuten wirkt, als habe der Patient von sich aus gar keine Anstalten gemacht, sich in diese Richtung zu bewegen. Ausgelöst wird dieses Drängen-Wollen quasi endogen im Therapeuten als Reaktion auf sein unter Punkt 2 dargestelltes Erleben mangelnden Schutzes.

Auffällig ist in dieser Sequenz also, dass der Therapeut (bewusst) von seinen Bedürfnissen nach *Progression* und *Verbindung* bestimmt wird, sich von deren Erfüllung allerdings auf eine rätselhafte Weise dort, wo sie in durchaus signifikantem Maße eintritt, relativ wenig *zufrieden* stellen lassen kann.

Weiterhin wird deutlich, dass die bekannten lebensstiltypischen Klagen des Patienten, welche man als Ausdruck des einen Pols seiner Ambivalenz auffassen kann, im Erleben des Therapeuten ein vergleichsweise großes Gewicht bekommen.

Dies führt unterm Strich dazu, dass sich der Therapeut in der Rolle eines "strengen Vaters" wiederfindet, der mit einer gewissen Rigidität ausschließlich auf die Misserfolge – die nicht zur Erfüllung des Ziels *Progression* passenden Verhaltensweisen - des Patienten fokussiert.

3.2.3.3. Vignette, erster Teil – die 180. Stunde

Die Stunde beginnt (aus der Perspektive des Therapeuten) mit einem MBM (28), der dem oben (unter 3.2.3.2.) unter Punkt 3 beschriebenen Erleben des Therapeuten entspricht (welches ihn den Patienten "drängen" lässt): Der kommunikative Misserfolg des Patienten in der Familienbeobachtungssituation ("den Mund nicht aufbekommen zu haben") löst bei ihm eine vielleicht technisch korrekte, aber im Grunde auf Distanz bleibende - Empathie (und damit Nähe) verweigernde kommunikative Reaktion - aus (MBM 29).

Als der Patient "am Ball bleibt", indem er sich weiterhin offenbart (er zeigt seine Hilflosigkeit) lässt der Therapeut mehr Nähe zu und bietet "etwas Empathie" (MBM 30). Die skeptisch abwartende Grundhaltung persistiert zwar im Hintergrund – im Sinne der oben (3.2.3.2.) unter Punkt 2 bezeichneten Einstellung -, weicht allerdings graduell weiter auf: Als der Patient sich zunehmend offenbart und spürbarer wird ("ich wurde ganz kleinlaut..."), ist der Therapeut *gerührt* (MBM 31) und versucht, mehr Empathie zu geben (MBM 32).

Während der Therapeut den abstandwahrenden Fragemodus beibehält (MBM 33), vertieft der Patient durch weitere Selbstmitteilung, indem er von seiner "...Scham..." spricht (MBM 34). In seiner Reaktion darauf lässt sich der Therapeut davon relativ wenig berühren, reagiert allerdings deutlich auf die von ihm als entwertend empfundene Bemerkung des Patienten, dass die ("als Problem des Patienten" vom Therapeuten mit Engagement) besprochene Situation "doch

vergleichsweise leicht" sei.

Die Reaktion des Therapeuten fokussiert auf den durch die fehlende Wertschätzung (MBM 34) ausgelösten Ärger, sodass an dieser Stelle seine Einstellung affektiv zu einer Seite kippt – fast so, als sei die eben noch erlebte Kooperation annulliert, wertlos geworden - als erlebe er durch die mangelnde Wertschätzung seitens des Patienten die Aufhebung des eben Erreichten. Offensichtlich braucht er mehr Sicherheit (entsprechend der oben unter 3.2.3.2. Pkt. "2" charakterisierten Weise) Als er erneut wie "in Deckung bleibend" nachfragt (MBM 35), schwingt subtil Ärger mit, der dadurch interaktionell wirksam werden kann.

Als würde der Patient dies seismographisch spüren (und vielleicht wie einen diskreten Rückzug bzw. eine Ablehnung verbuchen, was psychodynamisch plausibel wäre) verfällt er daraufhin in seinen "machtbetonten" verstrickten Abwehrmechanismus (der Fantasie, "den Eltern die Maske vom Gesicht reißen zu wollen"). Damit, so sieht es der Therapeut, erklärt er im Grunde seinen zentralen Irrtum – sein Lebensstil-Element – Beziehung und Nähe erzwingen zu wollen (MBM 36 u. 37). Interessant ist nun, dass er, statt der Gelegenheit, den ungünstigen Lebensstil an dieser Stelle ins Bewusstsein zu heben, ausschließlich das "halb leere Glas" wahrnimmt, indem er darauf fokussiert, dass der Patient "nicht Linie hält" und infolgedessen mit negativen Affekten – *unzufrieden* und *ärgerlich* – reagiert. Affektiv liegt also ein Hinweis vor, dass ein Bedürfnis unerfüllt ist, das vielleicht mit *Wirkung erzielen* treffend beschreibbar ist.

In einer auffälligen Weise wird die Kommunikation von unbewusst zu unbewusst an dieser Stelle insofern symmetrisch, als dass der Therapeut jetzt, dem Patienten nicht unähnlich, in seinem *Ärger* ebenfalls einen ähnlichen Impuls wie "Maske runterreißen" verspürt, vielleicht am liebsten sagen würde: "Sehen Sie nicht, was Sie tun, hören Sie doch endlich auf damit" (MBM 36 u. 37). An dieser Stelle entscheidet sich der Therapeut dafür, dass dies "für den Patienten im Moment nicht zumutbar" sei (MBM 38 und 40). Die Äußerung des Patienten, die man empathisch auch als Zweifel und Unsicherheit, sich auf eine neue Weise einzulassen, auffassen könnte ("Filiz haute ja auch gleich ab, als ich..."), wertet der Therapeut als Ablehnung seiner Einstellung (MBM 39), und vermeidet an dieser Stelle, seine Auffassung in den Diskurs einzubringen. Vermuten kann man, dass sich der Therapeut auf eine bestimmte Weise angegriffen fühlt, bzw., einen Angriff befürchtet, wenn er "in der Nähe bleibt", also aus einem *Bedürfnis nach Schutz* heraus reagiert.

Dafür kämpfend, dass das bisher Erreichte, der bisherige Erfolg, nicht "zerschellt", gleichzeitig die Gefahr, dass die Verbindung abreißt, spürend, versucht der Therapeut beide Bedürfnisse – Progression (Erfolg) und Verbindung - unter einen Hut zu bringen (MBM 42: "Meinen Sie dass Ihnen das [Besprochene] helfen könnte...?").

Die therapeutenseits gewünschte Erfolgsmeldung kann der Patient offensichtlich nicht geben, es ist fast, als sagte sein Unbewusstes "Nein, das kann ich nicht, ich brauche etwas Anderes" (MBM 43).

Dies unbewusst verstehend, lässt sich der Therapeut, fast wider Willen, bewegen, sich empathischer einzulassen (MBM 44). Daraufhin antwortet der Patient (wieder) mit einer Öffnung auf einer tieferen Ebene (MBM 45), was den Therapeuten zwar partiell emotional erreicht, gleichwohl aber sein Bedürfnis nach *Sicherheit* nicht ausreichend bedient, weshalb die Freude getrübt (die Skepsis übergewichtig) bleibt.

3.2.3.4. Vignette, zweiter Teil – die 181. Stunde

Die abschließend unter 3.2.3.3. dargestellte Ambivalenz im Erleben des Therapeuten setzt sich hier fort:

Die Resonanz aus dem Unbewussten des Patienten auf die Be-Rührung aus der Vorstunde ist eindrucksvoll – er bringt einen unschwer auf den Übertragungsprozess zu beziehenden Traum in den therapeutischen Diskurs ein, der den Topos des "Suchens" vertieft und in dessen Narration der

Therapeut als "die andere Person" vermutet werden darf. Die offensichtliche Bedeutsamkeit des Traums wird noch unterstrichen durch die Aussage des Patienten, dass die Vorstunde "ein Volltreffer" gewesen sei.

Auffällig ist nun, wie der Therapeut die Chance, diesen Traum auszuschlachten und mit Gewinn in den Übertragungszusammenhang einzubringen, nicht nutzt. Stattdessen reduziert sich seine Reaktion darauf, dem Patienten "die ungünstige regressive Tendenz auszutreiben" (MBM 47 u. 48), und er tut dies mit einer Konzentration, als stemme er sich mit Macht gegen einen Feind. Sein ambivalentes Erleben – Freude über die Intensivierung des Prozesses, einerseits (MBM 46), versus Entsetzen, Ratlosigkeit, Frustration und Unwilligkeit (MBM 47 u. 48) über das "überhaupt-noch-Auftreten der ungünstigen regressiven Tendenz", andererseits – kippt in dieser Stunde einseitig zugunsten des Letzteren – mit einer Eindeutigkeit, die die Phantasie generiert, der Therapeut sei selbst bedroht.

Anschließend "rutscht" der Patient in die lebensstiltypische Opfererlebensweise (in dieser Situation gegenüber der Mutter seines Kindes "als Täterin") und weiss sich nicht anders zu helfen, als (in seiner Phantasie) brutal um sich zu schlagen (MBM 49).

3.2.3.5. Die nachfolgenden Stunden (Interaktionselemente 182. u. 183. Stunde) (MBM 50-56)

Die aus den nachfolgenden zwei Therapiestunden herausgezogenen Interaktionselemente dokumentieren eine Kontinuität (im Erleben) des Therapeuten hinsichtlich der negativen Beurteilung des Therapieerfolgs. Es ist, als hätte die Intensität der 180. und 181. Stunde keinen wesentlichen Niederschlag im Erleben des Therapeuten gefunden.

Der Therapeut bewertet den Patienten zu Beginn der 182. Stunde negativ (MBM 50) und ist dann *unzufrieden, erschöpft, ratlos* und *frustriert* bezogen auf den *Therapiefortschritt*. Diese bewertende, von negativem Erleben geprägte, Einstellung des Therapeuten wird, im Sinne der unter 3.2.3.2. Pkt. 2 beschriebenen Tendenz, ausgelöst durch Nachklänge zu seinen bisherigen therapeutischen Bemühungen (MBM 51-53) und durch Äußerungen des Patienten, in denen der Therapeut "die alte Ansprüchlichkeit des Patienten" (MBM 50), bzw. dessen "destruktive Tendenz, bisher Erreichtes zu entwerten" (MBM 56), "erkennt".

Zusammengefasst wird auch in diesen "nachfolgenden Stunden" noch einmal das grundsätzlich Überraschende an der affektiven Reaktion des Therapeuten auf die Äußerungen des Patienten deutlich, nämlich, dass sie so ist, als hätte jener nicht einen relevanten Schritt in Richtung (progressionsförderlicher) Introspektion und Selbstreflexion getan, sondern vorwiegend einen Rückfall in alte Stereotypen erlitten.

3.2.4. Vierte Darstellungsebene - zweite Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens, der Gefühle und Bedürfnisse des Therapeuten unter der Fragestellung: *Wo trägt der Therapeut entscheidend aktiv zur Gestaltung des interaktionellen Geschehens bei ?*

Entsprechend der für die erste Kasuistik (s. 3.1.1. bis 3.1.4.) durchgeführten Methode wird auch bei der Bearbeitung dieser Kasuistik eine sukzessive Verdichtung über mehrere Darstellungsebenen vorgenommen. Analog zur detailliert in der Einleitung zu 3.1.4. dargestellten Weise (s. dort) soll nun hier, aufbauend auf den vorangestellten Darstellungsebenen (3.2.1. bis 3.2.3.), in dieser vierten Darstellungsebene die Frage beantwortet werden: Wo trägt der Therapeut **aktiv entscheidend** zur Gestaltung des Übertragungsgeschehens bei, was grundätzlich (wie in 3.1.3. ausgeführt) als ein sehr direkter Ausdruck seines Bedürfnisses gewertet werden darf.

Zur Analyse auf dieser Ebene wird eine Sequenz aus drei aufeinanderfolgenden Interaktionen aus der 180. und 181. Stunde exemplarisch untersucht (MBM 36 bis 49, s.a. 3.2.3.3. und 3.2.3.4.). Diese Interaktionen repräsentieren das in der Kasuistik dargestellte Geschehen (s. 3.2.3.) insofern, als dass sie die charakteristische Auffälligkeit, wie der Therapeut das interaktionelle Geschehen (mit-)gestaltet, mit großer Dichte – exemplarisch – abbilden. (Anmerkung: zur methodisch-methodologischen Begründung, wie es zur Auswahl dieser Sequenz gekommen ist, siehe 2.6.1.. Hier soll zunächst die inhaltliche Eignung der benannten Passage begründet werden:) In dem besagten Ausschnitt bildet sich (beispielhaft) eine für die Beziehungssituation dieser Kasuistik spezifische Weise des Therapeuten ab, interaktionell zu gestalten, *indem er nicht (bzw. nur sehr zurückgenommen) handelt* (während hingegen der Patient unbewusst den Prozess zu vertiefen versucht).

Wie in 3.2.3. detailliert dargestellt, liegt diesem Nicht-handeln des Therapeuten *affektiv ein sich nicht (bzw. nur sehr zurückgenommen) Bewegt-lassen-haben* zugrunde, was auf ein *nicht ausreichend erfülltes Bedürfnis* – vermutlich nach *Sicherheit* – zurückzuführen ist; innerhalb des interaktionellen Geschehens führt die durch jene Affekt- und Bedürfnislage (mit-)bewirkte Ambivalenz des Therapeuten anschließend (im kommunikativen Szenario) zu der beschriebenen Wellenbewegung.

Neben der hohen affektiven Dichte und szenischen Prägnanz erscheint die benannte Sequenz auch deshalb zur exemplarischen Untersuchung des zentralen Beziehungsgeschehens geeignet, weil, wie in 3.2.3. dargestellt, die übrigen MBM innerhalb der Dramaturgie der Kasuistik als auf diesen Höhepunkt hinführend (bzw. ihn ausleitend) verstanden werden können.

So lässt sich in der narrativen Einleitung (s. 3.2.3.1.) und in den vorangehenden Stunden (s. 3.2.3.2.) im Sinne bereits nachweisbarer Vorboten (in der Ambivalenz des Therapeuten und der resultierenden Wellenbewegung) eine Art "Anlauf" beobachten, der dann im (affektiven und interaktionell handelnden) *Nicht-Eingehen auf den Patienten an der prozessual intensivsten Stelle* kulminiert (eben MBM 36 bis 48). Dieser prozessuale Höhepunkt findet, wie in 3.2.3. dargestellt, in der manifesten Bewegtheit des Patienten und dem Übertragungs-Traum seine Abbildung.

Analog dazu kann das Geschehen in den nachfolgenden Stunden so aufgefasst werden, dass es das in diesem Höhepunkt Kristallisierte (aus der Perspektive der hier vorgenommenen Analyse, eine Art *Paralyse* des Therapeuten) "zu besiegeln" scheint – der Therapeut "hakt" quasi das Stattgefundene in einer entdifferenzierten (einseitig negativ konnotierten) Weise "ab", als legte er "den Fall (resignativ) zu den Akten", und - sieht sich entsprechend bestätigt (s. 3.2.3.5.).

Die erste der benannten drei Interaktionen in dieser Sequenz ist durch die MBM 36 bis 40 markiert. Hier benennt der Patient im aggressiven Modus implizit seinen zentralen Irrtum – zu meinen,

Beziehung erzwingen zu können, wo, eine freiheitliche Beziehungskonstellation vorausgesetzt, nur das Anbieten geht. Der Therapeut erkennt dies (MBM 36 u.37), schreckt aber davor zurück, dem Patienten "die Spiegelung zuzumuten", weil er sich nicht ausreichend sicher und geschützt vor der Aggression des Patienten fühlt (MBM 38, 39 u.40). Er mag die mögliche Wut, die er auf seiten des Patienten befürchtet, nicht riskieren. Fast scheint es so, als könne er, der Therapeut, sich an dieser Stelle seinerseits nicht auf das Anbieten beschränken, sondern bräuchte mehr "Garantie", dass der Patient entweder schon "halb-wegs" derselben Haltung sei, oder aber, vielleicht aus einer idealisierenden Haltung dem Therapeuten gegenüber, zur Übernahme von dessen Vorgabe bereit wäre. Aufgrund der Aggressivität des Patienten fürchtet der Therapeut anscheinend, der Verstrickung mit dem Patienten nicht entkommen zu können – eine aggressive Zurückweisung seines Versuchs, dem Patienten Orientierung zu geben, emotional seinerseits nicht aushalten zu können. Dies erscheint jedenfalls die an diesem Punkt bestmögliche Annäherung an die Motivation des Therapeuten für sein nicht-Handeln.

Die zweite Interaktion innerhalb dieser zentralen exemplarischen Sequenz folgt unmittelbar auf die vorangehend dargestellte, am Ende der 180. Stunde (MBM 42 bis 45). Nach einer vom Therapeuten als relativ barsch erlebten Entgegnung des Patienten (MBM 43), lässt sich der Therapeut bewegen, dem Patienten dennoch weiter entgegen zu kommen (MBM 44), ohne allerdings sein kurz aufblitzendes *Erschrockensein* und den eigenen Unwillen bei diesem Entgegenkommen ausreichend zu beachten (MBM 43 u. 44). Durch diesen Mangel an Selbstempathie seitens des Therapeuten gerät dieser in eine Art Schuld sich selbst gegenüber, was sich in mangelnder Offenheit dem Patienten gegenüber niederschlägt, mit der Folge, dass an dieser Stelle eine Chance beginnt vertan zu werden (MBM 45; wie analysiert in 3.2.3.3.) - er bekommt zu der (von ihm selbst mit-induzierten) Öffnung des Patienten emotional keine wirkliche *Verbindung* (Zum Begriff der Verbindung, s. 2.5. – Terminologie der GfK).

Trotzdem wirkt sich seine Reserviertheit in diesem Interaktionsmoment *noch nicht* aus – der Patient ist mit dem eher unwillig zurückhaltenden Entgegenkommen, das, aufgrund der mangelnden emotionalen Verbindung, fast als "empathie-technisch" bezeichnet werden kann, offensichtlich (zunächst) "ausreichend bedient". Letzteres wird daran erkennbar, dass der Patient seinerseits das Geschehen noch einmal signifikant vertieft (s.u., MBM 46)...und erst später (MBM 49) in seinen alten Lebensstil-Modus zurückfällt (s.u. – "die dritte zentrale Interaktion" dieser Sequenz. Zur Bedeutung dieser überraschenden Beobachtung für die Theoriebildung, s. 3.2.5.).

Die dritte Interaktion innerhalb der den zentralen Beziehungskonflikt (oder, wenn man so will: das zentrale unbewusste intersubjektive Geschehen) abbildenden Sequenz findet vor dem Hintergrund einer erneuten Steigerung der Prozess-Intensität zu Beginn der 181. Stunde statt - als der Patient das vor der aktuellen Therapiestunde geträumte unbewusste Material, quasi sein Weiter-gearbeitet-haben zwischen den beiden Stunden, in den Diskurs einbringt (MBM 46). Indem die Prozess-Intensität durch das Auftauchen des psychoanalytischerweise als pures Material begrüßten Traumbildes also noch einmal gesteigert worden ist, erfährt auch hier das Nicht-handeln des Therapeuten (durch das nicht-in-der-Tiefe-auf-den-Traum-Eingehen) noch einmal eine Betonung. Noch prägnanter als in den beiden vorangehend besprochenen Interaktionen imponiert hier, wie sehr der Therapeut dem Patienten nicht folgt, woraufhin dann folgerichtig die unbewusste lebensstiltypische Enttäuschungs-Reaktion des Patienten unmittelbar eintritt – er dreht die bisherige Öffnung zurück, verschließt sich und verfällt, wie in 3.2.3.4. dargestellt (s. dort) in seinen alten neurotischen Modus (MBM 49).

Interessant ist nun, dass in der gesamten Sequenz bis kurz vor Schluss (MBM 49) die zurückhaltende Interaktionsweise des Therapeuten ganz offensichtlich gar nicht schadet – öffnet sich doch der Patient durchaus zunächst im Sinne der Prozess-Progression. Es ist, als ob der Patient

eine Zeit lang die abwartende Haltung des Therapeuten durchaus im Sinne eines Ansporns, *seiner eigenen Initiative zu folgen* (also im Sinne von Progression), verwerten kann. Das Verhalten des Therapeuten wirkt im Unbewussten des Patienten als potenziell abgegrenzt – getrennt – bis es, durch das Nicht-Eingehen auf den Traum, zur Widerlegung dieser Abgegrenztheits-Vermutung kommt – das Patienten-Unbewusste erkennt: die Zurückhaltung des Therapeuten war offensichtlich anders, und zwar kollusiver, motiviert (dazu mehr in 3.2.5.3.).

In Analogie zu 3.1.4. kann festgestellt werden, dass der (anlässlich des vorangegangenen prozessualen Beziehungsgeschehens) bereits skeptisch, abwartend und vorsichtig gewordene, d.h. also eher zurückhaltende Therapeut, dem Patienten gegenüber soviel Beziehungsangebot macht (s.o., 3.2.3.), wie er zu geben in der Lage ist. Dies umfasst, wie bereits ausgeführt, deutlich weniger als die Entsprechung im aktuellen Beziehungsangebot des Patienten – normalsprachiger: aus dieser Situation wäre therapeutisch deutlich mehr "herauszuholen" gewesen. Aus einer starken eigenen Motivation heraus, hält der Therapeut sich in dieser Sequenz zurück, traut sich nicht, "das Heft in die Hand zu nehmen" und (im Unterschied zu 3.1.) ein beziehungsmaßiges Risiko einzugehen. Dadurch, so darf vermutet werden, enttäuscht er den Patienten nachhaltig. Begreift man also die manifeste kommunikative Interaktion als Ausdruck eines unbewussten intersubjektiven Dialogs, **so sagt der Therapeut dem Patienten (in Analogie zu 3.1.4.) implizit, was bewusst - expressis verbis - so lauten würde:**

1. Ich erkenne, wie Sie ihrer unglücklichen, weil sozial erfolglosen (Interaktions-)Strategie gefangen sind. Um Ihnen das zu spiegeln, bräuchte ich zusätzliche Sicherheit, indem *Sie* sich (noch mehr) öffnen (MBM 38 u. 39).
2. Ich beobachte zwar, dass Sie sich (partiell sogar erheblich) öffnen, jedoch entsteht gleichzeitig weiterhin keine tiefe Verbindung in meinem Gefühl zu Ihnen. Affektiv stärker als Ihre Öffnung bestimmt mich im Moment die (so erlebte) Barschheit ihrer Entgegnung (MBM 43), nachdem ich mich vorsichtig nach dem Effekt unserer gemeinsamen Arbeit erkundigt habe (MBM 42). Dies lässt mich mich noch etwas mehr verschließen, ohne dass ich darauf eine (dies auflösende) Antwort in mir finde. So bekomme ich auch nicht ausreichend Verbindung zu mir selbst. Deshalb ist mein Ihnen daraufhin zur Verfügung gestellter einführender Deutungsversuch nicht vollkommen in Übereinstimmung mit mir selbst, umgangssprachlich: nicht von ganzem Herzen, sondern partiell widerwillig und unüberzeugt (MBM 44). Resultierend bin ich trotz Ihrer nichtsdestotrotz resultierenden augenscheinlichen Rührung *nicht selbst in der Tiefe berührt* (MBM 45).
3. Ich beobachte in dem von Ihnen mitgebrachten Traum eine weitere Vertiefung, die mich emotional erneut nur partiell erreicht. Überwiegend ist mein Affekt bestimmt von meinem Impuls, das Geschehen im Sinne einer Totalität beherrschen zu wollen (MBM 46) ("die unsinnige regressive Tendenz des 'zurück zu den Eltern' auszutreiben" (MBM 47 u. 48)). In Ihrem daraufhin stattfindenden "Rückfall" (MBM 49) sehe ich mich darin bestätigt - dass Sie mir nicht wirklich zu folgen bereit sind.

Das Erleben des Patienten innerhalb des unbewussten intersubjektiven Dialogs, dürfte in dieser Sequenz ein davon deutlich differentes gewesen sein und – expressis verbis - etwa so lauten:

1. Ich verstehe Ihre abwartende Haltung so, dass ich selber an meiner Öffnung und Selbstreflexion arbeiten soll. Das will ich ja auch tun, zumal ich bereits etwas Hoffnung geschöpft habe, dass das in unserem Dialog auch in einer relativ schamfreien Weise geht. Unter anderem im Zusammenhang mit der Supervision habe ich auch erlebt, dass, entgegen meinen originären Befürchtungen, "Schwäche

- zu zeigen" mir nicht zum Nachteil gereichen muss.
2. Trotz Ihrer abwartenden Haltung, bei der ich zwar einen gewissen Druck aber auch die Freiheit erlebe, selber zu machen und meinem eigenen Tempo folgen zu können, bemerke ich Ihr (mir ganz ungewohntes) Bemühen, mir empathisch zu folgen und das hochschambesetzte Erleben meiner Behinderung, "den Mund nicht aufzubekommen, obwohl ich doch Therapeut werden will" als ein sehr basales Bedürfnis zu verstehen. Diese Annäherung macht mir enorme Angst – ich fühle mich 'voll getroffen'.
 3. Ich merke, wie mich das zwischen uns Besprochene aufwühlt und begreife den Traum als direkten Widerhall meiner Aufgewühltheit. Gerne würde ich an dieser Stelle weitermachen, trotz meiner enormen Angst. Ich verstehe Ihre Reaktion auf den Traum nicht...Sie scheinen unzufrieden zu sein und ich fühle mich plötzlich ganz kalt und alleine – meine Angst überwältigt mich – ich verstehe nicht, was passiert - es gibt auf der Welt keine Verbindung für mich - ich werde wütend – auf Filiz. Nur in meiner Wut finde ich noch Halt...

Deutlich wird an diesen beiden Polaritäten des unbewussten intersubjektiven Dialogs dreierlei. Erstens gibt es innerhalb der 3-stufigen Interaktionssequenz eine zunehmende Divergenz, ein Auseinanderdriften der Sichtweisen beider Interaktionspartner auf den gemeinsamen Dialog. Der "gemeinsame Bedeutungsraum" nimmt laufend ab. Zweitens wird durch diesen imaginierten Dialog der präzise Punkt des Bruchs in der Beziehung offensichtlich – als der Patient, der zuvor eher erstaunlich lange im Sinne des sich (progressiv) Weiter-Öffnens "durchgehalten" hatte (MBM 28-46), sich schließlich, aus Frustration über die Unoffenheit des Therapeuten (MBM 47 u. 48) gegenüber dem Einsatz des Patienten-Unbewussten (Traum), ab- und dem alten Muster wieder zuwendet (MBM 49). Und drittens gibt es anscheinend eine Diskrepanz zwischen den Zeitpunkten des Auftretens der Störung der therapeutischen Interaktion *im Therapeuten* und *in der manifesten Kommunikation*. In seiner Wahrnehmung an diesem Punkt selbst noch zu unerfahren, hat der Patient nämlich wahrscheinlich die vor dem Zeitpunkt seines Rückzugs ja bereits bestehende Reserviertheit des Therapeuten nicht ausreichend wahrgenommen, bzw. nicht von wirklicher Getrenntheit unterscheiden können. Es war also die Reserviertheit des Therapeuten im Grunde eine Art Pseudo-Getrenntheit – sie wirkte abgegrenzt und damit zunächst paradoxerweise progressionsförderlich, bevor später deren kollusiver Charakter offensichtlich wurde (dass sie tatsächlich aus dem *Schutz*-Bedürfnis des Therapeuten motiviert war).

Der nunmehr herausgearbeitete präzise Punkt des Bruchs (MBM 47 u. 48) soll jetzt, in Linie mit der grundsätzlichen Methode dieser Arbeit, aus der Perspektive der Bedürfnislage des Therapeuten untersucht werden. Dafür soll u.a. das Kriterium der *Getrenntheit* zuhelfe genommen werden.

Wie in 3.1.3., 3.1.4. und 3.1.5. herausgearbeitet wurde, ist die Erfüllung des Bedürfnisses *Getrenntheit* essenziell für das Gelingen von Beziehungen. (essenziell, indem *Getrenntheit nicht aufgegeben werden kann*. Gleiches gilt für das Bedürfnis nach *Vereinigung*. Keines dieser beiden Grund-Bedürfnisse darf im Sinne der falschen Alternative *auf Kosten* des jeweils anderen innerhalb des existenziellen zentralen Beziehungskonfliktes – EZBK – erfüllt werden. Der EZBK muss also dialektisch gelöst werden, s. ausführlich dazu 3.1.5.1.)

Wie weiter oben ausgeführt, kann es dem Patienten, als sich der Therapeut partiell distanziert verhält, (bis MBM 46) so erscheinen, als sei der Therapeut zuverlässig getrennt (und der hinsichtlich Übergriffen ja traumatisierte Patient könne sich damit *sicher* fühlen).

Schließlich wird die tatsächliche Ungetrenntheit des Therapeuten dann aber offensichtlich – für den Patienten vorbewusst spürbar – als sich der Therapeut, im Rahmen der Traumbesprechung "nicht vom Patienten an die Hand nehmen" lassen kann (MBM 47 u. 48). Im Rahmen des (aus Sicht des Therapeuten) entstehenden Dominanzgerangels, kann der Therapeut den Patienten trotz des

authentischen Angebots aus dessen (Traum-)Unbewussten nicht mehr begleiten ohne der Angst zu begegnen, *seine (eigene) Autonomie* zu gefährden, also zu verlieren (MBM 48). Hier ist die Getrenntheit des Therapeuten eindeutig nicht mehr gegeben, er hätte sonst den Patienten begleiten können in dessen innere Welt, mit einer interessiert fragenden Haltung – 'mal sehen, was er mir zeigen will', ohne Angst haben zu müssen, sein Eigenes (die eigene Autonomie im Sinne der therapeutischen Handlungsfreiheit) dabei zu verlieren.

Von diesem seinem inneren Geschehen erlebt der Therapeut zum Zeitpunkt der Interaktion bewusst lediglich den Unwillen, "vom Patienten auf einen ungünstigen Weg gelockt bzw. gedrängt zu werden" (MBM 47, thematisch klingt dasselbe allerdings auch bereits in MBM 44 an). Was dem Therapeut (ex post analysiert) manifest interaktionell *nicht gelingt*, ist das syntone Mitgehen mit dem Patienten (an der Stelle der Traumbesprechung), er verweigert sich also am Bedürfnis-Pol der *Vereinigung*.

Aus der (dialektischen) Betrachtungsperspektive des existenziellen zentralen Beziehungskonfliktes (siehe 3.1.5.1.) lässt sich nun formulieren: gerade weil der Therapeut fürchten muss, dass seine innere Abgrenzung – *Getrenntheit* - nicht ausreichend stabil ist, muss er die *Vereinigung*, welche die Begleitung des Patienten an dieser Stelle bedeutet hätte, vermeiden.

Das ist der Punkt, an dem die Beziehung im Sinne ihres Entwicklungs- bzw. therapeutischen Potenzials ihre Grenze erfährt. Der Moment, in dem dieses prozessual passiert, kann, aufgrund der (oben dargestellten) Intensität der Interaktionselemente, als potenzieller Now-Moment aufgefasst werden, der damit eine signifikante Veränderungschance darstellte, welche nicht genutzt werden konnte.

3.2.5. Fünfte Darstellungsebene - Abstraktion der vierten Darstellungsebene in dem Versuch, dadurch Elemente einer allgemeingültigen Theorie zu gewinnen

3.2.5.1.

In dieser fünften Darstellungsebene soll die Frage beantwortet werden: Welche Erkenntnisse können aus der in den voranstehenden vier Darstellungsebenen – 3.2.1. bis 3.2.4. - entwickelten Analyse (der in der therapeutischen Situation wirksamen Bedürfnisse des Therapeuten) im Sinne einer grundsätzlichen Anwendbarkeit gewonnen werden? Lassen sich, anders formuliert, aus den interpretierten Beobachtungen praxisrelevante Elemente einer Theorie der Empathie ableiten? (Die Zahlen in runden Klammern beziehen sich auf die ab der ersten Darstellungsebene vorgenommene Nummerierung der einzelnen Beziehungsmomente - MBM)

Für die in 3.2.4. analysierte exemplarische zentrale Interaktions-Sequenz, lässt sich zusammenfassend feststellen, dass der Therapeut dadurch steuert, dass er sich reserviert und zurückhaltend einstellt und so, u.a., vermeidet, dem Patienten Begrenzung durch Spiegelung bzw. Deutung „zuzumuten“, weil er (vermutlich zu recht) spürt, dass ihm, dem Therapeuten, dies nicht in einer ausreichend abgegrenzten und ergo sicheren Weise gelingen würde. Aufgrund der ihm fehlenden Sicherheit riskiert er (im Gegensatz zu 3.1.) *nicht*, selbst enttäuscht (weil zurückgewiesen) zu werden.

Wie bereits ausgeführt (s. 3.2.4.), resultiert diese Vermeidung seitens des Therapeuten darin, dass das dieser Interaktion immanente (Veränderungs-)Potenzial eines Now-moments im Sinne von D. Stern nicht genutzt wird.

3.2.5.2.

Wie in 3.1., gilt auch hier, nach E. Fromm, dass "der Analytiker den Patienten analysiert und der Patient analysiert den Psychoanalytiker ebenfalls, weil der Analytiker, wenn er das Unbewusste seines Patienten teilt, nicht umhin kann, sein eigenes Unbewusstes zu klären" (Fromm 1971, S. 144). Diese Analyse, die man auch ein wechselseitiges Erkennen des eigenen und des anderen Selbst in der Tiefe nennen könnte, „passiert“ weitgehend unbewusst, - auf seiten des Therapeuten partiell vorbewusst (dort, wo er die Einschränkung der Bewegungsspielräume beider Interaktionsteilnehmer spürt, darauf allerdings nicht anders als durch Zurückhaltung zu reagieren weiß - und damit die Einengung nicht auflösen kann).

(Vermutlich) ohne, dass es ihm bewusst wird, erlebt oder "spürt" also auch der Patient an dieser Stelle die Begrenztheit des Therapeuten (wie in 3.2.4. ausgeführt, passiert dies zeitversetzt (181. Stunde – MBM 46 – 49) zu dem Moment, in dem der Therapeut die Chance verpasst, im Sinne des Now-moments "über seinen Schatten zu springen" (180. Stde – MBM 37 – 40)).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich der Patient im Grunde ja, durch die Verstricktheit (Ungetrenntheit) des Therapeuten, emotional in einer Verlassenheitssituation wiederfindet. Sind solche Verlassenheitssituationen sehr bedrohlich (tiefgreifend) – die Einsamkeit unbewusst mit einer Befürchtung, "aus der Welt zu fallen", nicht überleben zu können, gekoppelt - können sie paranoide Reaktionen hervorrufen. Die heftige "Um-Sich-Schlagen-Phantasie" des Patienten erinnert an eine solche, was wiederum ein Hinweis auf die Tiefe der Bewegtheit auf seiten des Patienten in der zentralen Sequenz hindeutet.

Die Reaktionsweise des Patienten an dieser Stelle könnte auch (interaktioneller) interpretiert werden als eine Hoffnung, der Therapeut möge der Belastung des Rückfalls standhalten. Das würde

allerdings eine Bezogenheit des Patienten implizieren, die zu diesem Zeitpunkt möglicherweise gar nicht mehr gegeben ist. Der Patient hat sich in seiner Enttäuschung bereits auf seine alte einsame Position (schizoid) zurückgezogen.

Zurück zur intersubjektiven Betrachtung, dass sich in der zentralen (Interaktions-)Sequenz beide, Patient wie Therapeut, in ihrer Begrenztheit, die sich in einer erstarrten (sozialen) Unbeweglichkeit niederschlägt, begegnen und wahrnehmen. Insofern sind sie auf gleicher Augenhöhe. Allerdings kann der Patient diese Begrenztheiten (die eigene und die des Therapeuten) nicht konzeptionalisieren, und ergo auch nicht ins Bewusstsein heben. Könnte er dies, nämlich die eigene oder gar die Begrenztheit des Therapeuten (empathisch) verstehen, wäre er nicht mehr der Patient. Als Patient ist er angewiesen auf die Empathie des Therapeuten, dafür hat er ihn, wenn man so will, "gebucht", das ist essenzieller Bestandteil des (Therapie-) "Arbeitsvertrags".

Aufgrund der von Regression und Übertragung gekennzeichneten psychoanalytischen Situation muss der Patient die Begrenztheit des Therapeuten an dieser Stelle als Mangel an Zuwendung und genuinem Interesse an seiner Person missverstehen. Das heißt, der Patient erkennt schon den Therapeuten, was, so verstehe ich Erich Fromm, dieser mit "*..der Patient analysiert den Analytiker*" meint (Fromm, 1971, S.141), aber er missversteht ihn eben auch, *weil er (der Patient) nicht ausreichend empathiefähig ist.*

Im Sinne der per angesprochenem Arbeitsvertrag festgelegten Zuständigkeit ist es die Aufgabe und jenseits dieser "vertraglichen Zuständigkeit" auch, im Sinne seiner Identität, die Verantwortung des Therapeuten "für Empathie zu sorgen".

Wäre der Patient empathiefähig, könnte er entweder sich oder den Therapeuten verstehen. In beiden Fällen stünden ihm effektive Hilfsmittel zur Auflösung seiner Freiheitsbeschränkung zur Verfügung. Das (empathische) Verstehen seines Selbst – *ich brauche in diesem Moment Begleitung und bin an altes Nicht-Begleitetwordensein schmerzlich erinnert* – würde ihm auf mehrere Weise ermöglichen für sich zu sorgen.

Einerseits eröffnete sich so für ihn die Möglichkeit, für sich zu sorgen, indem er sein Bedürfnis dem Therapeuten gegenüber formulierte und, andererseits, und vielleicht noch grundlegender, könnte er sich in seiner Bedürftigkeit unabhängig vom Therapeuten wahrnehmen, wodurch sowohl das schmerzliche Angewiesenheitserleben (einschließlich der dicht dahinter liegenden tiefgreifenden Verlassenheits-Befürchtungsphantasie) als auch die sich in Wut entladende Ohnmacht relativiert würden. Seine Bedürftigkeit existierte eben unabhängig vom Therapeuten und wäre jenem zwar immer noch willkommen, aber nicht mehr notwendigerweise und damit nur durch jenen zu befriedigen.

Der nun unmittelbar folgende Reflexionsschritt führt auf die nächsthöhere Abstraktionsebene – die des *existenziellen zentralen Beziehungskonflikts*, also der grundsätzlichen Betrachtung der Beziehungssituation im Spektrum der antagonistischen Parameter *Vereinigung* und *Getrenntheit*. Die Analyse des interaktionellen Geschehens hinsichtlich des existenziellen zentralen Beziehungskonflikts soll weiter unten erfolgen. An dieser Stelle zunächst nur soviel: Sowohl die oben ausgeführten hypothetischen Folgen eines empathischen Verstehens (seitens des Patienten) des eigenen Selbsts als auch die (hypothetische) Möglichkeit, dass der Patient den Therapeuten verstünde ("Aha, ich merke, Sie haben an der Stelle ein Autonomie- (oder anderes) Problem"), hätten wie oben dargelegt zu *Getrenntheit* geführt (*wenn denn Empathie im Spiel gewesen wäre*).

Interessanterweise gilt die gleiche -doppelte- Empathieunfähigkeit auch für den Therapeuten: Wie in 3.2.4. (und 3.2.5. weiter oben) detailliert aufgezeigt, gelingt ihm nicht nur die Fremdempathie für den Patienten nicht, sondern es mangelt ihm auch an Selbstempathie – er versteht die eigene Zurückhaltung nicht, kommt nicht einmal dazu, sie "auffällig" zu finden, sondern rationalisiert sie quasi projektiv, indem er der Version Glauben schenkt, die sich anbietende

Spiegelung sei "dem Patienten derzeit nicht zumutbar". Dies kann allerdings im Rahmen der retrospektiven Analyse nur noch als Abwehr begriffen werden.

3.2.5.3.

Sucht man nun also, im Sinne einer theoretischen Konzeption, nach einem Weg, die Verfahrenheit der Situation von seiten des Therapeuten (dessen natürliche Zuständigkeit dies ja ist) aufzulösen, so wünscht man sich jenen zunächst einmal empathiefähiger (für den Patienten). Dazu ist zu sagen, dass diese "Notwendigkeits-Feststellung", erstens, auf eine eher wenig schöpferische Kräfte freisetzende Beschämung hinausläuft, und, zweitens, wenig realistisch ist, wenn man davon ausgeht, dass wahrscheinlich die meisten Therapeuten Situationen aus ihrer Arbeit kennen, in denen sie sich in beschriebener Weise "verstricken". Es dürfte die "Inzidenz" der Berichte solcher Situationen eher von den Möglichkeiten, die entsprechende Publikations-Scham zu überwinden, bestimmt sein, als von ihrem tatsächlichen Auftreten.

Verena Kast berichtet in ihrem Vortrag *Komplexe und Symbole* (Kast 1987) wie sie sich in einem ebensolchen, festgefahrenen, Therapieprozess dabei beobachtet, dass sie "den Patienten, genauso wie der biographische Vater, erlebt als 'er ist doch wirklich ein Würstchen und man müsste ihm mal endlich in den Hintern treten', dieses Erleben dann dem Patienten (in taktvoller Weise) zugänglich macht mit den einkleidenden Worten – *Sie haben vollkommen recht, wenn Sie annehmen, ich hätte den Impuls, wie Ihr Vater, zu sagen 'nun nehmen Sie sich mal zusammen' aber ich weiß, dass ich nicht das Recht dazu habe* –. Daraufhin sagt der Patient: *'...den letzten Satz hätte der Vater nicht gesagt'*. Nach diesem Now-moment und beginnt sich die Verfahrenheit aufzulösen und der Prozess kommt wieder in Bewegung".

Diese Möglichkeit hätte für den Therapeuten in dieser Situation grundsätzlich ebenfalls bestanden! Voraussetzung dafür wäre allerdings gewesen, dass er an dieser Stelle sein *Unwohlsein* und seine *Verhärtung* (durchgängig in der gesamten Kasuistik nachweisbar, beispielhaft siehe MBM 29/30 und 34, schließlich zusammengefasst in 3.2.3.2. u. 3.2.3.3.) wahr- und "wichtig"genommen hätte. Letzteres sind beschreibende Worte für eine erste rudimentäre Form der Selbstempathie. Anstatt sich seiner Begrenztheit zu schämen und sie projektiv "dem Patienten zuzuschieben" (was psychodynamisch wohl tatsächlich stattgefunden hat), wäre es günstig gewesen, er hätte das Erleben dieser seiner Einengung zulassen, d.h. es selbst-empathisch spüren und dem Therapieprozess durch Verbalisierung nutzbar machen können.

An mehreren Stellen wäre dies vorstellbar gewesen. Auf der Selbstebene hätte er die Verhandlung (zunächst mit sich selbst) zum Beispiel unter der Fragestellung führen können – *warum nicht, bei aller negativen Befürchtung, die (zentrale, weil widerstandsbezogene) Frage einfach einmal versuchsweise stellen*. Und in der Folge wäre eine Fokussierung der eigenen Abwehrsituation naheliegend und der Weg für mögliche Selbstempathie geebnet gewesen. An anderer Stelle (MBM 34) hätte der Therapeut, eine empathische Verbindung mit dem eigenen Selbst vorausgesetzt, seine Ambivalenz, zum Beispiel, folgendermaßen in den Diskurs einbringen können: *Ich höre, wie Sie von Ihrer Scham sprechen und gleichzeitig will mich dies relativ wenig berühren, das verwirrt mich. Wären Sie bereit, mit mir da einmal hinzuschauen?* Ein drittes Beispiel: In dem Beziehungsmoment des "als barsch erlebten Tons" auf seine Nachfrage zum Nutzen der Therapie am gegenwärtigen Fokus (MBM 43/44) hätte der Therapeut sich selbstoffenbar einbringen können, indem er sagt: *Mir fällt es schwer, offen zu bleiben, wenn ich Sie dies sagen höre, weil ich unsicher bin, ob Sie möglicherweise ganz unzufrieden sind mit unserer Zusammenarbeit.*

Die drei beispielhaften Anwendungsphantasien wären selbstempathie-basiert gewesen und hätten, indem sie nicht angreifend oder beschämend dem Patienten gegenüber sind, ein sinnvoller

Startpunkt zum Durchbrechen der therapieprozessbehindernden Verstrickung (Kollusion) sein können.

Dieses Vorgehen hätte nicht zuletzt auch deshalb gute Aussichten auf Erfolg gehabt, weil es implizit die Botschaft transportiert hätte: 'Sehen Sie, auch ich bin ein fehlbarer und begrenzter Mensch – so gehe ich damit um..' wodurch die gleiche Augenhöhe (mit ausgeprägter Entschämungspotenz) gewährleistet gewesen wäre.

3.2.5.4.

Bevor es nun zur Theoriegenerierung im engeren Sinne kommt, bevor also die (aus den ersten vier Darstellungsebenen) generierte Theorie als *Gesetzmäßigkeiten* oder *Regeln der Empathie* zu formulieren versucht wird, soll noch einmal das bisher in dieser Darstellungsebene (s.o.: 3.2.5.1./3.2.5.2./3.2.5.3.) Erarbeitete zusammengefasst und verdichtet werden – quasi als Brückenschlag zur Abstraktion.

In 3.2.5.1. konnte (als Verdichtung von 3.2.4.) festgestellt werden, dass die Einflussnahme des Therapeuten innerhalb der Kasuistik (als unmittelbarer Ausdruck seiner situationsbezogenen Bedürfnis-/Motivationslage) in seiner Vermeidung, seinem Nicht-Handeln, besteht und zwar in einer Situation, als der Patient sich (veränderungsbedeutsam) zu bewegen versucht.

In 3.2.5.2. wird die intersubjektive Dynamik des interaktionellen Scheiterns analysiert. Beobachtet wird dabei unter den aus der ersten Kasuistik (3.1.) gewonnenen (*axialen*) Kodierungen *Empathie*, *Empathiefähigkeit*, *EZBK (Getrenntheit vs. Vereinigung)* und *Kollusion (Verstrickung)*. Dabei ein Zusammenhang zwischen *Empathie* und *Getrenntheit* hergestellt. Die Darstellung nutzt die hypothetische Annahme, *wie es gewesen wäre, wenn Empathie das Beziehungsgeschehen wesentlich (anders) bestimmt hätte.*

Der Punkt 3.2.5.3. reflektiert, wie der Therapeut sich hätte helfen können - was es also gebraucht hätte, um die "technisch neutrale Position" zu halten und die prozessuale Progression zu fördern - in einer kollusiven Situation, wie der beschriebenen, deren Auftreten, andererseits, als nicht ungewöhnlich im Therapiealltag postuliert wird. Hier schlägt sich der signifikanteste Erkenntnisgewinn nieder, indem durch die Reflexion "wie die Interaktion hätte günstiger laufen können", erkennbar wird, warum es mit einer traditionellen psychoanalytischen Haltung so schwierig sein kann, derartige (kollusive) Situationen erfolgreich im Sinne einer win-win-Situation für die Therapie zu bewältigen.

3.2.5.5. Neue Gesetzmäßigkeiten innerhalb einer Theorie der Empathie

Aus der Analyse des "Schiefgegangenen" und aus dem skizzierten Szenario – wie es günstiger hätte laufen können – lassen sich mehrere Gesetzmäßigkeiten der Empathie theoretisch formulieren:

3.2.5.5.1.

Aus der Analyse, "wie es schiefging" (3.2.5.2.) wird durch die hypothetische Reflexion, wie es gewesen wäre, wenn der Patient empathiefähiger gewesen wäre (mit sich oder mit dem Therapeuten), deutlich, dass er dann den Therapeuten nicht mehr benötigt hätte – nicht mehr Patient gewesen wäre, insofern, als dass er unabhängiger, selbstbestimmter und eigenständiger und insofern weiterentwickelter im Sinne genuiner psychoanalytischer Entwicklungsziele gewesen wäre. Der Grad der Empathiefähigkeit ist somit ein Strukturentwicklungsparameter. Die erste der gewonnenen "Empathieregeln" ist nicht so überraschend:

- *Ein Patient ist ein Patient, indem er nicht ausreichend empathiefähig ist, um sich oder andere zu einem Grad zu verstehen, der ihm erlaubt, so zu kommunizieren, dass er ein ausreichend zufriedenes - seinen Bedürfnissen entsprechendes - Leben führen kann*

Formuliert man diese Aussage grundsätzlicher, absoluter im Sinne einer von der Therapiesituation abgelösten Gültigkeit, wird es etwas brisanter:

- *Empathiefähigkeit, als die Möglichkeit, eigene oder anderer Menschen Motivationen zu verstehen, ist ein Ausdruck des Grades der individuellen Persönlichkeitsentwicklung, der strukturellen Reife des Individuums*

Der Therapeut ist in diesem Sinne hinsichtlich der für diesen Patienten bzw. für sich selbst in dieser Interaktion notwendigen Empathiefähigkeit nicht ausreichend "gereift".

Eine aus der formulierten Gesetzmäßigkeit folgende professionelle Haltung würde sich entsprechend darin äußern, zu empfehlen, dass Therapeuten um einen Zuwachs an Empathiefähigkeit im Sinne einer kontinuierlichen Professionalisierung ringen.

3.2.5.5.2.

Die unter 3.2.5.5.1. auf (hypothetische) Empathiefähigkeit zurückgeführte "Nicht-mehr-Benötigung" des Therapeuten (durch den Patienten) wäre gleichbedeutend mit einer Trennungsfähigkeit des Patienten. Trennungsfähigkeit aber ist die Voraussetzung für eine dialektische Lösung des existenziellen zentralen Beziehungskonflikts (s.a. 3.1.5.1. bis 3.1.5.3.). Daraus folgt, dass Empathiefähigkeit direkt mit Trennungsfähigkeit korreliert, sogar dazu führt. Es lässt sich deshalb formulieren:

- *Empathie wirkt grundsätzlich antikollusiv, d.h. sie begünstigt eine dialektische Lösung des existenziellen zentralen Beziehungskonflikts*

3.2.5.5.3.

Aus dem dargestellten Szenario des Scheiterns wird deutlich, dass der Therapeut, um mit dem Patienten empathisch sein zu können, zunächst einmal die eigene Not hätte erkennen müssen – dort, wo er den Patienten als Ausdruck der Kollusion, nicht mehr begleiten konnte, wäre Selbstempathie für die in ihm aktuell vorhandene emotionale Enge notwendig (die Not abwendend) gewesen, um die Situation zum Wohle der Beziehung und des therapeutischen Auftrags aus der Verfahrenheit herausführen zu können (s. 3.2.4. u.a. 3.2.5.3.). Grundsätzlicher lässt sich formulieren:

- *Insbesondere in Situationen emotionaler Bedrängung, wenn die interaktionellen Spielräume aufgrund unbewusster intersubjektiver Vorgänge eng werden, ist die Voraussetzung, um empathisch mit anderen sein zu können, die durch Selbstempathie zu erreichende Verbindung mit dem eigenen Selbst.*

Kürzer: Selbstempathie kommt vor Fremdempathie

Dies gilt auch, und überhaupt nicht "zuletzt", für die therapeutische Situation.

3.2.5.5.4.

Aus 3.2.5.5.3. (u.a. 3.2.5.5.1.) folgt:

- *die therapeutische Beziehung, will sie wirklich im Sinne der Potenz von Now-Moments Veränderung induzieren, ist eine Beziehung, die auf den Gesetzmäßigkeiten normaler zwischenmenschlicher Beziehungen beruht. Das bedeutet u.a., dass es keinen qualitativen Unterschied in der Persönlichkeitsstruktur von Therapeuten und Patienten gibt, sondern allenfalls einen graduellen, auf Erfahrung basierenden.*

3.2.5.5.5.

Die letzte aus dem bisher Zusammengetragenen abgeleitete Gesetzmäßigkeit ist die komplexeste und vielleicht wichtigste. Die Komplexität dieses Punktes hat damit zu tun, dass, folgt man dem unter 3.2.5.3. entwickelten "Ausweg" aus der Verfahrenheit der Beziehung Patient-Therapeut, dem Entwurf also, "wie es hätte besser laufen können", so gelangt man zu einer Reflexion der therapeutischen Haltung. Diese soll im Folgenden untersucht werden.

Verbreitet ist die mehr oder weniger manifest ausgedrückte Einstellung, dass der Therapeut "es hätte können müssen". Diese Einstellung ist insofern wenig fortschritts-förderlich, als dass die dadurch generierte Scham durch die Anderen oder (vermutlich häufiger, introjektbedingt) durch sich selbst, Entwicklung und Freisetzung kreativer Potenziale hemmt. Diese Erfahrung ist Therapeuten für ihre Behandlungen, also patientenwärts gedacht, durchaus vertraut, wird aber erfahrungsgemäß auf sich selbst kaum angewandt. Buchholz forderte auf dem Kongress "50 Jahre DGPT" *ein Archiv gescheiterter Therapien, anstelle der üblichen einheitlichen Erfolgsberichte, die insbesondere das Gros der Ausbildungstherapie-Abschlussberichte ausmachten (und benennt eine US-amerikanische Studie, die ebendies nachweist)* (Buchholz 1998).

Die lehrreichen Sackgassen werden also in der Regel, zum Schaden des Erkenntnisfortschritts, verschwiegen. Scham als der Affekt *sich-"falsch"(-"insuffizient" oder anders negativ bewertet)-zu-erleben-und-das-verstecken-wollen* scheint dabei die entscheidende (motivationale) Rolle zu spielen – er wäre damit ein natürlicher Widersacher der progressionsförderlichen Empathie.

Jenseits der erkenntnisverhindernden Scham lässt sich feststellen, dass der Therapeut in dem konkreten (schwerpunktmäßig in 5.2.4.) untersuchten Therapiekontext, nur begrenzt empathiefähig ist – was fast wie eine Erwerbsunfähigkeitsbegründung klingt. Allerdings wird durch die oben (3.2.5.3.) entwickelte "Ausweg"-Phantasie deutlich: Gelänge dem Therapeuten die Anerkennung der eigenen Begrenztheit, so wäre mit diesem ersten Schritt zur Empathie der Weg frei, mit dieser Begrenztheit in einer antikollusiven (prozessprogressionsförderlichen) Weise umzugehen - wie an dem Beispiel von Verena Kast aufgezeigt.

Dazu bedarf es einer nur scheinbar trivialen Voraussetzung: Der erste Schritt, die Voraussetzung für Empathie, ist die Akzeptanz der Realität - in diesem Fall der (unbewussten) Realität des Therapeuten - den Patienten nicht begleiten können zu glauben. Durch das oben angeführte Beispiel von Verena Kast ist ein Weg aufgezeigt, wie die Akzeptanz dieser Realität, also die unvoreingenommene Beobachtung der Begrenzung des Therapeuten und seiner Möglichkeiten, und das anschließende Einbringen derselben in den therapeutischen Dialog, die Festgefahrenheit des Prozesses auflösen kann. Wäre dies dem Therapeuten in der kasuistisch dargestellten Situation gelungen, so hätte das verblüffende Konsequenzen gezeitigt: Es wäre eine Situation entstanden, die den Therapeuten durch Offenlegung (in der unter 3.2.5.3. beschriebenen Weise) entschämt und infolgedessen entlastet und befreit hätte. Der Patient hätte erleben können, "dass der Therapeut auch ein Mensch ist", wodurch er auf gleiche Augenhöhe gekommen und seinerseits entschämt und freier hätte werden können – zum Wohle der Kooperation am gemeinsamen "Forschungsanliegen" – den Patienten zu verstehen. Stattdessen verhält es sich realiter, aufgrund der asymmetrischen äußeren sozialen Situation, so, dass der Patient erheblich mehr verliert, wenn (wie es hier der Fall ist) die Kooperation in der Beziehung nicht optimal funktioniert, um das Potenzial des Now-

Moments zu nutzen. Statt win-win-Situation kommt es in der analysierten kasuistischen Sequenz zu einem entwicklungspotenzial-verringenden Gegeneinander.

Die oben ausgeführte kritische Untersuchung der konventionellen, hierarchisch asymmetrischen Therapeutischen Haltung führt mich zu folgender Gesetzmäßigkeit:

- *Um das Veränderungspotenzial von Now-Moments zu nutzen, kann es erforderlich sein, dass der Therapeut bereit ist, sich, unabhängig von der äußeren hierarchisch asymmetrischen sozialen Situation, auf die gleiche Augenhöhe mit dem Patienten einzulassen.*

So verstehe ich das Zitat von E. Fromm, dass *der Therapeut zum Patienten werden muss* (Fromm 1971; und s.o., 3.2.5.2.). Diese Erkenntnis hat vermutlich weitreichende (im Detail noch zu untersuchende) Konsequenzen, die sich vor dem Hintergrund des Therapeuten-(oder Gegenübertragungs-) Widerstandes auf den ersten Blick bedrohlich und erst auf den zweiten als entlastend herausstellen mag.

3.3. 3. Kasuistik, 161.Stde.

"Eine sinnvolle Vereinbarung", oder: als Bemühungen seitens des Therapeuten um Empathie für den Inhalt des von der Patientin Gesprochenen zu keiner signifikanten Bewegung führen – und erst die gemeinsame Fokussierung auf das intersubjektive „irrationale“ Erleben der Beziehung Progredienz ermöglicht.

3.3.1. Erste Darstellungsebene – Falldarstellung

Diese Vignette besteht aus Interaktionselementen aus 3 Analysestunden um die 161. Stunde einer psychoanalytischen Psychotherapie einer 41-jährigen Patientin, die zu diesem Zeitpunkt seit 2 1/4 J. Jahren bei mir in Therapie ist. Sie ist Mutter zweier Töchter (8 und 6 Jahre) und lebt mit ihrer Familie in einer Wohnung in einem zentral gelegenen 'Szene'-Stadtteil. Der Vater ihrer Kinder, mit dem sie seit 14 Jahren liiert ist, ist Fotograf, stammt aus einer prominenten Künstlerfamilie und ist chronisch alkoholkrank.

Vor der Geburt ihrer Kinder hatte die Patientin einige Jahre in Film- und Theaterzusammenhängen als gelernte Mode- und Kostümdesignerin gearbeitet.

In meine Praxis war sie ursprünglich unmittelbar nach einer 14-wöchigen erstmaligen psychotherapeutischen Behandlung in einer psychosomatischen Tagesklinik gekommen. Es waren „Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig schwere Episode, sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung F 60.5, 60.6, 60.7“ diagnostiziert worden. Die Epikrise schloss mit dem Satz: „Wir schätzen die Patientin aufgrund des strukturellen Defizits und der brüchigen psychosozialen Situation als stark rückfallgefährdet ein und halten eine Behandlung im Rahmen einer modifizierten analytischen Psychotherapie dringend für erforderlich“. Zur Entlassung hatte sie zur Stabilisierung ein Neuroleptikum verordnet bekommen.

Anlass für die tagesklinische Behandlung war gewesen, dass die Patientin ihre Geschäftspartnerin rausgeworfen hatte. Im Vorfeld hatte sie sich in ihrem eigenen kleinen Laden, in dem sie selbstentworfenen Stücke schneidert und verkauft, von der Expansivität der Partnerin zunehmend bedrängt erlebt und, anlässlich eines Streits, bei dem die Partnerin der Patientin vorgeworfen hatte, eine ihrer Kundinnen „nicht angemessen bedient zu haben“, war der Patientin „der Kragen geplatzt“. Schon am Abend desselben Tages hatte sie den im Affekt vollzogenen Rauswurf zurück genommen, woraufhin die Partnerin allerdings nicht zurückgekehrt war. Seitdem hatte die Patientin sich aus diesem Anlass mit heftigem Schuld- und Schamerleben gequält, dessen Intensität in der Folgezeit eher zu- als abgenommen und auch nach der Klinikbehandlung nicht nachgelassen hatte.

Als sie sich zeitnah nach der Entlassung bei mir vorstellte, war sie verzweifelt und erheblich unter Druck, und ich hatte den Eindruck, dass ihr der Klinikaufenthalt zum Einen nicht wesentlich geholfen hatte und, dass die Patientin zum Anderen weniger strukturell gestört sei, als das von seiten der Klinik diagnostiziert worden war. In den probatorischen Sitzungen gelangte ich zu der Auffassung, dass das Problem der Patientin verstehbar sei und dass die Prognose für eine Heilung für die Patientin günstig sein würde.

Familiengründung und Partnerschaft mit dem abhängigkeitskranken Mann hatten bei der Patientin unbewusst - aufgrund von „zuviel Bindung“ - die Angst vor Selbstverlust ausgelöst. Letzterem hatte sie mit ihrem Ladenprojekt gegenzusteuern versucht. Die Geschäftspartnerin hatte diese expansive Bewegung - vermutlich im Rahmen einer negativen Mutterübertragung - bedrohlich gestört und deshalb „gehen müssen“; und die Patientin hatte schließlich den Konflikt zwischen Eigenbewegung und Loyalität zur Partnerin (Mutter) nicht auflösen können. Diese psychodynamische Hypothese auf der strukturdiagnostischen Grundlage eines unzureichend gelösten Autonomie-Abhängigkeits-Konfliktes fand ich einleuchtend und naheliegend und teilte deshalb nicht die ungünstige Prognose der Klinik.

Kurz vor der in der Vignette abgebildeten 161. Stunde hatte die Patientin im Fragebogen zur bevorstehenden Therapiefortführung geschrieben: „Seit Therapiebeginn hat sich verändert, dass ich positiver empfinden kann. Doch dieser Zustand ist selten und schnell werde ich wieder von Selbstzweifeln gepackt. Ich falle dann in ein tiefes Loch und es fällt mir schwer, mich heraus zu ziehen“. Dieses Erleben der Patientin korrespondierte i.w. mit meiner Unzufriedenheit hinsichtlich des bisherigen Therapieerfolgs. Als Ausdruck der Irritation innerhalb des bisherigen Prozesses war es wiederholt zu „Besonderheiten“ in unserer interaktionellen Kommunikation gekommen, wie, z.B., einer Art paradoxer intersubjektiver Reaktion - wenn die Patientin auf Spiegelungen, die sich im Nachhinein später als empathisch adäquat herausgestellten hatten, unmittelbar zunächst mit einer Zunahme ihrer verzweifelten Agitiertheit reagiert hatte.

Auch das Auftauchen biographischer Topoi unterlag einem rätselhaften Schicksal im therapeutischen Diskurs. Bereits zu Therapiebeginn waren der Patientin bestimmte pathogenetische Fakten zugänglich gewesen - dass der Vater zur Zeit, als die Patientin 9 Jahre alt war, „für 1 Jahr depressiv auf dem heimischen Sofa gelegen hatte“ und mit gut 60 Jahren an einer alkoholinduzierten Leberzirrhose verstorben war“; relevant erschien auch die etwas unschärfere Tatsache der zu großen Nähe zur Mutter, deren „kleine Süße“ sie gewesen und auf die die 4 Jahre ältere Schwester eifersüchtig gewesen war. Es gab Hinweise auf eine von wenig Empathie getragene und grenzverletzende familiäre Atmosphäre - zum Beispiel, war die Privatheit von Tagebüchern seitens der Eltern nicht respektiert worden.

Auffällig war nun, dass diese sowie weitere während des therapeutischen Diskurses unvermittelt aufgetauchte biographische Erinnerungen in der Regel nicht vertiefbar gewesen waren. Es war mir nicht gelungen, das Dickicht aus assoziativer Sprunghaftigkeit und heftigen grüblerischen Selbstzweifeln der Patientin

zu durchdringen – sie wirkte auf mich, als wolle sie nach der initialen Erwähnung nichts mehr davon wissen.

Insgesamt hatten meine Klärungsversuche und Deutungen nach meinem Dafürhalten zu selten Resonanz bei ihr gefunden und sich weder ausreichend affektiv erleichternd noch kognitiv ordnend niedergeschlagen. Meine initiale Zuversicht hinsichtlich der Prognose der Therapie hatte insofern spürbar nachgelassen. Die Version der Patientin, sie sei in einer „gutbürgerlichen“ Umgebung aufgewachsen, in der „alles in geregelten Bahnen verlief“, wirkte angesichts ihrer Krankheit - und ihrer in der therapeutischen kommunikativen Interaktion erlebbaren Ich-schwäche zu harmlos.

Angesichts dessen, dass meine therapeutischen Bemühungen zu diesem Zeitpunkt nicht den von mir erwarteten Effekt gebracht hatten, verbuchte ich gelegentliche Rückkopplungen der Patientin, doch von unseren Stunden zu profitieren, inzwischen sogar einigermaßen überrascht. Wenn sie so sprach: „Neulich ging es mir richtig mal über einen ganzen Tag gut, da dachte ich `es kann doch wieder werden`“, wirkte sie plötzlich verblüffend präsent und authentisch, bzw., differenziert: „dass Sie nichts beschönigt haben, sondern mir direkt gesagt haben, wo Sie die Probleme sehen, letztes Mal, das war wichtig“.

Unter dem Eindruck der Fruchtlosigkeit meiner Versuche, die Patientin daran zu hindern, sich zum eigenen Nachteil immer wieder intellektuell zu verlaufen und dadurch in stets gleiche Verzweilungszustände zu geraten, hatte ich mich bereits einmal dazu hinreißen lassen, ihr zu sagen, sie solle „den Mund halten“. In der Folgestunde, als ich bereit gewesen war, anlässlich meines „Aus-der-Rolle-Fallens“, Beziehungsreparaturarbeiten zu leisten, hatte sie diese Intervention nicht nur nicht übel genommen, sondern sogar erfrischend positiv konnotiert und, zu meiner Überraschung, anscheinend als hilfreich erlebt.

Die vorangehende (160.) Stunde...

beginnt die Patientin mit dem Satz:

(Pat.): „Ich habe wieder ganz große Zweifel...“ und führt ihre dazu passende Klage, die zwischen Selbstanschuldigungen und dann wieder privat-dialogisch darauf „antwortenden“ Rechtfertigungen schwankt, weiter aus. Ich höre eine Aneinanderreihung von redundanten Detaillierungen, die mir zudem bekannt vorkommen und schließlich fällt der ‚schon obligatorische‘ Satz **„...am ersten Mai tat mir das wieder so leid, dass ich Edith rausgeworfen habe“**. Während ihres mich etwas erschlagenden Ansturms verschaffe ich mir in meinem Protokoll Luft: ‚Das ist alles Unsinn‘, bzw., ‚ich verstehe sie nicht‘, und versuche schließlich, in der Interaktion etwas Raum zu erobern und, gleichzeitig, die Wucht ihrer immer einseitigeren Selbstanklage zu dämpfen, indem ich einhake:

(Th.): „Sie schwanken von einer Seite zur Anderen ?“

Sie fährt in der gleichen Weise ungebremst fort:

(Pat.): „Ich vermute so viel Böses in mir...“ Es folgt eine weitere Aneinanderreihung von Selbstvorwürfen und -entwertungen. Als sie schließlich sagt: **„Ich bin so scheiße, ich habe mich der Macht verschrieben“**, versuche ich ein weiteres Mal, mich einzuschalten und in einen Dialog mit ihr zu kommen:

(Th. .): „Mir ist deutlich, wie schwer Sie leiden. Die Tatsache, dass das so ist, ist allerdings für mich kein Zeichen, dass Sie schlecht sind. Im Sinne der Therapie trifft eher das Gegenteil zu – mir scheint, Ihr Leiden könnte ausdrücken, dass Sie sich in einer tiefgreifenden Weise fragen, wer Sie sind“.

(Pat.): „Ja“ sagt sie daraufhin und hält kurz inne, sehr kurz nur, um erneut, anscheinend unbeeindruckt, in demselben Modus fortzufahren. Aus einer mittlerweile in mir anklingenden diskreten Verzweilung heraus wage mich nach vorn, indem ich, bemüht, deutlich aber nicht zu druckvoll zu sein, sage:

(Th. .): „Ich habe den Eindruck, ich hinterlasse keine Spuren bei Ihnen – Sie gehen auf Nichts von mir ein, auf diese Weise sehe ich nicht, wie ich Ihnen helfen kann !“

(Pat.): „Ich habe das Gefühl, Sie gehen nicht auf mich ein !“ reagiert sie ohne zu zögern. Nach einem Moment des Erstaunens und mit einem Anflug von Ärger, wittere ich eine Chance und sage, obwohl das Stundenende unmittelbar bevorsteht.:

(Th. :) „**Super ! Das würde ich gerne verstehen - können Sie mir das erklären ?**“, Nicht überraschend setzt sie daraufhin Sie zu einer ausführlichen Erklärung an, innerhalb derer der Satz: (Pat. :) „**...ich möchte, dass Sie mir helfen...**“ mich affektiv am stärksten erreicht. Es entsteht dann eine Art verzögerter Verabschiedungssituation, wie sie schon häufiger während des bisherigen Prozesses eingetreten ist – und nachdem ich ihr bereits mitgeteilt habe, dass 'wir für heute rum sind mit der Zeit', stehe ich auf und positioniere mich in der Nähe der Tür, um sie hinaus zu begleiten, während sie noch weiter spricht: „**Greg sagt auch 'Ich komm' nicht zu dir durch '...'**“ und, jetzt stehen wir bereits in der Tür, „**...heute hatte ich Ihnen zeigen wollen, wie schlecht es mir geht, aber...**“ Von meiner Unverblümtheit selbst überrascht, aber am Ende dieser von mir als anstrengendes Ringen erlebten Stunde, irgendwie befreit, sage ich:

(Th. :) „**Ich hab's versucht, aber ich verstehe Sie nicht.**“

Die 161. Stunde (5 Tage später)

Mit der etwas diffusen Ahnung, dass die Therapie jetzt an einem entscheidenden Punkt angelangt sein könnte, gehe ich in die folgende Stunde - 5 Tage später. Als wir beide Platz genommen haben, reagiere ich spontan auf ihr Gesicht, das mir angespannt vorkommt, und eröffne den Diskurs:

(Th. :) „**Es geht Ihnen nicht gut (?)**“

(Pat. :) „**Nein ! ...seit unserer letzten Stunde...ich musste immer wieder daran denken, dass das, was ich sagen will, nicht rüberkommt.**“

(Th. :) „**Haben Sie eine Idee, wie wir verhindern können, dass es so kommt, dass es nicht rüberkommt ?**“

(Pat. :) „**...dass ich nicht nur jammere. Sie sagten ja: 'Sagen Sie Ihren Jammerwunsch an', aber, wenn ich das könnte, wäre es nicht so schlimm**“. 'Hellsichtig' notiere ich in meinem Protokollheft, während ich weiter zuhöre, wie sie fortfährt: „**...was ich ganz gut fand an der Stunde, dass Sie sagten, wenn jemand so leidet, ist er kein schlechter Mensch**“. Ich notiere: 'zentrale Scham'. Als sie weiterspricht, bemerke ich meine Sorge, dass sie *auch diesen wichtigen Aspekt wieder nur so hinwerfen und dann, 'ohne innezuhalten, zu anderen Themen surfend', entwerten könnte*. Deshalb unterbreche ich sie:

(Th. :) „**Ja, so sehe ich das !**“ um dann relativ abrupt mein Ziel weiter zu verfolgen: „**Ich habe ein Problem. Das hat mit dem Thema zu tun, das Sie zu Beginn der Stunde ansprachen – dass das, was Sie sagen nicht in der von Ihnen gewünschten Weise bei mir ankommt. Ich habe dazu eine Idee, sind Sie bereit, die zu hören ?**“

(Pat. :) „**Jaah...**“ antwortet sie und scheint dabei gleichermaßen neugierig wie von meinem Vorstoß überrascht,

(Th. :) „**Ich sehe das so: wenn das, was Sie sagen wollen, nicht rüberkommt, dann liegt das daran, dass die Verbindung zwischen uns nicht mehr besteht. Manchmal kommt es dazu - ich kann das spüren und fühle mich dann nicht besonders wohl. Deshalb möchte mit Ihnen eine Verabredung treffen: Wenn die ich den Eindruck habe, dass die Verbindung abreißt und es mir so geht, dann melde ich mich. Vielleicht kann uns das dabei helfen, dass das, was Sie sagen wollen, besser rüberkommt. Was halten Sie davon ?**“

Zu meiner Überraschung willigt sie, ohne zu zögern, ein

(Pat. :) „**Okay**“, und hält einen Moment inne – um dann prompt erneut in ihren selbstanklagend verzweifelten Modus zu verfallen und zu berichten, was „alles nicht gut läuft“. Darunter kommt die Stunde zu ihrem Ende, ohne dass die Patientin Anstalten macht, ihren aktuellen Redeschwall zu beenden. Wir stehen bereits, als sie spricht: „**Da war noch was mit Greg, was mich sehr angefasst hat und wovon ich hatte sprechen wollen...dazu sind wir jetzt gar nicht gekommen...**“. Mittlerweile bereits in der Tür, wehre ich mich gegen den in typischer Weise 'auf dem letzten Meter' wieder zunehmenden Druck.

(Th.:) „Wir waren nicht so schlecht heute, aber wir können noch besser werden...“

Nach der Stunde notiere ich etwas erschöpft: 'vordergründig kommen wir in Kontakt. Zentraler Beziehungskonflikt: Ich darf wirklich nicht auf Inhalte eingehen !

Die nachfolgende (162.) Stunde

Sie beginnt ohne Umschweife:

(Pat.:) „Die letzte Stunde fand ich ganz gut,...dass wir einen kleinen Punkt gefunden hatten, wo Verbindung geht“.

(Th.:) „Wie genau meinen Sie das ?“

(Pat.:) „Na, ja, einen Punkt, wo sich mein innerer Kompass justiert. Aber ich wollte noch von der Situation mit Greg erzählen – wozu wir letztes Mal nicht mehr gekommen waren... und sie berichtet detailliert von einer Szene, in der sie mit ihrer Familie drei Ihr bekannte Schauspieler getroffen hatte – eine Begegnung, die sie im Nachhinein erheblich verunsichert hatte, „...zuletzt, als wir aufbrachen, guckten die drei uns nach...danach machte ich mir so viele Gedanken, das war so wie damals, als ich am Theater war, als ich auch nicht zurecht kam unter den Leuten...und dann dachte ich: 'mein Laden ist doch auch etwas Eigenes' ...aber diese Schauspieler, die haben sich dem Leben so gestellt...und dann frage ich mich, was haben die, was ich nicht habe ?...ach, eigentlich war ich schon vorher von dem vollen Schwimmbad irritiert gewesen...“

Ich kann ihrem Berichts nicht ganz leicht folgen, wenn sie von einem Einfall zum nächsten springt und gleichzeitig, mitunter sogar innerhalb eines einzigen Satzes, unvermittelt zwischen der biographischen und der selbstreflektorischen und dann wieder der aktuell szenisch beschreibenden Ebene hin und herspringt. Dabei wirkt sie psychomotorisch erregt, mal vorn über gebeugt mit den geballten Fäusten auf ihren Knien - fast beschwörend - dann wieder im Therapiesessel zurückgelehnt, die Augen kurz geschlossen, als müsse sie sich sammeln. Ihr Sprechmodus variiert nach Lautstärke und Tempo. Unter dem Eindruck der Komplexität der jenseits des diskursiven Inhalts auf mich einwirkenden Informationen und der Tatsache, dass das jetzt stattfindende interaktionelle Szenario mir bereits aus dem bisherigen Prozess gut bekannt ist, lasse ich von dem Versuch ab, dies adäquat zu protokollieren und notiere etwas angestrengt: 'wozu schreibe ich eigentlich auf?'. Während sie wirkt, als führe sie eine Art inneres Gespräch mit einem oder mehreren Anderen, die mir aber verborgen bleiben, stelle ich also mein Mitschreiben weitgehend ein. Stattdessen konzentriere ich jetzt meine Aufmerksamkeit verstärkt darauf, meine Reaktion auf sie zu beobachten. Mir fällt auf, dass sie mir geordneter erscheint als bisher - sie bleibt einigermaßen bei einer Geschichte und ich kann erleben, dass es ihr „um etwas Bestimmtes geht“. Neu ist für mich, dass ich eine Ahnung davon bekomme, dass es ein solches - in sich kohärentes intrapsychisches Szenario - bei ihr überhaupt gibt. Um irgendwie Gewinn aus dem Gehörten zu ziehen, versuche ich mich schließlich in einer empathischen An-Deutung:

(Th .:) „Verstehe ich Sie richtig – dass Sie die Situation im Schwimmbad zweifach erlebt haben : erstens, 'Ich gehör nicht dazu' und, zweitens, 'Ich werde nicht verstanden' ?

Ohne auf mein Angebot direkt einzugehen, hebt sie meinen Versuch, diese zwei Aspekte voneinander zu trennen, zunächst prompt wieder auf:

(Pat.:) „Ich muss mich verständlich machen, das heißt, mich ändern“.

Entschlossen, mich nicht in komplexe Mehrschichtigkeiten verwickeln zu lassen, versuche ich einen Befreiungsschlag und bleibe betont bodennah:

(Th .:) „ Wo ist das Problem ?“

(Pat.:) „ Ich leide darunter, weil ich dann nicht so bin, wie ich bin“.

Jetzt erlebe ich, dass wir über dasselbe sprechen, quasi in der Gegenüberstellung unserer unterschiedlichen Einstellungen an einem bestimmten Punkt und strebe nach Klärung:

(Th .:) „Ich glaube, es geht darum, zwei Teile auseinander zu halten: Einerseits das Erleben *Ich muss eine Andere werden und, andererseits, Ich könnte meine Kommunikationswerkzeuge verbessern, damit Verständigung besser klappt*“,

woraufhin sie entgegnet:

(Pat. :) „Aber es liegt doch auch an den Anderen, wenn es nicht klappt mit dem Verständigen“.

Nach der Stunde notiere ich: 'Der Faden ist gerade noch zu halten gewesen – plötzlich ist sie geordneter – die von mir vorgeschlagene Trennung der Aspekte *günstige Veränderung (Kommunikationsverbesserung) vs Anpassung (Unterwerfung)* leuchtet ihr noch nicht ein – sie kann sie strukturell nicht unterscheiden – Jede Kritik wirkt auf sie wie eine Entkernung ihrer Persönlichkeit'.

3.3.2. 2. Darstellungsebene - GfK-orientierte Analyse des Erlebens (freie Assoziation) des Prozesses in Mikrobeziehungsmomenten (MBM) – die darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) des Therapeuten

Diese Vignette besteht aus Interaktionselementen aus 3 Analysestunden um die 161. Stunde einer psychoanalytischen Psychotherapie einer 41-jährigen Patientin, die zu diesem Zeitpunkt seit 2 1/4 J. Jahren bei mir in Therapie ist. Sie ist Mutter zweier Töchter (8 und 6 Jahre) und lebt mit ihrer Familie in einer Wohnung in einem zentral gelegenen 'Szene'-Stadtteil. Der Vater ihrer Kinder, mit dem sie seit 14 Jahren liiert ist, ist Fotograf, stammt aus einer prominenten Künstlerfamilie und ist chronisch alkoholkrank. Vor der Geburt ihrer Kinder hatte die Patientin einige Jahre in Film- und Theaterzusammenhängen als gelernte Mode- und Kostümdesignerin gearbeitet.

In meine Praxis war sie ursprünglich unmittelbar nach einer 14-wöchigen erstmaligen psychotherapeutischen Behandlung in einer psychosomatischen Tagesklinik gekommen. Es waren „Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig schwere Episode sowie kombinierte Persönlichkeitsstörung F 60.5, 60.6, 60.7“ diagnostiziert worden. Die Epikrise schloss mit dem Satz: „Wir schätzen die Patientin aufgrund des strukturellen Defizits und der brüchigen psychosozialen Situation als stark rückfallgefährdet ein und halten eine Behandlung im Rahmen einer modifizierten analytischen Psychotherapie dringend für erforderlich“. Zur Entlassung hatte sie zur Stabilisierung ein Neuroleptikum verordnet bekommen.

Anlass für die tagesklinische Behandlung war gewesen, dass die Patientin ihre Geschäftspartnerin rausgeworfen hatte. Im Vorfeld hatte sie sich in ihrem eigenen kleinen Laden, in dem sie selbstentworfenen Stücke schneidert und verkauft, von der Expansivität der Partnerin zunehmend bedrängt erlebt und, anlässlich eines Streits, bei dem die Partnerin der Patientin vorgeworfen hatte, eine ihrer Kundinnen „nicht angemessen bedient zu haben“, war der Patientin „der Kragen geplatzt“. Schon am Abend desselben Tages hatte sie den im Affekt vollzogenen Rauswurf zurück genommen, woraufhin die Partnerin allerdings nicht zurückgekehrt war. Seitdem hatte die Patientin sich aus diesem Anlass mit heftigem Schuld- und Schamerleben gequält, dessen Intensität in der Folgezeit eher zu- als abgenommen und auch nach der Klinikbehandlung nicht nachgelassen hatte.

Als sie sich zeitnah nach der Entlassung bei mir vorstellte, war sie verzweifelt und erheblich unter Druck, und ich hatte den Eindruck, dass ihr der Klinikaufenthalt zum Einen nicht wesentlich geholfen hatte und, dass die Patientin zum Anderen weniger strukturell gestört sei, als das von seiten der Klinik diagnostiziert worden war. In den probatorischen Sitzungen gelangte ich zu der Auffassung, dass das Problem der Patientin verstehbar sei und dass die Prognose für eine Heilung für die Patientin günstig sein würde¹.

Familiengründung und Partnerschaft mit dem abhängigkeitskranken Mann hatten bei der Patientin unbewusst - aufgrund von „zuviel Bindung“ - die Angst vor Selbstverlust ausgelöst. Letzterem hatte sie mit ihrem Ladenprojekt entgegen zu steuern versucht. Die Geschäftspartnerin hatte diese expansive Bewegung - vermutlich im Rahmen einer negativen Mutterübertragung – bedrohlich gestört und deshalb „gehen müssen“; und die Patientin hatte schließlich den Konflikt zwischen Eigenbewegung und Loyalität zur Partnerin (Mutter) nicht auflösen können. Diese psychodynamische Hypothese auf der strukturdiagnostischen Grundlage eines unzureichend gelösten Autonomie-Abhängigkeits-Konflikts fand ich einleuchtend und naheliegend und teilte deshalb nicht die ungünstige Prognose der Klinik.

Kurz vor der in der Vignette abgebildeten 161. Stunde hatte die Patientin im Fragebogen zur bevorstehenden Therapiefortführung geschrieben: „Seit Therapiebeginn hat sich verändert, dass ich positiver empfinden kann. Doch dieser Zustand ist selten und schnell werde ich wieder von Selbstzweifeln gepackt. Ich falle dann in ein tiefes Loch und es fällt mir schwer, mich heraus zu ziehen“. Dieses Erleben der Patientin korrespondierte i.w. mit meiner Unzufriedenheit hinsichtlich des bisherigen Therapieerfolgs². Als Ausdruck der Irritation innerhalb des bisherigen Prozesses war es wiederholt zu „Besonderheiten“ in unserer interaktionellen Kommunikation gekommen, wie, z.B., einer Art paradoxer intersubjektiver Reaktion³ - wenn die Patientin auf Spiegelungen, die sich im Nachhinein später als empathisch adäquat herausgestellten hatten, unmittelbar zunächst mit einer Zunahme ihrer verzweifelten Agitiertheit reagiert hatte.

Auch das Auftauchen biographischer Topoi unterlag einem rätselhaften Schicksal im therapeutischen Diskurs. Bereits zu Therapiebeginn waren der Patientin bestimmte pathogenetische Fakten zugänglich gewesen - dass der Vater zur Zeit, als die Patientin 9 Jahre alt war, „für 1 Jahr depressiv auf dem heimischen Sofa gelegen

- 1 Bei Therapiebeginn war ich zuversichtlich (G), gewesen, weil ich erlebt hatte, die Psychodynamik der Patientin zu verstehen (B),
- 2 Zum Zeitpunkt der Vignette bin ich ernüchert (G) und etwas enttäuscht (G), weil ich Therapieerfolg (B) vermisste
- 3 Anlässlich dieser „Besonderheiten“ bin ich irritiert (G), weil mir das psychodynamische Verständnis (B) fehlt

hatte“ und mit gut 60 Jahren an einer alkoholinduzierten Leberzirrhose verstorben war“; relevant erschien auch die etwas unschärfere Tatsache der zu großen Nähe zur Mutter, deren „kleine Süße“ sie gewesen und auf die die 4 Jahre ältere Schwester eifersüchtig gewesen war. Es gab Hinweise auf eine von wenig Empathie getragene und grenzverletzende familiäre Atmosphäre – zum Beispiel, war die Privatheit von Tagebüchern seitens der Eltern nicht respektiert worden.

Auffällig war nun, dass diese sowie weitere während des therapeutischen Diskurses unvermittelt aufgetauchte biographische Erinnerungen in der Regel nicht vertiefbar gewesen waren. Es war mir nicht gelungen, das Dickicht aus assoziativer Sprunghaftigkeit und heftigen grüblerischen Selbstzweifeln der Patientin zu durchdringen – sie wirkte auf mich, als wolle sie nach der initialen Erwähnung nichts mehr davon wissen.

Insgesamt hatten meine Klärungsversuche und Deutungen nach meinem Dafürhalten zu selten Resonanz bei ihr gefunden und sich weder ausreichend affektiv erleichternd noch kognitiv ordnend niedergeschlagen. Meine initiale Zuversicht hinsichtlich der Prognose der Therapie hatte insofern spürbar nachgelassen⁴. Die Version der Patientin, sie sei in einer „gutbürgerlichen“ Umgebung aufgewachsen, in der „alles in geregelten Bahnen verlief“, wirkte angesichts ihrer Krankheit und ihrer in der therapeutischen kommunikativen Interaktion erlebbaren Ich-schwäche zu harmlos.

Angesichts dessen, dass meine therapeutischen Bemühungen zu diesem Zeitpunkt nicht den von mir erwarteten Effekt gebracht hatten, verbuchte ich gelegentliche Rückkopplungen der Patientin, doch von unseren Stunden zu profitieren, inzwischen sogar einigermaßen überrascht. Wenn sie so sprach: „Neulich ging es mir richtig mal über einen ganzen Tag gut, da dachte ich `es kann doch wieder werden´“, wirkte sie plötzlich verblüffend präsent und authentisch, bzw., differenziert: „dass Sie nichts beschönigt haben, sondern mir direkt gesagt haben, wo Sie die Probleme sehen, letztes Mal, das war wichtig“.

Unter dem Eindruck der Fruchtlosigkeit meiner Versuche, die Patientin daran zu hindern, sich zum eigenen Nachteil immer wieder intellektuell zu verlaufen und dadurch in stets gleiche Verzweiflungszustände zu geraten⁵, hatte ich mich bereits einmal dazu hinreißen lassen, ihr zu sagen, sie solle „den Mund halten“⁶. In der Folgestunde, als ich bereit gewesen war, anlässlich meines „Aus-der-Rolle-Fallens“, Beziehungsreparaturarbeiten zu leisten, hatte sie diese Intervention nicht nur nicht übel genommen, sondern sogar erfrischend positiv konnotiert und, zu meiner Überraschung, anscheinend als hilfreich erlebt⁷.

Die vorangehende (160.) Stunde...

beginnt die Patientin mit dem Satz:

(Pat.): „Ich habe wieder ganz große Zweifel...“ und führt ihre dazu passende Klage, die zwischen Selbstanschuldigungen und dann wieder privat-dialogisch darauf „antwortenden“ Rechtfertigungen schwankt, weiter aus. Ich höre eine Aneinanderreihung von redundanten Detaillierungen, die mir zudem bekannt vorkommen und schließlich fällt der ‚schon obligatorische‘ Satz **„...am ersten Mai tat mir das wieder so leid, dass ich Edith rausgeworfen habe“**. Während ihres etwas erschlagenden Ansturms verschaffe ich mir in meinem Protokoll Luft: ‘Das ist alles Unsinn, bzw., ich verstehe sie nicht’, und versuche schließlich, in der Interaktion etwas Raum zu erobern und, gleichzeitig, die Wucht ihrer immer einseitigeren Selbstanklage zu dämpfen⁸, indem ich einhake:

(Th.): „Sie schwanken von einer Seite zur Anderen ?“

4 *Besorgt (G)*, ob des ausbleibenden Therapieerfolgs (B)

5 *Frustriert (G)*, weil mir das Erleben meiner interaktionellen therapeutischen (intersubjektiven) Wirksamkeit (B) fehlt

6 In der Situation meiner „untherapeutischen“ Äußerung erlebe ich: „mir reicht’s mit ihrem kommunikationsdestruktiven Verhalten“ und bin aus diesem Anlass heraus *entschlossen (G)*, „etwas zu riskieren“, weil - ich mehr *Verbindung (B)* brauche. Im Nachhinein, bin ich anlässlich meiner „untherapeutischen“ kommunikativen Grobheit *erschrocken (G)*, weil ich mir von mir mehr „innere Distanz“, also *Freiheit (Getrenntheit) (B)* gewünscht hätte (die mir eine gelassenerere Reaktion erlaubt hätte)

7 *Angenehm überrascht (G)*, weil ich (an dieser Stelle) *therapeutische (intersubjektive) Wirksamkeit (B)* erlebe

8 Ich erlebe mich auf der Selbstebene mich aggressiv wehrend, anlässlich dessen, dass ich mich, resultierend aus der Identifizierung mit der Patientin, in meinem *therapeutischen (interaktionellen) Handlungsspielraum (B)* *eingeeengt (G)* fühle

Sie fährt in der gleichen Weise ungebremst fort⁹:

(Pat.:) „Ich vermute so viel Böses in mir...“ Es folgt eine weitere Aneinanderreihung von Selbstvorwürfen und -entwertungen. Als sie schließlich sagt: „Ich bin so scheiße, ich habe mich der Macht verschrieben“¹⁰, versuche ich ein weiteres Mal, mich einzuschalten und in einen Dialog mit ihr zu kommen:

(Th .:) „Mir ist deutlich, wie schwer Sie leiden. Die Tatsache, dass das so ist, ist allerdings für mich kein Zeichen, dass Sie schlecht sind. Im Sinne der Therapie trifft eher das Gegenteil zu – mir scheint, Ihr Leiden könnte ausdrücken, dass Sie sich in einer tiefgreifenden Weise fragen, wer Sie sind“¹¹.

(Pat.:) „Ja“ sagt sie daraufhin und hält kurz inne¹², sehr kurz nur, um erneut anscheinend unbeeindruckt, in demselben Modus fortzufahren. Aus einer mittlerweile in mir anklingenden diskreten Verzweiflung heraus wage mich nach vorn, indem ich, bemüht, deutlich aber nicht zu druckvoll zu sein, sage:

(Th .:) „Ich habe den Eindruck, ich hinterlasse keine Spuren bei Ihnen – Sie gehen auf Nichts von mir ein, auf diese Weise sehe ich nicht, wie ich Ihnen helfen kann!“¹³

(Pat.:) „Ich habe das Gefühl, Sie gehen nicht auf mich ein !“ reagiert sie ohne zu zögern. Nach einem Moment des Erstaunens und mit einem Anflug von Ärger¹⁴, wittere ich eine Chance und sage, obwohl das Stundenende unmittelbar bevorsteht.:

(Th .:) „Super ! Das würde ich gerne verstehen - können Sie mir das erklären ?“¹⁵, Nicht überraschend setzt sie daraufhin Sie zu einer ausführlichen Erklärung an, innerhalb derer der Satz:

(Pat.:) „...ich möchte, dass Sie mir helfen...“¹⁶ mich affektiv am stärksten erreicht. Es entsteht dann eine Art verzögerter Verabschiedungssituation, wie sie während des bisherigen Prozesses schon häufiger eingetreten ist – und nachdem ich ihr bereits mitgeteilt habe, dass 'wir für heute rum sind mit der Zeit', stehe ich auf und positioniere mich in der Nähe der Tür, um sie hinaus zu begleiten, während sie noch weiter spricht¹⁷: „Greg sagt auch 'Ich komm' nicht zu dir durch“¹⁸ '...“ und, jetzt stehen wir bereits in der Tür¹⁹, „...heute hatte ich Ihnen zeigen wollen, wie schlecht es mir geht, aber...“²⁰ Von meiner Unverblümtheit selbst überrascht, aber am Ende dieser von mir als anstrengendes Ringen erlebten Stunde, irgendwie befreit, sage ich:

9 Unzufrieden (G), weil mir (interaktionelle) Resonanz (B) fehlt

10 In der Selbstanklage erlebe ich sie sich abschottend, hermetisch und unzugänglich, insofern bin ich unzufrieden (G), weil mir auf diese Weise kein Zugang zur Patientin möglich ist, den ich brauche, um therapeutisch wirkungsvoll (B) sein zu können

11 Bemüht (G) und engagiert (G) biete ich eine andere als die selbstbeschämende Interpretation (Deutung) ihrer Verzweiflung an, weil ich in den Dialog mit ihr kommen möchte, also Kommunikation (B) (im Unterschied zur Abgeschottetheit) brauche

12 In ihrem kurzen Zögern erkenne ich, für einen Moment hoffnungsvoll (G), etwas Resonanz (B)

13 von dieser Resonanz (s. Fußnote 12) bin ich in erster Linie ermutigt (G), und so „lege ich nach“ - positioniere mich entschlossen (G) weil ich mehr Verbindung (Kommunikation) (B) brauche

14 zunächst bin ich frustriert (G), weil ich Wertschätzung (B) für meine Bemühungen vermisste, dann

15 werde ich froh (G) und hoffnungsvoll (G), dass meine Bemühungen doch fruchten, weil ich erkenne, dass sie sich gerade direkt auf mich bezogen hat und damit, bei aller Konfrontation („Sie gehen nicht auf mich ein“) jetzt Bezogenheit (B) vorhanden ist.

16 Ich bin be- und gerührt (G), weil in ihrer direkten Bedürfnisäußerung an mich eine Intensivierung der Verbindung (B) (Kommunikation) und damit auch einen Erfolg meiner Bemühungen (B) erlebe

17 Ich bin leicht genervt (G), unzufrieden (G), weil ich zum Stundenende jetzt Getrenntheit (B) möchte

18 Als sie das Thema der Stunde noch einmal aufgreift („nicht zu ihr durch zu kommen“), bin ich in meinem Impuls, die Stunde zu beenden, noch einmal „verführt“ innezuhalten, bin also für einen Moment, noch einmal interessiert (G), aus meinem Bedürfnis nach Resonanz (B) heraus.

19 Physisch handelnd agiere ich die Verabschiedung (in Richtung Ausgang) weiter, bin also entschlossen (G), weil ich die Stundenbeendigung (B) „jetzt wirklich möchte“

20 Sie präsentiert mir auf den letzten Drücker „etwas Wertvolles“, was bei mir die Phantasie auslöst, sie könne enttäuscht sein, sodass ich, noch einmal, „für einen Sekundenbruchteil“, verunsichert (G) bin, dass die eben erreichte Verbindung (B) gefährdet sein könnte.

(Th. :) „Ich hab’s versucht, aber ich verstehe Sie nicht.“²¹“

Die 161. Stunde (5 Tage später)

Mit der etwas diffusen Ahnung, dass die Therapie jetzt an einem entscheidenden Punkt angelangt sein könnte, gehe ich in die folgende Stunde - 5 Tage später. Als wir beide Platz genommen haben, reagiere ich spontan auf ihr Gesicht, das mir angespannt vorkommt, und eröffne den Diskurs:

(Th. :) „Es geht Ihnen nicht gut (?)“²²

(Pat. :) „Nein ! ...seit unserer letzten Stunde...ich musste immer wieder daran denken, dass das, was ich sagen will, nicht rüberkommt.“²³“

(Th. :) „Haben Sie eine Idee, wie wir verhindern können, dass es so kommt, dass es nicht rüberkommt ?“

(Pat. :) „...dass ich nicht nur jammere²⁴. Sie sagten ja: ‘Sagen Sie Ihren Jammerwunsch an’, aber, wenn ich das könnte, wäre es nicht so schlimm“²⁵. ‘Hellsichtig’ notiere ich in meinem Protokollheft, während ich weiter zuhöre, wie sie fortfährt: „...was ich ganz gut fand an der Stunde, dass Sie sagten, wenn jemand so leidet, ist er kein schlechter Mensch“. Ich notiere: ‘zentrale Scham’. Als sie weiterspricht, bemerke ich meine Sorge, dass sie auch diesen wichtigen Aspekt wieder nur so hinwerfen und dann, ‘ohne innezuhalten, zu anderen Themen surfend’, entwerten könnte. Deshalb unterbreche ich sie:

(Th. :) „Ja, so sehe ich das !“ um dann relativ abrupt mein Ziel weiter zu verfolgen²⁶: „Ich habe ein Problem. Das hat mit dem Thema zu tun, das Sie zu Beginn der Stunde ansprachen – dass das, was Sie sagen nicht in der von Ihnen gewünschten Weise bei mir ankommt. Ich habe dazu eine Idee, sind Sie bereit, die zu hören ?“²⁷“

(Pat. :) „Jaah...“²⁸“ antwortet sie und scheint dabei gleichermaßen neugierig wie von meinem Vorstoß überrascht,

(Th. :) „Ich sehe das so: wenn das, was Sie sagen wollen, nicht rüberkommt, dann liegt das daran, dass die Verbindung zwischen uns nicht mehr besteht. Manchmal kommt es dazu - ich kann das spüren und fühle mich dann nicht besonders wohl“²⁹. Deshalb möchte ich

-
- 21 Anlässlich dessen, dass ich durch die Ambivalenz (s. Fußnote 20) unter Druck geraten war, bin ich in diesem Moment *erleichtert (G)*, weil es mir gelingt mein „Genügen“ vor mir selbst (ich hab getan, was ich konnte) zu vertreten und damit, in letzter Konsequenz, für meine *Getrenntheit (Freiheit) (B)* einzustehen.
- 22 Unter der Nachwirkung der vergangenen Stunde fokussiere ich aktiv auf das Nonverbale (Unmittelbare), d.h. ich bin *entschlossen (G)*, (mich um direkten Kontakt, zu bemühen), weil ich *Verbindung (B)* brauche, um *therapeutisch wirksam (B)* sein zu können
- 23 Ich *freue mich (G)*, weil ich (in ihrem Wiederaufgreifen des Vorstudententhemas) *Kontinuität* als einen Ausdruck von *Verbindung (B)* erlebe
- 24 Diese Aussage *bedauere (G)* ich zunächst, weil ich (anlässlich ihrer negativen Selbstbewertung) unsere *arbeitsfähige Verbindung, die therapeutische Allianz (B)* zu gefährden befürchte...
- 25 ...die Fortführung ihres Satzes dann allerdings *überrascht (G)* und *beeindruckt mich (G)* (auf einer tieferen Ebene), weil ich darin ein profundes *psychodynamisches Verständnis (B)* erlebe, so, als „verstünde“ sie auf der unbewussten Ebene „ihre Abwehr“ - und gäbe mir damit gleichzeitig einen Hinweis, woran wir zu arbeiten haben (Tatsächlich folgt „der Hinweis“ auch unmittelbar, indem sie auf ihre Scham („...kein ganz scheinbarer Mensch“ zu sein) hinweist).
- 26 wie „22“, also *entschlossen (G)* die *Verbindung (B)* zu halten, und gleichzeitig um *Kontinuität* der therapeutischen Linie, also um *Wirksamkeit (B)* bemüht.
- 27 Hier bin ich *diskret unsicher (G)*, weil ich (als Voraussetzung meiner Intervention) *Rückversicherung (B)* brauche (dass sie bereit ist, die Verbindung also gewährleistet ist)
- 28 Trotz der erlebten Ambivalenz in der Vokaldehnung, bin ich vorwiegend *ermutigt (G)*, weil ich ausreichend *Rückversicherung (B)* (der therapeutischen Allianz) erfahren habe (sie folgt mir).
- 29 Deshalb (s. Fußnote 28) bin ich jetzt ausreichend *zuversichtlich (G)*, um mich mit meinem Bedürfnis nach *Authentizität (B)* im Rahmen meiner Selbstmitteilung zeigen zu können.

mit Ihnen eine Verabredung treffen³⁰: Wenn die ich den Eindruck habe, dass die Verbindung abreißt und es mir so geht, dann melde ich mich. Vielleicht kann uns das dabei helfen, dass das, was Sie sagen wollen, besser rüberkommt³¹. Was halten Sie davon ?³²

Zu meiner Überraschung willigt sie, ohne zu zögern ein

(Pat.:) „**Okay**“, und hält einen Moment inne³³ – um dann prompt erneut in ihren selbstanklagend verzweifelten Modus zu verfallen³⁴ und zu berichten, was „alles nicht gut läuft“. Darunter kommt die Stunde zu ihrem Ende, ohne dass die Patientin Anstalten macht, ihren aktuellen Redeschwall zu beenden. Wir stehen bereits, als sie spricht: „**Da war noch was mit Greg, was mich sehr angefasst hat und wovon ich hatte sprechen wollen...dazu sind wir jetzt gar nicht gekommen...**“. Mittlerweile bereits in der Tür, wehre ich mich gegen den in typischer Weise 'auf dem letzten Meter' wieder zunehmenden Druck.

(Th.:) „**Wir waren nicht so schlecht heute, aber wir können noch besser werden...**“³⁵

Nach der Stunde notiere ich etwas erschöpft: 'vordergründig kommen wir in Kontakt. Zentraler Beziehungskonflikt: Ich darf wirklich nicht auf Inhalte eingehen'³⁶

Die nachfolgende (162.) Stunde

Sie beginnt ohne Umschweife:

(Pat.:) „**Die letzte Stunde fand ich ganz gut,...dass wir einen kleinen Punkt gefunden hatten, wo Verbindung geht**“³⁷.

(Th.:) „**Wie genau meinen Sie das ?**“³⁸

(Pat.:) „**Na, ja, einen Punkt, wo sich mein innerer Kompass justiert. Aber ich wollte noch von der Situation mit Greg erzählen – wozu wir letztes Mal nicht mehr gekommen waren... und sie berichtet detailliert**³⁹ von einer Szene, in der sie mit ihrer Familie drei

30 In dieser Bewegung (s. Fußnote 28/29) erlebe ich mich außerdem (selbst-) *ermutigt (G)*, in die Position des Gegenübers zu gehen, also *Getrenntheit* in der Initiative um der *therapeutischen Wirksamkeit (B)* willen, riskieren zu können, und ihr auf der Basis des Erlebnisses ausreichender Verbindung (s. Fußnote 28) und gleichzeitig gelungener *Getrenntheit*, ein Angebot im Sinne der Vereinbarung vorschlagen kann (die die Verbindung zwischen uns unterstützen soll)

31 ich bin zunehmend *inspiriert (G)* und setze deshalb jetzt auch auf *Transparenz (als Strategie)* um die *Kommunikation (B)* zu stärken

32 Bemüht, möglichst zu kommunizieren, bin ich, ähnlich wie in „27“, *vorsichtig (G)*, weil ich an dieser Stelle *Rückversicherung (B)* brauche

33 Hier erlebe ich (mehr noch als in „28“), dass sie zustimmt und bin *zufrieden (G)*, weil ich *Kooperation (B)* und *Übereinstimmung (B)* bekomme,

34 Ihr „Rückfall in den mich ausschließenden Modus“ *irritiert (G)* und *bestürzt (G)* mich etwas, weil die *therapeutische Allianz (B)* partiell aufgehoben zu werden scheint

35 Zum Stundenende bin ich *entschlossen (G)*, den *Therapieerfolg zu sichern (B)* und gleichzeitig „einen Punkt zu setzen“ - deshalb meinem Bedürfnis, *die Stunde zum Abschluss zu bringen (B)*, also dem Bedürfnis nach (realer) *Trennung*, Ausdruck zu verleihen

36 Ausgelöst durch meine *Unzufriedenheit* im Nachklang der Stunde hinsichtlich des Trennungsszenarios, bin ich *skeptisch (G)*, weil ich (mehr *Vertrauen in die therapeutische Allianz (Verbindung) (B)* brauche, mit der ich die Fähigkeit zur *Getrenntheit (B)* fördern will. Mit diesem prozessdiagnostischen Resümee distanzieren mich auch von meinem Affekt, um „die Stunde für mich abzuschließen“.

37 (wie „23“) Ich *freue mich (G)* und bin *zufrieden (G)*, weil ich (in ihrem behutsamen Wiederaufgreifen (ein „kleiner“ Punkt) des Vorstundenthemas) *Kontinuität (B)* und *Realismus* als einen Ausdruck von *Verbindung (B)* (Objekt Konstanz) erlebe

38 Ich bin *neugierig (G)*, *interessiert (G)*, weil ich („im Dienste der Progression) *Klarheit (B)* und *Präzision (B)* möchte und gleichzeitig persistiert zu einem gewissen Grad die *Vorsicht (G)* und *Skepsis (G)* (s.a. „36“) aus *Sicherheit(-gründen) (B)*.

39 Auf dieses Wiederaufgreifen ihres Vorstundenthemas reagiere ich zunächst etwas ambivalent. Ich bin einerseits

Ihr bekannte Schauspieler getroffen hatte – eine Begegnung, die sie im Nachhinein erheblich verunsichert hatte, „...zuletzt, als wir aufbrachen, guckten die drei uns nach...danach machte ich mir so viele Gedanken, das war so wie damals, als ich am Theater war, als ich auch nicht zurecht kam unter den Leuten...und dann dachte ich: ‘mein Laden ist doch auch etwas Eigenes⁴⁰’...aber diese Schauspieler, die haben sich dem Leben so gestellt...und dann frage ich mich, was haben die, was ich nicht habe ?⁴¹...ach, eigentlich war ich schon vorher von dem vollen Schwimmbad irritiert gewesen...“⁴²

Ich kann ihrem Berichts nicht ganz leicht folgen, wenn sie von einem Einfall zum nächsten springt und gleichzeitig, mitunter sogar innerhalb eines einzigen Satzes, unvermittelt zwischen der biographischen und der selbstreflektorischen und dann wieder der aktuell szenisch beschreibenden Ebene hin und herspringt. Dabei wirkt sie psychomotorisch erregt, mal vorn über gebeugt mit den geballten Fäusten auf ihren Knien - fast beschwörend - dann wieder im Therapiesessel zurückgelehnt, die Augen kurz geschlossen, als müsse sie sich sammeln. Ihr Sprechmodus variiert nach Lautstärke und Tempo. Unter dem Eindruck der Komplexität der jenseits des diskursiven Inhalts auf mich einwirkenden Informationen⁴³ und der Tatsache, dass das jetzt stattfindende interaktionelle Szenario mir bereits aus dem bisherigen Prozess gut bekannt ist, lasse ich von dem Versuch ab, dies adäquat zu protokollieren und notiere etwas angestrengt: ‘wozu schreibe ich eigentlich auf?’⁴⁴. Während sie wirkt, als führe sie eine Art inneres Gespräch mit einem oder mehreren Anderen, die mir aber verborgen bleiben⁴⁵, stelle ich, also, mein Mitschreiben weitgehend ein. Stattdessen konzentriere ich jetzt meine Aufmerksamkeit verstärkt darauf, meine Reaktion auf sie zu beobachten⁴⁶. Mir fällt auf, dass sie mir geordneter erscheint als bisher⁴⁷ - sie bleibt einigermaßen bei einer Geschichte und ich kann erleben, dass es ihr „um etwas Bestimmtes geht“. Neu ist für mich, dass ich eine Ahnung davon bekomme, dass es ein solches - in sich kohärentes intrapsychisches Szenario - bei ihr überhaupt gibt⁴⁸. Um irgendwie Gewinn aus dem Gehörten zu ziehen⁴⁹, versuche ich mich schließlich in einer empathischen An-Deutung:

einverstanden (G), weil ich darin *Konstanz (B)* erkenne und, andererseits, *unsicher (G)* weil mir *Klarheit (B)* fehlt, ob ihr „Insistieren“ der Progression (oder, z.B., „einem Machtkampf“) dient. Gleichzeitig bin ich, quasi in Erinnerung an ihre „bisherigen intellektuellen Irrwege“, *skeptisch (G)*, (ob ich sie gewähren lassen soll oder ich noch mehr Engagement investieren muss, um die therapeutische Allianz zu stärken). Darüberhinaus bin ich („anlässlich ihrer Detailliertheit“) etwas *ungeduldig (leicht verärgert)*, weil ich mir in diesem Moment für mich mehr (*Raum im*) *Dialog (B)* wünsche. Ich entscheide mich, sie jetzt gewähren zu lassen und beobachte sie vor dem Hintergrund meiner Skepsis aufmerksam:

- 40 Mit dieser Aussage bin ich *zufrieden (G)*, weil ich darin eine Tendenz zur *Eigenständigkeit* (im Sinne meiner Vorstellung von therapierrelevanter *Progression (B)*) erkenne,
- 41 Hier werde ich *unzufrieden (G)*, weil mir ihre *Unabhängigkeit (B)* fehlt (indem ich in ihrer unrealistischen Fragestellung eine Bereitschaft zur Anpassung im Sinne der Selbstaufgabe befürchte).
- 42 Hier werde ich *aufmerksam (G)* und *interessiert (G)*, weil ich (in der realistischeren Selbstreflexion) eine Tendenz zur *Progression (B)* sehe.
- 43 Ich bin *beeindruckt (G)* und *bewegt (G)* weil ich in der Vehemenz ihres Ausdrucks ein Zeichen von *Lebendigkeit (B)* und *Kraft (B)* erlebe. Das macht mich bereit und öffnet mich, mein bisheriges Vorgehen – zu protokollieren und sie zu „steuern“ - zu überdenken.
- 44 Durch diesen Wechsel meines Aufmerksamkeitsfokus kann ich mir, im Sinne einer Bewegung zu mehr Selbstempathie, meiner eigenen *Unzufriedenheit (G)* und *Angestrengtheit (G)* darüber bewusst werden, dass mir *Leichtigkeit (B)* fehlt
- 45 In dieser Phantasie wird mir bewusst, dass ich etwas von ihrer inneren Welt nicht mitbekomme, ich bin also *bedauernd (G)*, dass ich zu wenig *Zugang (B)* (zu dieser inneren Welt) habe
- 46 Durch die Veränderung meines (Beobachtungs-)Fokus, erlebe ich mich jetzt *interessiert (G)* („an meiner Reaktion“), weil ich merke, dass mir *Selbstempathie (B)* gut tut.
- 47 Nachdem ich diese innere Bewegung vollzogen habe, stellt sich spontan eine „positivere Sichtweise“ ein, ich bin also etwas *hoffnungsfroh (G)* und fühle mich *leichter (G)* weil ich mehr *Verbindung auf der Selbstebene (B)* habe
- 48 Als Folge davon (s. Fußnote 47) bin ich *offen(er) (G)* und *annehmend(er) (G)* (ich halte jetzt eine innere „privatlogische“ Kohärenz für möglich, wo ich zuvor ausschließlich das „zu bekämpfende Chaos“ sah)
- 49 und möchte, „gleichwohl“ mein „Ziel im Auge behaltend“, affektiv also (etwas) *eifrig (G)* und *mit (leichtem) Druck (G)*, weil ich „Linie halten möchte“, meine Vorstellung, davon „wo es hingehen soll“, also weiterverfolgen und somit *Selbstbehauptung und Effektivität (B)* anstreben möchte

(Th .:) „Verstehe ich Sie richtig – dass Sie die Situation im Schwimmbad zweifach erlebt haben : erstens, ‘Ich gehör´nicht dazu´ und, zweitens, ‘Ich werde nicht verstanden´ ?
Ohne auf mein Angebot direkt einzugehen, hebt sie meinen Versuch, diese zwei Aspekte voneinander zu trennen, zunächst prompt wieder auf:

(Pat. :) „Ich muss mich verständlich machen, das heißt, mich ändern“⁵⁰.

Entschlossen, mich nicht in komplexe Mehrschichtigkeiten verwickeln zu lassen, versuche ich einen Befreiungsschlag und bleibe betont bodennah:

(Th .:) „ Wo ist das Problem ?“⁵¹

(Pat. :) „ Ich leide darunter, weil ich dann nicht so bin, wie ich bin“.

Jetzt erlebe ich, dass wir über dasselbe sprechen, quasi in der Gegenüberstellung unserer unterschiedlichen Einstellungen an einem bestimmten Punkt⁵² und strebe nach Klärung:

(Th .:) „Ich glaube, es geht darum, zwei Teile auseinander zu halten: Einerseits das Erleben Ich muss eine Andere werden und, andererseits, Ich könnte meine Kommunikationswerkzeuge verbessern, damit Verständigung besser klappt“,
woraufhin sie entgegnet:

(Pat. :) „Aber es liegt doch auch an den Anderen, wenn es nicht klappt mit dem Verständigen“⁵³.

Nach der Stunde notiere ich: ‘Der Faden ist gerade noch zu halten gewesen – plötzlich ist sie geordneter – die von mir vorgeschlagene Trennung der Aspekte günstige Veränderung (Kommunikationsverbesserung) vs Anpassung (Unterwerfung) leuchtet ihr noch nicht ein⁵⁴ – sie kann sie strukturell nicht unterscheiden – Jede Kritik wirkt auf sie wie eine Entkernung ihrer Persönlichkeit’⁵⁵.

50 Dieser Aussage könnte ich grundsätzlich zustimmen (effektiv zu kommunizieren, würde Veränderung bedeuten), ich vermute in diesem Moment allerdings, dass sie „sich verändern“ mit „sich anpassen“ gleichsetzt. Dies mit ihr auf der Metaebene zu diskutieren, halte ich für wenig aussichtsreich. Insofern bin ich *skeptisch (G)* und etwas *unwillig (G)* (auf diese Ebene einzugehen), weil mir „die Gefahr zu groß ist“, darüber keine *Verbindung (B)* (im Sinne des Zugangs zu ihren Gefühlen und Bedürfnissen) zu bekommen, spezifischer therapiebezogen fehlt mir die *veränderungsrelevante Gesprächsebene*.

51 Deshalb (s. Fußnote 50) bin ich *entschlossen (G)*, Einfachheit und Direktheit im Dialog anzusteuern, weil ich *Klarheit (B)* brauche.

52 Indem sich „mein Verdacht“ (im Sinne von Fußnote 50) bestätigt, bin ich (trotz meiner grundsätzlichen Unzufriedenheit mit ihrer bewussten Gleichsetzung von „Anpassung“ und „Veränderung“) *froh (G)*, weil ich in dieser Klärung erlebe, dass wir implizit „immerhin auf der gleichen Ebene“ sind (indem sie sich selbstreflektorisches und introspektiv, und damit implizit *gleichzeitig getrennt* positioniert). Wir sind also in *Übereinstimmung (B)* hinsichtlich der gleichen Reflexionshaltung (was u.a. dazu führt, dass wir nicht mehr aneinander vorbei sprechen).

53 Mit dieser Aussage bin ich grundsätzlich *zufrieden (G)*, weil ich damit *das Realitätsprinzip gewährleistet (B)* sehe (dass die Kommunikation durch *beide* Kommunikationspartner bestimmt wird), d.h. ich fühle mich mit ihr in diesem Moment *verbunden (B)*, indem ich erkenne, dass sie darin *Getrenntheit (B)* mental anerkennt.

54 Im Nachklang zur Stunde schlagen sich die zuvor [MBM 53] in den Hintergrund getretene *Unzufriedenheit (G)* und meine *Frustration (G)* nieder, die dem unzureichend erfüllten Bedürfnis nach *Einigkeit (B)* entsprechen (Mein Wunsch ist, dass sie die von mir vorgeschlagene Trennung zwischen Kommunikationsverbesserung und Anpassung - im Sinne meiner Vorstellung von therapeutischer Progression - anerkennt).

55 In dieser etwas kruden Formulierung kommt, trotz der oberflächlich noch etwas empathisch wirkenden „diagnostischen“ Einschätzung („so geht es ihr bei Kritik“) meine *Frustration (G)* noch deutlicher zum Ausdruck – ich bin affektiv in diesem Moment fast ärgerlich, dass sie dieses Problem hat – das Gegenüber nicht zulassen zu können -, mir geht es hier also um *Getrenntheit (B)* – die ich sowohl als Konstituens unserer therapeutischen Arbeits-Beziehung anstrebe als auch, situativ – um die Stunde „innerlich für mich zu beenden“.

3.3.3. Dritte Darstellungsebene: Erste Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens - der darin zum Ausdruck kommenden Gefühle (G) und zugrundeliegenden Bedürfnisse (B) - des Therapeuten

Die Falldarstellung soll im Folgenden zur genaueren Untersuchung in vier Beziehungsszenen untergliedert werden:

3.3.3.1. Die narrative Einleitung, in der ausgewählte Fakten zu Anamnese, bisherigem therapeutischen Prozess und zur Persönlichkeit der Patientin präsentiert werden. (Die Einleitung wird zur sprachlichen Vereinfachung ebenfalls als 'Beziehungsszene' bezeichnet. Auf sie folgt die Darstellung der Vignette, die sich ihrerseits in drei (reale) Beziehungsszenen gliedert (3.3.3.2. - 3.3.3.4.):

3.3.3.2. Die vorangehende (160.) Stunde

3.3.3.3. Die 161. Stunde (Die eigentliche „Vereinbarung“) und

3.3.3.4. Die nachfolgende (162.) Stunde

In der vorliegenden dritten Darstellungsebene werden die durch *offene Kodierung* in der zweiten Darstellungsebene gewonnenen Ergebnisse hinsichtlich der für das Erleben des Therapeuten relevanten Bedürfnisse insofern verdichtet - *axial kodiert* -, als dass sie, erstens, genutzt werden, um einen *in sich zusammenhängenden Mikro-Prozess im Verlauf* - als „Geschichte“ mit einer interaktionellen Dramaturgie – darzustellen und, zweitens, im Sinne einer ersten Annäherung, Cluster-Bildungen hinsichtlich der für die intersubjektive Interaktion relevanten Bedürfnisse vorgenommen werden⁴⁴.

Der Übergang von der offenen zur *axialen Kodierung* wird zu Beginn der Prozessdarstellung jeder Beziehungsszene zur besseren Veranschaulichung zunächst tabellarisch-graphisch abgebildet und erfolgt nach folgenden Kriterien:

a) die beobachteten Gefühle in ihrer Wechselhaftigkeit zwischen positiver und negativer Konnotation, also in ihrer Wellenbewegung zwischen Erfüllung und Nichterfüllung der Bedürfnisse des Therapeuten im Verlauf jeder Szene (als Ausdruck der intersubjektiven Dynamik);

b) die Zuordnung der in jedem MBM ermittelten konkreten Bedürfnisse des Therapeuten nach den grundsätzlichen Polen der existenziellen Konflikthaftigkeit zwischen den Polen *Vereinigung* und *Getrenntheit*. Dabei wird sowohl der im Rahmen der Arbeit bisher in den Abschnitten 3.1. und 3.2. entwickelten Differenzierung als auch der damit einhergehenden Unterscheidbarkeit vom in den *EZBK* eingegangenen Luborskyischen Konzept (1988) Rechnung getragen, indem jener ab jetzt durch den Begriff *Intersubjektiv ausgetragener existenzieller Grundkonflikt – ISAEGK* – ersetzt wird. Die der Anwendung des ISAEGK zugrundeliegende axiale Kodierung der Einteilung der Bedürfnisse nach den Polen *Vereinigung* und *Getrenntheit*, entspricht einer Tabellenspalte⁴⁵;

c) inwiefern der Affekt des jeweiligen MBM auf die Patientin oder das Therapeutenselbst bezogen ist, ob der Affekt also (aus der Perspektive des Therapeutenselbst) interpersonell oder intrapsychisch bedingt ist. Diese zusätzliche Kodierung entspringt zunächst einer ergebnisoffenen, intuitiven Neugier, die möglicherweise zur Untersuchung der Frage beiträgt, wie und warum der Therapeut aktiv in das interaktionelle Geschehen eingreift, was ihn also tatsächlich (jenseits idealgesteuerter theoretischer Konzepte) motiviert, wenn er den Prozess gestaltet⁴⁶.

44 Diese Cluster-Bildung erfolgt hier zunächst insofern im Sinne einer „ersten Annäherung“, als dass sie hier nur als Erhebung durchgeführt wird, um in der folgenden (4.) Darstellungsebene genauer untersucht zu werden.

45 ...wie sie bereits als Ergebnis der ersten zwei kasuistischen Untersuchungen als Beobachtungsparameter in die Untersuchungsmethode eingegangen ist.

46 Was in der folgenden (4.) Darstellungsebene genauer untersucht wird.

3.3.3.1. Die narrative Einleitung (MBM 1-7) In der Darstellung von *Anamnese, Arbeitshypothese des Analytikers bei Therapiebeginn* und *bisherigem Prozess* wird deutlich, was den Therapeuten bei diesem als ambivalent klassifizierten Kasus⁴⁷ bereits vor der dargestellten Szene bewegt hat. Insofern kommt in der Einleitung die aus Prozess und Persönlichkeit resultierende intrapsychische Einstellung des Therapeuten zu Beginn der in der Vignette abgebildeten intersubjektiven Interaktion zur Darstellung.

MBM	Pos. konot. Affekt	neg. konot. Affekt	konkretes Bedürfnis	Getrenntheit Vereinigung	Fokus: Pat. /Th.
1	<i>zuversichtlich</i>		Psychodyn. der Pat.zu verstehen	V	Th
2		<i>ernüchtert, enttäuscht</i>	Therapieerfolg	V	Pat.
3		<i>irritiert</i>	psychodyn. Verständnis	V	Pat.
4		<i>besorgt</i>	Therapieerfolg	V	Th.
5		<i>frustriert</i>	interaktionelle Wirksamkeit	V	Th
6		<i>erschrocken</i>	innere Distanz	G	Th
7	<i>angenehm überrascht</i>		therapeutische Wirksamkeit	G V	Pat.

Tabelle 2 (ad 3.3.3.1.)

Kodierung der MBM nach Qualität des Affektes (positiv bzw. negativ konnotiert, oder (dazwischenstehend) ambivalent), das dadurch nach Erfüllung/Nichterfüllung markierte existenzielle Bedürfnis, dessen axiale Kodierung nach den ISAEKG-Polen Vereinigung (V) und Getrenntheit (G) und der Zuordnung des konkreten Bedürfnisses ("Fokus") zum Patienten (Pat.) bzw. zum Therapeuten (Th.)

Gesamtbild: In MBM 1 und 2 wird zunächst die prognostische Desillusionierung des Therapeuten offensichtlich und in den MBM 3 bis 7 kommt, in der Betrachtung des bisherigen Therapieprozesses, seine suchende Haltung nach einer Erklärung für den von ihm als unzureichend wahrgenommenen Therapieerfolg zum Ausdruck. Beim letzten MBM (7) kommt es zu einer Überraschung, die er als Hoffnungsschimmer erlebt, dass sich seine Subjektivität im Rahmen der intersubjektiven Interaktion „doch erfolgreich niederschlägt“.

Mikroprozessuale Dramaturgie:

Das in MBM 1 angesprochene Bedürfnis, *die Psychodynamik der Patientin zu verstehen*, entspricht auf der tieferen Ebene des ISAEKG dem Bedürfnis nach *Vereinigung* – der Therapeut hatte sich von der Patientin ein (diagnostisches) Bild gemacht, von dem er sich zu diesem Zeitpunkt wünschte, „dass sie dem entspricht“. Anlässlich dieser diagnostischen Erstkonzeption fühlt er sich

47 s.a. 2.3. Stichprobenauswahl

zuversichtlich, weil sie ihm (zunächst) *Sicherheit* gibt.

Als dieser Durchblick (Diagnosis) nicht zu dem erwarteten prozessualen Fortschritt führt, kommt es zu einer Getrenntheit, die der Therapeut als Ausdruck der Frustration seines Bedürfnisses nach *Vereinigung* mit *Ernüchterung* und *Enttäuschung* - affektiv negativ verbucht (MBM 2). Die Patientin wehrt sich gegen seine „diagnostische Vereinnahmung“, und schafft auf diese Weise eine vom Therapeuten in diesem (Mikro-)Beziehungsmoment nicht begrüßte *Getrenntheit*.

Mit der grundsätzlich gleichen Haltung, nämlich weiterhin „am Therapieerfolg“ orientiert - die Bedürfnisse *psychodynamisches Verständnis*, *Therapieerfolg* und *intersubjektive Wirksamkeit* sind motivational relevant – werden in den MBM 3,4 und 5 Frustrationen im Erleben des Therapeuten erkennbar, affektiv ist er *irritiert*, *besorgt* und *frustriert*.

MBM 6 schließlich bezieht sich auf ein spontanes Agieren des Therapeuten von *Getrenntheit*, eigentlich einer Art „Impulsdurchbruch“ („ihr zu sagen, sie solle 'den Mund halten'“), der ihn, vor dem Hintergrund der von ihm nach wie vor grundsätzlich angestrebten *Vereinigung* (s.o. MBM 1 -5) zunächst selbst *erschreckt*.

Durch die Erfahrung, dass durch eben diese Intervention eine unerwartete Übereinstimmung mit der Patientin erreicht wird, kommt es nun zu einer affektiv positiven Konnotation - der Therapeut ist *angenehm überrascht*, dass er auf ganz andere Weise als es seinem ursprünglichen strategischen Vorgehen entspricht, erfolgreich ist. Sein Bedürfnis nach *therapeutischer Wirksamkeit* (als Form von *Vereinigung*) ist in diesem Moment erreicht (MBM 7).

Zusammenfassend werden, die anlässlich der Frustration des grundsätzlichen Vereinigungsbedürfnisses (im Sinne des ISAEGK) des Therapeuten negativ konnotierten MBM 2 bis 6 „eingerahmt“ von den positiv konnotierten MBM 1 und 7. Dabei handelt es sich bei MBM 1 um eine Illusion des Therapeuten, welche sich im Verlauf als mindestens unvollständig - praxeologisch als relativer Irrtum - herausgestellt hat. MBM 7 dagegen ist das Resultat einer realen now-moment-wertigen Beziehungskonstellation. In dieser Unterschiedlichkeit der beiden „einrahmenden“ MBM hinsichtlich ihres Realitätsgehaltes darf eine Progression hin zu einer (intersubjektiv) *realistischeren* Beziehung vermutet werden. In anderen Worten: Die sich abbildende Wellenbewegung innerhalb der Darstellung der narrativen Einleitung entspricht vermutlich der Bewegung der kasusspezifischen intersubjektiven Qualität der (Übertragungs-)Beziehung – die sich ebenfalls auf der Ebene der (Inter-)Aktion der nachfolgenden Vignette zeigen wird.

Die Besonderheit dieses Falles und gleichzeitig die nachträgliche, sich jetzt offenbarende Begründung, warum er im Rahmen der Stichprobenauswahl, s.2.3.3.) als „ambivalent“ klassifiziert wird, besteht darin, dass der Therapeut weniger als sonst auf sein gewohntes Repertoire zurückgreifen kann. Resultierend ist er Zweifeln und Überraschungen ausgesetzt. Er muss sich in unsichere Bereiche begeben - das therapeutische Geschehen wird, (noch) weniger als durchschnittlich, vom manifesten Diskurs-Inhalt bestimmt.

3.3.3.2. Die 160. Stunde

In dieser Beziehungsszene kommt die aus dem bisherigen Therapieprozess resultierende Frustration des Therapeuten *szenisch interaktionell* zur Darstellung. Sie geht dem zentralen intersubjektiven Ereignis der 161. Stunde, in der die „sinnvolle Vereinbarung“ stattfindet, voran.

In der darauf bezogenen Kodierung lassen sich *drei* voneinander unterscheidbare affektive Konnotationen der MBM beobachten: affektiv positiv, negativ und *ambivalent* konnotierte. Letztere sind insofern ambivalent, als dass sie gleichzeitig affektiv positiv wie negativ konnotiert sind und befinden sich graphisch-tabellarisch folglich in einer Mittelposition zwischen affektiv positiver und

negativer Konnotation (siehe Tabelle 3.3.3.2.).

MBM	Pos. konnot. Affekt	neg. konnot. Affekt	konkretes Bedürfnis	Getrenntheit Vereinigung	Fokus: Pat./Th.
8		<i>engeengt</i> <i>unzufrieden</i>	Therap. Handlungsspielraum Verbindung	G / V	Th Pat.
9		<i>unzufrieden</i>	Resonanz	V	Pat.
10		<i>unzufrieden</i>	Zugang z.Pat	V	Pat
11	<i>entschlossen</i> <i>bemüht</i>		Kommunikation	G / V	
12	<i>hoffnungsvoll</i>		Resonanz	V	Pat.
13	<i>entschlossen</i> <i>(ermutigt u</i> <i>unsicher)</i>		Resonanz Verbindung	G / V	Th
14		<i>frustriert</i>	Wertschätzung	V	Th
15	<i>froh,</i> <i>hoffnungsvoll</i>		Bezogenheit	G / V	Th
16	<i>be-/gerührt</i>		Verbindung Erfolg	V	Pat.
17		<i>unzufrieden</i>	Stundenbeendig.	G	Pat.
18	<i>Interessiert</i>		Resonanz (u. Stundenbeendig)	G / V	Pat.
19	<i>entschlossen</i> <i>(einschl. ange-</i> <i>spannt,irritiert)</i>		Stundenbeendig.	G	Th
20		<i>verunsichert</i>	Verbindung	G / V	Pat.
21		<i>unzufrieden</i> <i>ärgerlich</i>	Stundenbe- endigung	G / V	Th

Tabelle 3 (ad 3.3.3.2.)

Kodierung der MBM nach Qualität des Affektes (positiv bzw. negativ konnotiert, oder (dazwischenstehend) ambivalent), das dadurch nach Erfüllung/Nichterfüllung markierte existenzielle Bedürfnis, dessen axiale Kodierung nach den ISAEKG-Polen Vereinigung (V) und Getrenntheit (G) und der Zuordnung des konkreten Bedürfnisses ("Fokus") zum Patienten (Pat.) bzw. zum Therapeuten (Th.)

Gesamtbild der mikroprozessualen Dynamik: In Kontinuität mit der deutlichen Frustration des Therapeuten im Ringen um therapeutische Wirksamkeit im bisherigen Prozess, dominieren in dieser Beziehungsszene die unerfüllten Beziehungsbedürfnisse des Therapeuten (7 neg. gegenüber

5 pos., bei 3 ambivalent konnotierten). Dabei ist für das Verständnis des kommunikativen Diskurses zu berücksichtigen, dass es in der ersten Hälfte dieser Szene (MBM 8-16) für den Therapeuten vorwiegend um die Steigerung therapeutischer Wirksamkeit (ISAEGK-Pol *Vereinigung*) und, zum Ende der Stunde (MBM 17-21) um deren Beendigung (ISAEGK-Pol *Getrenntheit*) geht.

Die MBM, in welchen die Bedürfnisse des Therapeuten erfüllt sind (MBM 12 bis 16), markieren eine Art Plateau, das eine Delle aufweist an einem MBM (14) - negativ konnotiert aufgrund eines unerfüllten Therapeutenbedürfnisses.

Die Gesamtbewegung ist eine Art Wellenbewegung zwischen affektiv positiver und affektiv negativer Konnotation, wobei auffällt, dass die Stunde unbefriedigend beginnt und auch so endet. Die entsprechend negativ konnotierten MBM bilden eine Art Rahmen, finden sich also am Anfang und am Ende der dargestellten Stunde (MBM 8-10 und MBM 20, 21).

Bei den MBM 11, 13 u. 19 liegt insofern Ambivalenz vor, als dass auf Seiten des Therapeuten einerseits eine Euphorisierung, ein *ermutigt-Sein* beobachtbar ist und *gleichzeitig* auch eine (die Entspannung eines (voll) erfüllten Bedürfnisses) hemmende *Unsicherheit* mitschwingt. Keine der beiden in der Ambivalenz aufgehenden gegensätzlichen affektiven Konnotationen 'schlägt jedoch voll durch'. Das konkrete Erleben dieser ambivalenten Konnotationen geht in den Qualitäten von *bemüht* bzw. *entschlossen* auf. In diesen MBM stellt sich der Therapeut weniger rezeptiv begleitend im Sinne einer gleichschwebenden Aufmerksamkeit ein, sondern gibt stattdessen jeweils einen (kommunikativen) Handlungsimpuls -. positioniert sich also aktiv als *Gegenüber*. Diese 3 MBM stellen zunächst ein rätselhaftes Phänomen dar, das weiter unten gesondert untersucht werden soll.

Es folgt nun die **Rekonstruktion der mikroprozessualen Dramaturgie:**

Gleich zu Beginn der Stunde (MBM 8) erlebt der Therapeut die Unzugänglichkeit der Patientin intensiv. Durch die Vehemenz der Selbstanklage der Patientin fühlt er sich *eingeeengt* und zwar auf beiden Polen des ISAEGK (MBM 8). So fehlt ihm, ausgelöst durch die abstoßende Wirkung ihrer Selbstbeschämung, in diesem Moment einerseits *Verbindung*, und gleichzeitig fühlt er sich in dem Beschäftigtsein mit dieser Selbstbeschämung in seinem (*interaktionellen*) *therapeutischen Handlungsspielraum eingeeengt*. Da der letztgenannte Aspekt dem *Getrenntheitspol* entspricht, sind im Sinne einer ungünstigen Ausgangskonstellation zu Beginn der Stunde also beide Pole des ISAEGK unerfüllt.

Der Therapeut fängt daraufhin unmittelbar an, an der Verbesserung der Verbindung „zu arbeiten“, und wird zweifach *frustriert* - die Patientin reagiert einmal gar nicht (MBM 9) und das andere Mal schottet sie sich erneut durch stereotype Selbstanklage ab (MBM 10). Entsprechend ist er *unzufrieden*, weil ihm *Resonanz* und *Zugang zur Patientin* fehlen.

Als Reaktion auf diese 3-fache, ihm aus dem bisherigen Prozess anlässlich ihrer Selbstanklagen bekannte Frustration seines Bedürfnisses nach Verbindung, stellt sich beim Therapeuten im nächsten MBM (11) ein affektiv ambivalent konnotierter Impuls ein. Er will die als Doppelbotschaft erlebte Beziehungsgestaltung der Patientin (appellatives Leid vs Abschottung), durchbrechen. Affektiv wird er deswegen *entschlossen* und *bemüht*. Expressis verbis wirbt er und wirft gleichzeitig seine Expertise in die Waagschale („...für mich kein Zeichen, dass Sie schlecht sind. Im Sinne der Therapie trifft eher das Gegenteil zu.“). Intersubjektiv positioniert er sich damit konfrontativ zu ihrer (selbstanklagenden) Sichtweise und bietet gleichzeitig eine Art Umarmung an.

Anlässlich ihres kurzen reaktiven Innehaltens (MBM 12) wird der Therapeut *hoffnungsvoll*, schöpft neuen Mut und zeigt sich deutlich mit seiner Frustration (MBM 13: „...ich hinterlasse keine Spuren bei Ihnen – Sie gehen auf Nichts von mir ein, auf diese Weise sehe ich nicht, wie ich Ihnen helfen kann!“), was einer subtilen Form des Muts der Verzweiflung entspricht. Er positioniert sich dabei in der Beziehung nicht nur offen, wodurch er versucht, Verbindung zu fördern, sondern (in der Konfrontation) gleichzeitig auch getrennter. Dies entspricht einem gewissen Risiko. Es ist unklar, ob die Patientin das gleichzeitige Angebot von Nähe und Getrenntheit „verkräftet“.

Als sie nun zunächst „mit gleicher Münze“ antwortet („..., Sie gehen nicht auf mich ein“), bricht der Therapeut für einen Moment ein. Er ist *frustriert*, weil er *Wertschätzung* (für seine Bemühungen) seitens der Patientin vermisst, ärgert sich, da er, für einen Moment, beziehungsmäßige Realbefriedigung „beansprucht“ (MBM 14).

Doch dieser Moment stellt nur eine kurze Delle in der sich nun sukzessive verdichtenden Verbindung dar. Nach der selbstempathischen Wahrnehmung seines Ärgers gelingt es dem Therapeuten, sich davon zu lösen, wieder die Übertragungsbeziehung und damit die Patientin zu fokussieren. *Froh* und, resultierend, *hoffnungsvoll* erkennt er nun den Wert der Patientinnen-Äußerung, der nicht in deren Inhalt, sondern in der Tatsache besteht, dass sie sich ebenfalls zeigt, und damit *Bezogenheit* entsteht, in der die Positionierung im Gegenüber (*Getrenntheit*) bei *gleichzeitiger* kommunikativer Verbundenheit – es wird auf der gleichen Ebene miteinander geredet (*Verbindung*), was er spontan durch eine Art Ausruf (MBM 15: „Super!“) kommuniziert. Er erklärt sein lebhaftes Einverständnis nicht näher, sondern bemüht sich, die Betriebstemperatur zu erhalten, als er auf der „Bezogenheitsebene“ nachlegt, indem er die Patientin auffordert, sich zu erklären („können Sie mir das erklären?“).

Diese Wendung zeitigt insofern Erfolg, als dass sich die Patientin daraufhin hilfesuchend weiter öffnet (MBM 16 „...ich möchte, dass Sie mir helfen“). Das markiert den beziehungsmäßig intensivsten Moment dieser Szene - abgebildet im Erleben des Therapeuten, der *berührt* ist von der (nun spürbaren) *Verbindung* und gleichzeitig *gerührt* davon, dass seine Bemühungen um Verbindung nun *Erfolg* zeigen.

War es dem Therapeuten in dieser Szene bisher um die Förderung *therapeutischer Wirksamkeit* (ISAEGK: *Vereinigungspol*) gegangen, so wird sein Erleben in der übrigen Szene (MBM 17 – 21) von seinem Anliegen nach Stundenbeendigung bestimmt.

Nach der zuvor erreichten Verbindungsdichte steht der Therapeut deshalb vor einem dramaturgischen Problem – Er möchte die unmittelbar bevorstehende Stundenbeendigung „vollziehen“ und gleichzeitig das an Beziehungsintensität Erreichte „über das Stundenende hinaus retten“. Dieser Konflikt bestimmt das Geschehen, das insgesamt von wenig Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des Therapeuten wie auch von wenig interpersonaler Harmonie gekennzeichnet ist, weshalb die vorher erreichte affektiv positive Konnotation (des Plateaus MBM 12-16) jetzt tendenziell in ihr Gegenteil umschlägt (MBM 17-21).

Bei der Verfolgung seines Anliegens nach Stundenbeendigung (ISAEGK-Bedürfnispol: *Getrenntheit*) hat der Therapeut unangenehme Gefühle (MBM 17, 19 u. 21) als Ausdruck seiner Unzufriedenheit, die Stunde nicht harmonisch beenden zu können. Eher handelt es sich in seinem Erleben um so etwas wie ein mal verbal, mal von ihm physikalisch handelnd unterstütztes Bemühen, „die Patientin aus der Tür zu schieben“. Dabei ist er zunächst *unzufrieden*, anlässlich dessen, dass die Patientin anscheinend seine Erklärung der Stundenbeendigung ignoriert (MBM 17). Er erlebt dabei seine eigene *Entschlossenheit*, sich (und sie) „trotz ihrer Nichtreaktion“ weiter in Richtung Tür zu bewegen, was, bei aller Entschiedenheit eine gewisse *Anspannung* sowie eine diskrete *Irritation* einschließt (MBM 19). Und schließlich ist er *unter Druck* (MBM 21), was sich darin äußert, dass er zu einer gewissen Grobheit greifen muss, um sich realiter zu trennen („Ich hab’s versucht, aber ich verstehe Sie nicht“).

Die affektiv negative Konnotation der Stundenbeendigungsbewegung wird an 2 Stellen unterbrochen, bekommt Dellen, als die Patientin versucht, das Gespräch im Sinne der kurz zuvor stattgefundenen intensiven Verbindung fortzusetzen (MBM 18 u. 20). Während der Therapeut bei dem ersten Ansatz noch aufhorcht, kurzfristig *interessiert* reagiert (MBM 18) – der Topos, den die Patientin anspricht ist inhaltlich übertragungs-relevant („Greg sagt auch ‘Ich komm nicht zu dir durch’“), *verunsichert* ihn der zweite Ansatz der Patientin, den er vorwürflich erlebt („Ich hatte Ihnen zeigen wollen, wie schlecht es mir geht, aber...“) und lässt ihn schließlich *ärgerlich* werden, weil er darin, anlässlich dessen, dass die Zeit voranschreitet, eine Durchkreuzung seines

Stundenbeendigungsanliegens befürchtet - er muss zur besagten Grobheit greifen.

3.3.3.3. Die 161. Stunde (MBM 22-36)

MBM	Pos. konnot. Affekt	neg. konnot. Affekt	konkretes Bedürfnis	Getrennt / Vereinigung	Fokus: Pat./Th.
22		entschlossen	therap. Wirksamkeit	V	Th
23	Freude		Kontinuität (Konstanz)	V	Pat.
24		Bedauern	therap. Allianz	V	Pat.
25	beeindruckt		psychodynam. Verständnis	G / V	Pat.
26		entschlossen	Kontinuität der therap. Wirksamkeit	V	Th
27		diskret unsicher	Rückversicherung	V	Th
28	ermutigt		Rückversicherung	V	Pat.
29	zuversichtlich		Selbst-Emp. Authentizität	G	Th.
30	ermutigt		therapeut. Wirksamkeit	G / V	Th
31	inspiriert		Kommunikation	V	Th
32		vorsichtig	Rückversicherung	V	Th
33	zufrieden		Kooperation Übereinstimmung	V	Pat.
34		irritiert u. etw. bestürzt	therap. Allianz aufrecht erhalten	V	Pat.
35		entschlossen	Therapieerfolg sichern Stundenbeendigung	G / V	Th
36		skeptisch	Getrenntheit Vertrauen in die therap. Allianz	G / V	Th

Tabelle 4 (ad 3.3.3.3.)

Kodierung der MBM nach Qualität des Affektes (positiv bzw. negativ konnotiert, oder (dazwischenstehend) ambivalent), das dadurch nach Erfüllung/Nichterfüllung markierte existenzielle Bedürfnis, dessen axiale Kodierung nach den ISAEKG-Polen Vereinigung (V) und Getrenntheit (G) und der Zuordnung des konkreten Bedürfnisses ("Fokus") zum Patienten (Pat.) bzw. zum Therapeuten (Th.)

Gesamtbild: Ähnlich wie in der Vorstunde ist auch in dieser Stunde eine Art Wellenbewegung in bezug auf die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der Bedürfnisse des Therapeuten zu beobachten. Allerdings überwiegen im Unterschied zur 160. Stunde hier die affektiv positiv gegenüber den affektiv negativ konnotierten MBM (im Verhältnis 7:5). Auch hier ist die bereits in 3.3.3.2. gefundene ambivalente Kategorie für 3 MBM (22, 26, 35) nachweisbar, in denen sich der Therapeut „entschlossen“ erlebt, was interaktionell einem Handlungsimpuls entspricht. Diese *ambivalenten* affektiven Konnotationen werden, einerseits, gespeist aus einer von einer vorangegangenen Interaktion herrührenden *Ermütigung* und bergen, andererseits, gleichzeitig eine partielle *Unsicherheit*, die es notwendig macht, sich aggressiv und entschieden - getrennt - zu positionieren.

In dieser Szene ist zentral ein Plateau von Bedürfniserfüllung (MBM 28 bis 33) zu beobachten, welches der emotional dichtesten Mikroszene in dieser Stunde entspricht. Dieses Plateau stellt eine Art Einbettung für die zentrale „Vereinbarung“ dar, mit welcher der Therapeut versucht, die intersubjektive Kommunikation zu verbessern.

Rekonstruktion der mikroprozessualen Dramaturgie:

Der Therapeut hatte bereits in der Vorstunde [s.a. 3.3.3.2.] hinsichtlich seiner Bedürfnisse nach Verbindung, therapeutischer Allianz und Resonanz partielle Befriedigung erfahren. Letztere werden nach seinem „entschlossenen“ Auftakt (MBM 22: „Es geht Ihnen nicht gut (?)“) zweifach verstärkt bzw. bestätigt (MBM 23 u. 25). Der Therapeut erlebt *Freude* über die seitens der Patientin ausgedrückte *Konstanz* der Beziehung (MBM 23: „...seit unserer letzten Stunde...ich musste immer wieder daran denken, dass...“). Diese Erfahrung wird dann durch eine weitere Bemerkung noch verstärkt, in der er ein hochrelevantes vorbewusstes *psychodynamisches Verständnis* seitens der Patientin hinsichtlich ihres eigenen intrapsychischen Konflikts vermutet (MBM 25: „...Sie sagten ja: ‘Sagen Sie Ihren Jammerwunsch an’, aber, wenn ich das könnte, wäre es nicht so schlimm“).

Auf diese Weise ausreichend in der Beziehung rückversichert, hat er eine Basis für den Vorschlag zur „sinnvollen Vereinbarung“ - jenseits von manifesten Inhalten, den jeweiligen Verbindungsgrad zu beachten und ggf. zu kommentieren (MBM 26-33):

Zunächst positioniert er sich *entschlossen*, quasi ‘das Heft in die Hand nehmend’ in MBM 26 (Ich unterbreche sie: „Ja, so sehe ich das!“ um dann relativ abrupt mein Ziel weiter zu verfolgen,...), braucht daraufhin noch einmal *Rückversicherung* (MBM 27: „Ich habe dazu eine Idee, sind Sie bereit, die zu hören?“) und fühlt sich dann, als die Patientin einwilligt, sich seinen kommunikationsbezogenen Veränderungsvorschlag anzuhören (MBM 28: Pat.: „Jaah...“) *ermutigt*. Derart *zuversichtlich* und *inspiriert* eingestimmt, zeigt sich der Therapeut noch einmal selbstoffenbar (MBM 29: „...dass die Verbindung zwischen uns [manchmal] nicht mehr besteht...ich kann das spüren und fühle mich dann nicht besonders wohl.“). Diese (bereits in MBM 13 erfolgreich eingesetzte) Selbstmitteilung bildet eine Art Geschenkpapier für den eigentlichen Vorschlag zur Veränderung des kommunikativen Miteinanders (MBM 30: „...Deshalb möchte ich mit Ihnen eine Verabredung treffen: Wenn die ich den Eindruck habe, dass die Verbindung abreißt und es mir so geht, dann melde ich mich“). Er führt damit im Grunde die Selbstmitteilung als kommunikatives Mittel der ‘gefühlten Beziehung’ - jenseits vom diskursiven Inhalt - ein. Aus dem Bemühen, weiterhin so sorgfältig wie möglich zu kommunizieren, erfolgt im Anschluss daran die expressis-verbis-Formulierung desselben - eine zweifache Befestigung oder Nachhaltigkeitssicherung des Vorschlags: in MBM 31 erklärt er die Beziehungsrelevanz („Vielleicht kann uns das dabei helfen, dass das, was Sie sagen wollen, besser überkommt...“), die er sogleich interaktionell in MBM 32 überprüft („Was halten Sie davon?“). Als die Patientin auf seinen Vorschlag einwilligt, ist er *zufrieden*, weil sein Bedürfnis nach *Kooperation* und *Übereinstimmung* erfüllt ist (MBM 33). Zusammenfassend ist der Therapeut während der besagten ‘Verabredungs-Mikrosequenz’ (MBM 28-33), im Sinne eines relativ langen Hochs innerhalb der benannten Wellenbewegung, affektiv positiv gestimmt.

Nachdem das zentrale Anliegen des Therapeuten für diese Stunde – die Stärkung der therapeutischen Allianz – erreicht ist, wiederholt sich das aus der Vorstunde bekannte Szenario: Der Therapeut erlebt die reale Trennung als nicht reibungslos. Entsprechend sind die darauf bezogenen Affekte ambivalent bis negativ, als es um die anlässlich der Stundenbeendigung anklingenden Bedürfnisse geht (MBM 34-36).

Durch das Weitersprechen, als der Therapeut bereits „in Richtung Tür drängt“, ignoriert die Patientin die Tatsache der anstehenden Stundenbeendigung – kommunikativ handelnd. Die Art und Weise, wie sie das tut – im Klagemodus inhaltlich eher Fläche als Tiefe herstellend und damit am Gegenüber festhaltend, ohne Nähe zuzulassen – erlebt der Therapeut wie einen Rückfall in den status quo ante (also vor der von ihm mit Sorgfalt lancierten „Vereinbarung“).

Auf den letztgenannten Aspekt dieses doppelbotschaftigen Kommunikationsverhaltens reagiert der Therapeut unmittelbar. Er ist über den „Rückfall“ *irritiert* und *etwas bestürzt* (MBM 34) anlässlich seines Erlebens auf einer tieferen Ebene, dass „das eben Erreichte schon wieder aufgehoben sein soll“, also die therapeutische Allianz gefährdet erscheint.

Anschließend (MBM 35) positioniert er sich in Anbetracht der Realität des therapeutischen Rahmens (der Stundenbeendigung), *entschlossen*, indem er sich - physisch handelnd - in Richtung Ausgang bewegt und gleichzeitig - kommunikativ - den *Therapieerfolg* zu sichern versucht, indem er, sie nun ausschließend, nur auf sein eigenes Urteil vertraut und deshalb etwas apodiktisch formuliert: „Wir waren nicht so schlecht heute, aber wir können noch besser werden...“. Dabei ist es interessant, dass die Bewegung zum Ausgang hin der *Getrenntheit* dient, die Formulierung „...aber wir können noch besser werden...“ dagegen, auf *Vereinigung* abzielt. Der vorgeschaltete Satz „Wir waren nicht so schlecht heute...“ nimmt eine Art Mittelposition ein – einerseits nimmt er die Unzufriedenheit der Patientin auf („...dazu sind wir gar nicht gekommen“), hat also eine *verbindende* Komponente und, andererseits, positioniert er sich *getrennt*, indem er der von ihm 'gehörten' Misserfolgs-konnotation widerspricht und das Erreichte positiv bewertet.

In seinen Notizen nach Ende der Stunde, ist der Therapeut erschöpft und entwertet das Ergebnis der Stunde tendenziell (MBM 36 'vordergründig kommen wir in Kontakt'). Diese im Lichte dieser Untersuchung im Nachhinein zu pessimistische Einschätzung erklärt sich im wesentlichen aus der vorangegangenen Angestrengtheit und unmittelbar aus der Unzufriedenheit des Therapeuten mit dem Verlauf der Stundenbeendigung. „Ich darf wirklich nicht auf Inhalte eingehen“ wirkt wie ein Seufzer nach Getrenntheit.

3.3.3.4. Die nachfolgende (162.) Stunde

Gesamtbild: Ähnlich wie in der 161. Stunde lässt sich hier ein leichtes Überwiegen der affektiv positiv konnotierten MBM beobachten (9 positiv : 7 negativ, bei 3 ambivalent). Auffällig häufig vertreten ist der Getrenntheitspol des ISAEKG (Mitbeteiligung bei 15 :19 MBM, im Vergleich zu 8 MBM, bei denen der Vereinigungspol relevant ist). Ebenfalls unterschiedlich im Vergleich zur Vorstunde ist, dass der Anteil der MBM, in denen sich der Therapeut innerlich auf sich selbst bezieht, geringer ausfällt (5 im Vergleich zu 9 in der Vorstunde; und 5 im Vergleich zu 14, bei denen der Anlass für die emotionale Reaktion sich in dieser Stunde auf die Patientin bezieht).

MBM	Pos. konnot. Affekt	neg. konnot. Affekt	konkretes Bedürfnis	Getrennt / Vereinigung	Fokus Pat./Th.
37	Freude		Kontinuität	V	Pat.
38		interessiert/ skeptisch	Klarheit/ Sicherheit	G	Th
39	ambivalent einverstanden	unsicher skeptisch/ ungeduldig	Konstanz Klarheit/ Resonanz	G V	Pat. Th
40	zufrieden		Therapiefort- schritt Eigenständigkeit	G	Pat.
41		unzufrieden	Therapieziel: Unabhängigkt	G	Pat.
42	aufmerksam/ interessiert		Progression/ Introspektion	G	Pat.
43	beeindruckt/ bewegt		Lebendigkeit/ Kraft	G	Pat.
44		unzufrieden/ angestrengt	Leichtigkeit	G	Th
45		bedauernd	Zugang zu ihrer Welt	V	Pat.
46	interessiert		Selbst- empathie	G	Th
47	hoffnungsfroh/ leichter		Progression/ Geordnetheit	G	Pat.
48	offen./ ruhig(er)		Akzeptanz/ Verständnis	G / V	Pat./Th
49	eifrig		Effektivität i.S. der Progression	G	Pat.
50		unwillig/ skeptisch	relevante Gesprächsebene	V	Pat.
51	entschlossen		Klarheit	G	Pat.
52	froh		Übereinstim- mung hinsichtl. Introspektivität	G / V	Pat.
53	zufrieden		Realitäts- anerkennung	G / V	Pat.
54		unzufrieden/ frustriert	Übereinstim- mung/ Erfolg	V V	Pat. Th
55		frustriert		G	Pat.

Tabelle 5 (ad 3.3.3.4.) Kodierung der MBM nach Qualität des Affektes (positiv bzw. negativ konnotiert, oder (dazwischenstehend) ambivalent), das dadurch nach Erfüllung/Nichterfüllung markierte existenzielle Bedürfnis, dessen axiale Kodierung nach den ISAEKG-Polen Vereinigung (V) und Getrenntheit (G) und der Zuordnung des konkreten Bedürfnisses ("Fokus") zum Patienten (Pat.) bzw. zum Therapeuten (Th.)

Rekonstruktion der mikroprozessualen Dramaturgie:

Auf die Eröffnung der Patientin (MBM 37: „Die letzte Stunde fand ich ganz gut,...dass wir einen kleinen Punkt gefunden hatten, wo Verbindung geht“) reagiert der Therapeut mit *Freude*, weil er darin Kontinuität des Vorstundenthemas erkennt.

Nach zusätzlicher Sicherheit suchend ist der Therapeut gleichwohl noch *skeptisch* und fragt nach, „wie sie das meine“ (MBM 38).

Als die Patientin daraufhin ihr eigenes „zu kurz gekommenes Thema“ der Vorstunde unvermittelt noch einmal aufgreift (MBM 39: „Aber ich wollte noch von dem Schwimmbad erzählen – mit Greg - wozu wir letztes Mal nicht mehr gekommen waren...“) verliert er die Weisheit der Patientinnen-Äußerung, durch die sie sich fast nebenbei sehr in Übereinstimmung mit ihm positioniert (sie erlebte „...einen Punkt, wo sich mein innerer Kompass justiert“), zunächst aus den Augen. Er reagiert anlässlich der Abruptheit, mit der das ihm wichtige Thema „abgehandelt“ wird, weil ihm *‘Raum im Dialog fehlt’* (MBM 39). Resultierend kommt es zu einer relativ geringen Wertschätzung der nun folgenden Einlassungen der Patientin seinerseits. Er ist in diesem Moment hin- und hergeworfen, – einerseits bedeutet ihre *Konstanz* hinsichtlich des eigenen Themas für ihn größere kognitive Geordnetheit und ist damit wünschenswert, was ihn (partiell) *einverstanden* sein lässt, und, andererseits, vermisst er in dieser Situation in seinem „zu-kurz-Kommen“ *Verbindung*. Dadurch klingt seine Unzufriedenheit mit dem bisherigen Prozess wieder an – er ist skeptisch, weil es ihm immer noch an *Sicherheit* fehlt, dass die Patientin sich *‘wirklich bewegt’*.

Als Ausdruck derselben Unsicherheit kann auch seine innere Reaktion auf die folgenden 3 Äußerungen der Patientin verstanden werden (MBM 40-42). Ein wenig mit Argusaugen – skeptisch - beurteilt er die Ausführungen der Patientin zur Schwimmbadszene dahingehend, ob sie seiner Vorstellung von Progression entsprechen. In dieser Situation ist er interpersonal nah dran, schwingt eng mit, was die Kurzweiligkeit der Ausschläge, von affektiv *zufrieden* (40) über *unzufrieden* (41) nach *aufmerksam, interessiert* (MBM 42) abbildet, wobei es für ihn um die Bedürfnisse *Therapiefortschritt* im Sinne Eigenständigkeit, Unabhängigkeit und Selbstreflexion geht - alle drei Aspekte Ausdruck von *Getrenntheit*. Als die Patientin sich in diesem Sinne introspektiv positioniert (MBM 42: „eigentlich war ich schon vorher von dem vollen Schwimmbad irritiert gewesen“), sind seine Aufmerksamkeit und sein Interesse geweckt, die Skepsis gewichen.

Er kann sie daraufhin vorbehaltloser annehmen und lässt sich jetzt von ihrer Vehemenz *beeindrucken und bewegen* (und nicht abschrecken) (MBM 43). Er folgt ihr, indem er jetzt von seiner Routine ablässt – nicht mehr aufschreibt (MBM 44), nachdem er in seiner *Unzufriedenheit* und seinem *Angestrengt-sein* einen Hinweis auf fehlende *Leichtigkeit* erkannt hat.

Anstelle seiner vorherigen bewertenden Einstellung (‘chaotischer Diskurs’, ‘sprunghaft’, ‘abbrüchlich’) positioniert er sich daraufhin empathisch annehmender – er räumt nun dem, was die Patientin präsentiert (was formal psychopathologisch auch als ‘histrionisch’ bzw., im Sinne einer formalen Denkstörung, als ‘Gedankenabbrüche’ eingestuft werden kann), die Möglichkeit der Qualität eines inneren Dialogs ein, der ihm zwar „verborgen bleibt“ (MBM 45), innerhalb dessen er gleichwohl jetzt eine relative kognitive Ordnung für möglich hält (MBM 47) - er „bekommt eine Ahnung davon, dass es ein kohärentes intrapsychisches Szenario bei ihr überhaupt gibt“ (MBM 48).

Dermaßen eingestimmt, ist er bereit, seine Aufmerksamkeit wieder verstärkt auf den Inhalt der Äußerungen der Patientin (MBM 49) zu richten und damit zu arbeiten, wobei er (affektiv) *eifrig* wird („Verstehe ich Sie richtig – dass Sie die Situation im Schwimmbad zweifach erlebt haben : erstens, ‘Ich gehör nicht dazu’ und, zweitens, ‘Ich werde nicht verstanden’ ?“), weil er eine Chance sieht, „genuin psychoanalytische Therapieziele“ zu verfolgen. Deshalb setzt er zu einem Versuch an, ihre Sichtweise zu analysieren.

Um Präzision an dieser Stelle bemüht, ist er zunächst *unwillig* und erneut etwas *skeptisch*, ob sie ihre Äußerung (MBM 50 „Ich muss mich verständlich machen, das heißt, mich ändern“) kollusiv verstrickt im Sinne einer selbstverleugnenden Unterwerfung meint, oder, im Sinne einer

Progression – Kommunikationsverbesserung für sich anstreben, was *Getrenntheit*, im Sinne von Eigenständigkeit und damit einhergehender Selbstverantwortung und Selbstreflexion entspräche.

Aus der Erfahrung des bisherigen Prozesses noch 'gebranntes Kind' und deshalb befürchtend, erneut in ungetrennter Weise in die Unübersichtlichkeit ihrer Gedankengänge hineingezogen zu werden, wählt er die Strategie der Vereinfachung, von der er sich einen Zugewinn an *Klarheit* (und *Getrenntheit*) erhofft. Deshalb stellt er, affektiv *entschlossen*, eine entsprechend 'bodennahe' Frage: „Wo ist das Problem?“ (MBM 51).

Ihre Antwort („Ich leide darunter, weil ich dann nicht so bin, wie ich bin“) erscheint dem Therapeuten im Sinne seines zentralen Anliegen – *Getrenntheit* – weiterhin uneindeutig – leidet sie, weil sie 'noch nicht so kommunikationsfähig ist, wie sie es anstrebt' oder, 'weil sie immer noch das Ziel des Sich-verständlich-machens als Unterwerfung erlebt', ist also ihr Leiden ichsynton – im Sinne einer unausweichlichen Angstbegegnung im Rahmen ihres Emanzipationsprozesses - oder ichdyston konnotiert – als Ausdruck ihrer (sie entwicklungsbehindernden) lebensstiltypischen (introjierten) Beschämung? Als die Patientin sagt: „Ich leide darunter, dass ich dann nicht so bin, wie ich bin“, interpretiert er, dass die letztgenannte entwicklungshinderliche Einstellung nach wie vor dominiert und entscheidet sich dafür, diese zu attackieren, indem er seine Position nochmals erklärt. Dazu benutzt er ihre Worte für ihr originäres Fremdbestimmungserleben („Ich muss eine Andere werden“) und stellt ihr seine Formulierung für eine getrenntere Positionierung („Ich könnte meine Kommunikationswerkzeuge verbessern“) gegenüber. Durch diese Unterscheidung („Ich glaube, es geht darum, zwei Teile auseinander zu halten: Einerseits das Erleben 'Ich muss eine Andere werden' und, andererseits, 'Ich könnte meine Kommunikationswerkzeuge verbessern'“) versucht er zu trennen was für sie, missverständlicherweise, das Gleiche ist.

Dabei, und das ist interessanterweise das für seine affektive Gestimmtheit in diesem MBM (52) Auschlaggebende, wird er von der Tatsache bestimmt, dass die Patientin überhaupt in selbstreflektierender Weise von sich spricht. Diese Introspektivität impliziert per se *Getrenntheit*! Über diese *Übereinstimmung* (hinsichtlich einer grundsätzlich *getrennten* Einstellung) ist er *froh*. Demgegenüber tritt die noch nicht überzeugend aufgelöste Uneindeutigkeit der manifesten Konfliktverhandlung (ungetrennte) Anpassung vs (getrennte) Selbstvertretung *für sein affektives Erleben* in den Hintergrund. Erneut wird also ihr sich-sich-selbst-Zuwenden für ihn wichtiger als der manifeste Diskurs.

In diesem Sinne ist er *zufrieden* mit der darauf erfolgenden Reaktion der Patientin (MBM 53 „Aber es liegt doch auch an den Anderen, wenn es nicht klappt mit dem Verständigen“), welche für ihn, in ihrer *Realitätsanerkennung*, in der Tiefe *Getrenntheit* bedeutet.

Im unmittelbaren Nachklang der Stunde positioniert sich der Therapeut dann noch einmal kritisch bewertend mit einem Hang zu mehr Pessimismus als gerade zuvor, indem er zunächst die in seinem Erleben noch nicht ausreichend geglückte *kognitive Übereinstimmung* (Verbindung) hinsichtlich seiner Sichtweise bedauert (MBM 54: „...leuchtet ihr noch nicht ein“) um sich dann, mithilfe einer „grundsätzlichen“ diagnostischen Einschätzung zu distanzieren und von der Stunde Abschied zu nehmen - (MBM 55: 'Jede Kritik wirkt auf sie wie eine Entkernung ihrer Persönlichkeit').

Die die beiden letzten MBM begleitenden Affekte – *Frustration*, *Unzufriedenheit* und (*leichter*) *Ärger* weisen noch einmal auf sein Gewährwerden dessen hin, 'was noch zu tun ist' - um *Getrenntheit* zu fördern. Sie sind also Ausdruck seiner Sicht des Prozessstandes.

3.3.4. Vierte Darstellungsebene: Zweite Verdichtung der GfK-orientierten Analyse des Erlebens des Therapeuten unter der Fragestellung: *Wo trägt der Therapeut entscheidend aktiv zur Gestaltung des interaktionellen Geschehens bei ?*

3.3.4.1. Das Anliegen des Therapeuten zu *Beginn* der in der Vignette abgebildeten intersubjektiven Interaktion (ISA) ist seine Reaktion auf den Status der Arbeitsbeziehung an beiden Polen des existenziellen Grundkonflikts (EGK) zu diesem Zeitpunkt.

Es soll in dieser Darstellungsebene untersucht werden, wie der Therapeut sein zentrales Anliegen, - den ins Stocken geratenen therapeutischen Prozess wieder in Schwung zu bringen - verfolgt und an welchen Stellen des Mikroprozesses ihm dies besser und wo weniger gut gelingt.

Es ist ein Ergebnis der ersten beiden Kasuistiken, dass der ISAEGK – idealiter die gleichzeitige Erfüllung seiner beiden Bedürfnispole - als Parameter für das Gelingen der Beziehung Patient-Therapeut benutzt wird. Dieses Gelingen der Beziehung wird als Ausdruck therapeutischer Progression verstanden. Die Untersuchungsebene bleibt, wie bisher, bestimmt durch Wahrnehmung, Phantasien und (kommunikative) Handlungsimpulse des Therapeuten. Das heißt, der ISAEGK wird auf das prozessbezogene Erleben des Therapeuten angewendet. Auf der Grundlage der in den Darstellungsebenen 3.3.2. und 3.3.3. erhobenen und ausgewerteten Daten wird jetzt mikroprozessual untersucht: 1) inwiefern ist sein Bedürfnis an den *einzelnen* oppositionellen *Polen* des ISAEGK (Getrenntheit versus Vereinigung) erfüllt, und 2) wie verhält es sich mit dem Aufeinander-Bezogenheit der beiden Pole, also der inneren Dialektik des ISAEGK.

Als Ergebnis des bisherigen Prozesses muss der Therapeut handeln, weil er erlebt, dass der Prozess festgefahren ist. Gefühlsmäßig ist er von *Unzufriedenheit* und *Frustration* bestimmt, erstens, weil er wiederholt in ein rätselhaftes und unerwünschtes ungutes Miteinander mit der Patientin hineingezogen worden ist, und dadurch für sie zu wenig hilfreich sein konnte, und, zweitens, weil er ihre mangelnde Fähigkeit zu einer eigenen, für ihn spürbaren Position beobachtet. Ersteres verbucht er als Mangel an *Verbindung*, letzteres als Mangel an *Getrenntheit* auf seiten der Patientin.

Resultierend sind (im Erleben des Therapeuten) zu Beginn der in der folgenden Vignette dargestellten intersubjektiven Interaktion (ISA⁴⁸) beide Pole des existenziellen Grundkonflikts (EGK) *unerfüllt*.

3.3.4.2. Die psychoanalytische Problematik des therapeutenseitigen Beschlusses zu Beginn der Vignette, an dieser Stelle des Prozesses voranzugehen

Die Einstellung des Therapeuten zu Beginn der Vignette - 'handeln zu müssen, um den Prozess wieder in Schwung zu bringen' - entspricht einer spezifischen, unter psychoanalytischen Gesichtspunkten problematischen Situation innerhalb der konflikthaften Dialektik zwischen den antagonistischen Polen des ISAEGK, auf die hier kurz eingegangen werden soll.

Der Beschluss des Therapeuten, an dieser Stelle initiativ zu werden, und damit voranzugehen bzw. zu führen, erscheint oberflächlich wie ein Widerspruch zu seinem grundsätzlichen psychoanalytischen Therapieziel - die Patientin auf ihrem Weg zur Autonomie zu unterstützen. Es droht eine Situation zu entstehen, die der paradoxen Aufforderung eines *be spontaneous* entspricht. Darin liegt die grundsätzliche Gefahr dieser Ausgangssituation. Der

48 ISA = intersubjektive Austragung

Therapeut muss den Widerspruch zwischen der therapiezielorientierten Anforderung, die Autonomie der Patientin zu unterstützen und dem aus seiner Unzufriedenheit mit dem bisherigen Prozess stammenden Impuls zur Initiative lösen.

Diese spezifische Problematik muss bei der anschließenden mikroprozessualen Untersuchung Beachtung finden.

3.3.4.3. Die innere Dialektik des ISAEKG zu Beginn der Vignette

Zu Beginn der Vignette hat der Therapeut beschlossen, initiativ zu werden. Als Resultat seiner Unzufriedenheit mit dem unzureichenden Erfolg des bisherigen Prozesses verfolgt er eine Absicht – eine kommunikative Qualität in den Prozess einzuführen, die gewinnbringender ist als das Bisherige.

Aus einer starken eignen Motivation heraus, nimmt er an diesem Punkt „das Heft in die Hand“ und vertritt der Patientin gegenüber implizit, was bewusst formuliert – *expressis verbis* – so lauten würde:

1. **Ich bin in Sorge um das Gelingen dieser Therapie.** Das mache ich daran fest, dass ich mich in unserem Miteinander nicht wohl fühle, was hauptsächlich damit zu tun hat, dass ich eine spezifische Intensität zwischen uns nicht erleben kann, welche sich nach meiner Erwartung mittlerweile eingestellt haben müsste und welche ich als essenziell betrachte, um Ihnen Hilfreiches im Sinne der professionellen Vereinbarung zur Verfügung stellen zu können.

2. Konkret erlebe ich immer wieder, dass mich Ihre Ausführungen anstrengen oder andere widerständige Gefühle hervorrufen, was ich als Ausdruck dessen werte, dass ich Sie nicht verstehe, und gleichzeitig erlebe ich keine Resonanz auf meine Interventionen. Ich erlebe mich in meinem Bemühen, Ihnen zu mehr Verständnis Ihres eigenen Selbsts zu verhelfen, unverstanden. **Es sind diese Erlebensweisen (die m.E. einem Mangel an Verbindung entsprechen), von denen ich ausgehen möchte, um die Situation zu verstehen.**

3. Ich möchte etwas unternehmen, um diese Situation zu verbessern und dieses **auf gleicher Augenhöhe mit Ihnen verhandeln**. Letzteres bedeutet für mich, dass unser beider Beiträge zu dieser Verhandlung insofern gleichbedeutend sein soll, als dass keiner von uns beiden „mehr Recht hat“ als der Andere und es infolgedessen keine Lösung geben kann, mit der wir nicht beide wirklich einverstanden sind.

4. Unzufrieden macht mich bei der Betrachtung Ihrer Kommunikation, wenn ich den Eindruck gewinne, dass es für Sie schwierig ist, eine eigene Einstellung unabhängig von den mit Ihnen interagierenden Menschen Ihrer Umgebung zu gewinnen bzw. zu behaupten. Ich halte die für diese Möglichkeit erforderliche innere Freiheit grundsätzlich für eine wesentliche Voraussetzung für psychische Gesundheit. **An dieser Fähigkeit zur Getrenntheit messe ich den Therapieerfolg.**

Es soll untersucht werden, wo ihm dieses zielgerichtete, prinzipiell gefährliche (Dahin-)Führen gelingt und wo nicht. *Prinzipiell gefährlich* heißt auf der Ebene des ISAEKG, dass die vom Therapeuten angestrebte *Verbindung* verloren zu gehen droht, wenn er führt. Er könnte die Patientin 'abhängen', der seidene Faden zwischen ihnen abreißen.

Vor diesem Fadenabriss schützt sich der Analytiker traditionell durch Abstinenz und

gleichschwebend aufmerksame Begleitung des Patienten, wo immer dieser hingehen mag, oder, moderner, indem er "sich vom Patienten an die Hand nehmen lässt". Indem er sich entschließt, seinerseits vorübergehend die Patientin an die Hand zu nehmen, begibt sich der Therapeut sich damit auf ein Eis, auf dem er einbrechen könnte.

Die Unzufriedenheit des Therapeuten zu Beginn der Vignette resultiert aus der vorangehenden Unerfülltheit seines Bedürfnisses nach Verbindung. Letztere reicht ihm nicht aus, um sich in der Beziehung wohlfühlen zu können. Gleichzeitig braucht er sie, um sein Therapieziel zu erreichen – die Patientin in ihrer Fähigkeit zur Getrenntheit zu unterstützen. Anders gewendet: Er braucht *Verbindung*, um in Richtung des Therapieziels *Getrenntheit* arbeiten zu können. Beide im ISAEKG polaren Grundbedürfnisse sind, wie gesagt, zu diesem Zeitpunkt unerfüllt.

Die Unerfülltheit beider polarer Grundmotivationen und die Entscheidung zur aktuellen Priorisierung der einen (Vereinigung), um die andere (Getrenntheit) zu erreichen, bilden auf der Ebene der Ebene der ISAEKG-immanenten Dialektik die Ausgangssituation zu Beginn der Vignette.

3.3.4.4. Wer führt wann? Zwei Höhepunkte innerhalb der prozessualen Dramaturgie

Innerhalb der (in 3.3.3.) dargestellten prozessualen Dramaturgie lassen sich unter dem Fokus (der axialen Kodierung) „*Wo und wie trägt der Therapeut aktiv entscheidend zur Gestaltung des interaktionellen Geschehens bei?*“ zwei Höhepunkte ausmachen, die sich zueinander reziprok verhalten. Die Vignette ist, wie bereits dargelegt, durchgängig durch die Initiative des Therapeuten gekennzeichnet, das Geschehen „zur Rettung des Prozesses in die Hand zu nehmen“ - der Therapeut ist also von seiner Einstellung her *grundsätzlich bereit, initiativ zu werden*. Aufgrund der unter 3.3.4.2. dargestellten „psychoanalytischen Problematik“ muss er mit dieser Initiative behutsam umgehen, damit die Verbindung nicht abreißt. Dieses behutsame Umgehen setzt er interaktionell um, indem er in seiner aktiven Gestaltung des kommunikativen Geschehens - in seiner Führung - gelegentlich nachlässt und damit den Druck reduziert, bis er sich schließlich von der Patientin „an die Hand nehmen“, sich also von ihr führen lässt. Daraus ergibt sich das benannte reziproke Verhältnis der beiden zu untersuchenden Höhepunkte innerhalb der mikroprozessualen Dramaturgie – mal ist er aktiv gestaltend, dann wieder lässt er sie gestalten.

3.3.4.4.1. Führung durch den Therapeuten – hin zur zentralen Vereinbarung

Von Beginn der Vignette an strebt der Therapeut auf die zentrale Vereinbarung hin, die er der Patientin in MBM 30 schließlich vorschlägt. Wie in 3.3.3. dargestellt, ist dies der Höhepunkt einer minutiös durchgeführten therapeutischen Bewegung zur Verbesserung der Verbindung.

Auf dem Weg hin zur angestrebten Vereinbarung (161. Stunde) muss sich der Therapeut mehreren Herausforderungen stellen. Dies wird am deutlichsten erkennbar in der Vorstunde (160. Stunde), als er zum Mittel der Selbstmitteilung greift und seine Frustration aufgrund ihres Nicht-Eingehens auf ihn offenlegt (MBM 13). Als sie auf gleicher Ebene antwortet, entgeht ihm, der zunächst in der Frustration seines Bedürfnisses nach Wertschätzung gefangen ist (MBM 14), der Wert ihrer Einlassung. Erst als er in der Tatsache der Einlassung *auf der gleichen Ebene* ein Moment der Verbindung erkennt und entsprechend jubelnd kommentiert (MBM 15), kann er die Situation retten und seine Linie der Hinführung zu einer Verbesserung der Verbindung (Kommunikation) weiter verfolgen.

Die benannte Selbstmitteilung des Therapeuten kann deshalb als wirksame „Bodenbereitung“ für die spätere Vereinbarung verstanden werden, weil es sich dabei um einen Akt der *Getrenntheit* handelt, der für die Patientin unbedrohlich ist. Er spricht in ausreichend abgegrenzter (getrennter) Weise von der Unerfülltheit eines Bedürfnisses von sich, ohne dass die

Patientin diese Äußerung als Kritik verstehen muss. Faszinierend ist an dieser Stelle, dass die Patientin dies offensichtlich *unbewusst* und *präzise* auswertet *und ergo* mit eben "dergleichen Münze zahlt". Auf diese Weise wird durch die Gleichzeitigkeit mit dem an dieser Stelle intensiven kommunikativen Miteinander die spätere dialektische Lösung des ISAEKG bereits vorbereitet.

Zuvor hatte ihn die zu Stundenbeginn wiederaufgelegte bekannte Frustration über die Einengung seines therapeutischen Handlungsspielraums aufgrund von fehlender Verbindung (MBM 8-10) veranlasst, spontan eine Art Anlauf zur Führung zu nehmen. Die Frustration wirkte an dieser Stelle so wie ein Startblock im Schwimmbad, von dem aus jemand ins Wasser springt, um seine Bahnen zu schwimmen.

Insgesamt ist das Ergebnis der Vorstunde hinsichtlich der riskanten (Führungs-)Aktion für den Therapeuten einigermaßen befriedigend. Dies erweist sich zu Beginn der 161. Stunde, der Stunde der Vereinbarung, als der Therapeut den Faden einigermaßen straff hält, indem er weiter führt und die Patientin daraufhin *durch Einhaltung der gleichen Ebene* mitzieht und ihrerseits im Diskurs aktiv wird. Nachdem er ihr eine Weile zugehört hat und die Aussagen der Patientin als *ausreichend Verbindung darstellend* einschätzt, entschließt er sich, den manifesten Inhalt der Patientinnen-Äußerung zu ignorieren und unbeirrt weiter – in Richtung seines Ziel der Kommunikationsverbesserung - zu arbeiten. Erneut greift er dabei zum Mittel der Selbstmitteilung - als „Geschenkpapier“, welches seinen zentralen Vorschlag zur Vereinbarung einer alternativen Kommunikation attraktiv machen soll (MBM 29) .

Untersucht man die Mikroprozessualität dieser Selbstmitteilung mittels des ISAEKG, wird folgendes erkennbar: Es handelt sich dabei um eine selbstempathiebasierte Offenbarung des inneren Erlebens des Therapeuten in diesem Moment. Dabei geht der Therapeut zum Einen thematisch voran, ist also Gegenüber und damit *getrennt*, während er gleichzeitig sein Angebot zur *Verbindung* (die Verabredung) macht. Zum Anderen betont er unmittelbar davor (MBM 27) und danach (MBM 32) die Autonomie der Patientin, indem er explizit nach ihrem unmittelbaren Erleben fragt („Sind Sie einverstanden, die Idee zu hören“ und „Was halten Sie davon?“). Das bedeutet eine Betonung der Freiwilligkeit (gleichbedeutend mit *Getrenntheit*) in dem Moment, als er versucht, kommunikations-konstitutiv, *Verbindung*, herzustellen. Zweifach ist also seine Führung an dieser Stelle dadurch abgesichert, dass er, beide Pole des ISAEKG beachtet und „pflegt“. Die Signale dafür gewinnt er aus seinen unmittelbaren beziehungsbezogenen Bedürfnissen – selbstempathisch dafür, *inwiefern es ihm in der Übertragungsbeziehung gut geht*. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das kommunikative Handeln des Therapeuten dann, wenn er führt, in besonderer Weise durch Selbstmitteilung, Transparenz und Freiwilligkeit (Anerkennung ihrer Autonomie) charakterisiert ist.

3.3.4.4.2. Führung durch die Patientin – der Therapeut lässt sich an die Hand nehmen

Während oben die Führung durch den Therapeuten untersucht wurde, ist die 3. Stunde der untersuchten Vignette (die 162.) dadurch gekennzeichnet, dass die Patientin führt. Aus der (für die Untersuchung durchgängig gewählten) Perspektive der Subjektivität des Therapeuten muss das so formuliert werden, dass er Führung durch sie zulässt, sich auf sie vermehrt einlässt, bzw., sich „von ihr an die Hand nehmen lässt“.

Als Parameter für dieses wieder mehr durch die Äußerungen der Patientin Bestimmtheits, ist die letzte Kodierung der tabellarischen Abbildung hilfreich. Ein Vergleich zwischen der 161. und der 162. Stunde zeigen einen Fokusschift der Aufmerksamkeit des Therapeuten (betrachtet wird der jeweilige Auslöser der inneren Reaktion des Therapeuten) von 6:9 = Patienten- : Therapeuten- Äußerungen hin zu 15:4 zugunsten der Beiträge der Patientin. Diese eindeutige Tendenz entspricht, wie in 3.3.3.4. dargelegt, der mikroprozessualen Dramaturgie – nachdem er sein Anliegen zur Kommunikationsverbesserung eingebracht hat, kann aber *muss* er auch zurücktreten und der Patientin interaktionell Raum geben.

Wie nun vollzieht sich dieser Wechsel an Führung, also der Moment, wo der Therapeut von seiner entschlossenen Initiative, „etwas voranzubringen“, ablässt. Kennzeichnend dafür ist der Moment, als er das Aufschreiben einstellt (MBM 44). Im unmittelbaren Vorfeld dazu war sein Erleben von Einverständnis und zunehmender Aufmerksamkeit und Interesse gekennzeichnet gewesen. Derart eingestimmt, wird er offener ihr gegenüber und optimistischer, in ihrem inneren Erleben einen Sinn, eine Ordnung erkennen – sie verstehen – zu können und überlässt es ihr, voranzugehen, lässt sich führen. Ein mittlerweile ausreichendes Maß an *Verbindung* hat seine Not, die noch zu Beginn der Vignette sein Erleben dominierte, in den Hintergrund treten lassen.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle des Übergangs zur Führung durch die Patientin feststellen, dass der therapeutenseitige Einstellungswechsel so zu verstehen ist, dass er sich der Patientin wieder mehr öffnen und damit ihre Bewegung aufnehmen kann, nachdem sein Bedürfnis nach Verbindung ausreichend erfüllt ist. Im Sinne der immanenten Dialektik des ISAEKG wird für ihn somit Getrenntheit möglich, nachdem er ausreichend Verbindung erleben kann. Dies ist nicht zuletzt eine interessante Parallele zur psychoanalytischen entwicklungspsychologischen Grundposition, dass aus der sicheren Verbindung der ersten Lebensphase die Fähigkeit zur späteren Getrenntheit (Autonomie) erwächst.

3.3.4.5. Punkte der Gefährdung

Obwohl die intersubjektive Interaktion in dieser Vignette einigermaßen gelungen erscheint, gibt es gleichwohl wenigstens drei Momente der Gefährdung der Beziehungsgestaltung seitens des Therapeuten, wo er also die Gleichzeitigkeit der Erfüllung beider Pole des ISAEKG (die dialektische Auflösung des existenziellen Konflikts zwischen Verbindung und Getrenntheit) unzureichend beachtet. Das soll im Folgenden untersucht werden:

In der 160. Stunde lässt sich in der Aufwärtsbewegung hin zum Plateau der Verbindungsanbahnung (MBM 12-16) bei MBM 14 eine Delle erkennen. Hier rückt im Erleben des Therapeuten für einen Augenblick sein Bedürfnis nach Wertschätzung in den Vordergrund und er verliert für die Dauer dieses Augenblicks den Prozess im Sinne des ISAEKG aus den Augen. Dies macht einen ersten Moment der Gefährdung aus. Um dem zu begegnen, muss er erst seine Kränkung überwinden, deren Affekt bewältigen. Diesen (seinen) Affekt hätte die Patientin wahrscheinlich nicht verstehen können, da sie, nach ihrem Dafürhalten „doch nur mit gleicher Münze geantwortet hatte“. Erst als er den ISAEKG quasi intuitiv⁴⁹ anwendet und begreift, dass die Patientin durch *Wahl der gleichen kommunikativen Ebene*, indem sie also direkt auf ihn reagiert, auf ihre Weise *Verbindung* anbietet, kann er sich von seiner Kränkung distanzieren. In diesem die-Aussage-der-Patientin-zunächst-zu-wörtlich-nehmen besteht kurzfristig eine Gefährdung im Sinne eines kollusiven Misslingens der Beziehung.

Zur präzisen Untersuchung des Getrennheitspols scheint an dieser Stelle ein weiteres Kriterium hilfreich: Im manifesten Dialog hatte bereits zum Zeitpunkt der Gekränktheit des Therapeuten eine Position des Gegenüber vorgelegen, als die Aussagen beider fast vorwürflich wirkten. Dadurch war bereits *Getrenntheit* gegeben – allerdings *unfreiwillig*. Diese Unfreiwilligkeit ist interessanterweise gleichbedeutend mit: *auf Kosten von Verbindung* - und entspricht damit einer *undialektischen* Lösung des ISAEKG. Dadurch, dass der Therapeut, nach seiner kurzfristigen Gekränktheit, die Möglichkeit der *Verbindung* unter Zuhilfenahme der anderen Ebene erkennt, lässt sich dieser potenziell gefährliche Moment „retten“ und die Bewegung hin zu einem besseren

49 Intuitiv insofern, als dass der ISAEKG vom Behandler noch nicht konzipiert ist. Es handelt sich um eine Art vorbewusstes kommunikatives Handeln. Unabhängig davon geht der Autor davon aus, dass eine bewusste Konzeption des ISAEKG in kommunikativen Situationen wie dieser hilfreich ist, vorzugsweise eingebettet in ein tieferes Verständnis um den Topos Empathie

Gelingen der Beziehung, mithin zu einer Gleichzeitigkeit der Erfüllung beider Pole des ISAEKG kann fortgesetzt werden. Dadurch, dass verhindert wird, dass die Verbindung abreißt, kann das Ziel – die *freiwillige* Getrenntheit aus der Sicherheit der (erhaltenen) Verbindung heraus, effektiv weiterverfolgt werden. Freiwillige Getrenntheit heißt in diesem Zusammenhang soviel wie *dann, wenn die andere Person (subjektiv) soweit ist* – bei ausreichend sicherer Verbindung.

Ein zweiter Moment der Gefährdung lässt sich in der 161. Stunde beobachten. In der Aufwärtsbewegung⁵⁰ zur Vereinbarung hin reagiert er kurzfristig mit *Bedauern* auf eine manifeste Äußerung der Patientin, welche ihm noch nicht ausreichend getrennt erscheint (MBM 24). Seine „ungeduldige Unzufriedenheit“ an diesem Punkt entstammt der besagten Unsicherheit des Therapeuten aus dem vorangegangenen Prozess. Diese Unsicherheit wird ebenfalls wirksam inform der Dellen vor und nach dem Hochplateau der ISAEKG-Erfüllung (*diskrete Unsicherheit* bzw. *Vorsicht* in MBM 27 u 32) und resultiert in dem Bedürfnis nach *Rückversicherung*.

Einen dritten Moment der Gefährdung stellen die Trennungssituationen bei Stundenbeendigung dar. Hier ist der Therapeut *unzufrieden* damit, dass sich das strukturgewordene Persönlichkeitsmuster der Patientin sich noch nicht so verändert hat, dass die Stundenbeendigung reibungslos abläuft. Er ist also, an dieser Stelle der psychoanalytischen Haltung abhold, ungeduldig, kann der Patientin nicht die Zeit lassen, die sie braucht, um sich dorthin zu entwickeln. Die mangelnde Gelassenheit des Therapeuten ist Ausdruck davon, dass es ihm schwerfällt, die im Raum stehende Ambivalenz um die Verabschiedung (von der Patientin, wie oben dargestellt, durch (MBM 24) Aufgreifen relevanter Themen „in letzter Minute angewürzt“) emotional auszuhalten. Realiter steht das Gelingen der Stundenbeendigung nicht infrage – die Patientin geht – er hätte es nur gerne etwas weniger belastend. Es ist mithin die Identifikation mit ihrer Ambivalenz, die ihm Schwierigkeiten macht, weil ihm hier *Getrenntheit* fehlt.

Auffällig ist nun, dass der Therapeut in allen drei bezeichneten Mikromomenten der Gefährdung partiell den emotionalen Bezug zur unmittelbaren Gegenwärtigkeit verlässt. Denn in dieser Gegenwärtigkeit der realen Kommunikationssituation aktuellen Moments gibt es keinen realen Anlass für Irritation. Dieses unbewusste Bestimmtsein aus einer Erwartung, die einer älteren als der aktuellen Erfahrung entspringt, entspricht prinzipiell der Psychodynamik der Neurose.

Zusammenfassend sind die Momente des nicht optimalen Gelingens und, also, der Gefährdung der Beziehung in der Vignette nicht sehr ausgeprägt und tun der progressiven Gesamtbewegung keinen signifikanten Abbruch. Wo sie dennoch stattfinden, sind sie durch einen noch wenig bewussten Umgang mit dem ISAEKG gekennzeichnet. Dies hat zur Folge, dass der Therapeut in diesen Momenten in seinem Erleben einerseits *nicht ausreichend in der unmittelbaren Gegenwärtigkeit* orientiert ist und, andererseits, *die Freiwilligkeit der Patientin* (hier gleichbedeutend mit dem Respekt vor dem, was sie schon kann und was nicht) in ungeduldiger Weise *zu wenig bedingungslos*⁵¹ akzeptiert.

50 Parameter für diese Aufwärtsbewegung ist die zunehmende Bedürfnisbefriedigung an den Polen des ISAEKG

51 Im Sinne des Begriffs der *bedingungslosen positiven Zuwendung* von C. Rogers, die therapeutische Wirksamkeit fördere (Rogers 2015)

3.3.5. Fünfte Darstellungsebene: Abstraktion der vierten Darstellungsebene zur Gewinnung von Elementen einer allgemeingültigen Theorie

3.3.5.1. Die spezielle Fragestellung dieser Vignette im Fokus des ISAEGK – Zusammenfassung des Bisherigen

Als sich der Therapeut in der oben dargelegten Notwendigkeit wiederfindet, den Prozess zu steuern, um ihn „zu retten“, begegnet er den in den Abschnitten 3.3.1. bis 3.3.4. dargestellten grundsätzlichen (aus der psychoanalytischen Situation resultierenden) und konkreten (aus der spezifischen Interaktion zwischen beteiligten Subjekten resultierenden) „Fallstricken“ - Problemstellungen -, die er zu bewältigen hat, damit die Beziehung und damit der therapeutische Auftrag gelingt.

Bei der Untersuchung dieser spezifischen Situation konnte in den vorangehenden Darstellungsebenen (3.3.1. bis 3.3.4.) auf ein mittlerweile weiter entwickeltes Konzept des ISAEGK zurückgegriffen werden. Der ISAEGK kam als (Untersuchungs-)Parameter der Beziehungsdynamik in der Vignette zur Anwendung. Daraus sollen hier nun Elemente einer Theorie zur Empathie gewonnen werden.

Der ISAEGK dient dabei als eine Art Prisma, um die dadurch sichtbar werdenden (spektralen) Bestandteile des Topos Empathie erkennen zu helfen. Anders gewendet: Um schlussendlich zu Aussagen zur Empathie zu kommen, wird der Blick *durch* den ISAEGK gerichtet.

Bei der bisherigen Untersuchung dieser Vignette wurde deutlich, wie aus der Sicht des Therapeuten darum gerungen werden musste, Verbindung und Getrenntheit in einer dialektischen, also nicht antagonistischen - sich gegenseitig aufhebenden - Weise „unter einen Hut“ zu bekommen. Diese dialektische Erübrigung des Konflikts zwischen den beiden Polen des existenziellen Grundkonflikts (EGK) *Vereinigung* und *Getrenntheit* stellt eine ISAEGK-immanente *win-win-Situation* dar. Das bedeutet, dass eben *durch* und nicht trotz des Erreichens von Getrenntheit die tiefe (weil nicht kollusive) Verbindung erst möglich wird. Dies charakterisiert, offensichtlich und nicht neu, die „erwachsene“ oder „psychisch voll geborene“⁵² Situation im Sinne der psychoanalytischen Grundpositionierung (Fromm 1962).

Die (Vor-Vignetten-)Prozesssituation hatte sich zu Beginn des in dieser Kasuistik betrachteten Mikroprozesses als eine Ausgangssituation dargestellt, in der weder Vereinigung noch Getrenntheit gegeben gewesen waren. Der Therapeut erlebte sich zu Beginn der Vignette, (in der 160. Stunde) „einmal mehr“ in der Situation, „an der (selbstbeschämenden) Klagemauer“ der Patientin zu verzweifeln. Er konnte ihr nicht nahekommen, wo er sich gerne verbunden hätte und spürte zugleich einen unangenehmen „Sog in ihr Leid hinein“, wo er gern getrennt geblieben wäre. Diese Ausgangssituation könnte also mit Recht im Sinne der oben angewandten Terminologie als eine loose-loose-Situation bezeichnet werden. Das Unbefriedigende, wodurch des Therapeuten

52 Originalzitat von Erich Fromm (1962): *Und in der Tat...würde ich sagen, dass die Psychoanalyse darauf abzielt, die wirklichen aber nicht bewussten Formen des Bezogen-seins des Menschen zur Welt aufzuhellen, aufzudecken...Ich glaube, man kann unterscheiden zwischen dem Bezogen-sein des noch nicht voll geborenen Menschen und dem Bezogen-sein des voll geborenen Menschen ...oder, wie ich auch sagen könnte, dem Bezogen-sein des voll wachen und dem Bezogen-sein des halb schlafenden Menschen...Ich glaube, dass man sagen kann, dass der noch nicht voll geborene Mensch verharrt in der Bindung, oder, sagen wir, verharrt, Vereinigung zu suchen durch die Bindung an die Mutter, an den Vater, an die Materie...*

Steuerimpuls ausgelöst worden war, kann also im Sinne des ISAEGK als Bewertungsparameter als worst-case Situation – keiner der beiden existenziellen Bedürfnis-Pole ist erfüllt – betrachtet werden.

Zwei Fragen sollen von dieser Situation ausgehend untersucht werden: 1) Wie ist der Charakter der loose-loose-Situation und, 2), was ist im Lichte des ISAEGK das weitere Schicksal der Beziehungsdynamik *im Verlauf* des Mikroprozesses?

3.3.5.2. Die loose-loose-Situation im Sinne des ISAEGK, zu Beginn der Vignette

Neben dem oben bereits Ausgeführten ist die benannte loose-loose-Situation im Erleben des Therapeuten dadurch gekennzeichnet, dass er (bewusst) *unzufrieden* damit ist, wie wenig die Patientin in ihrer selbstanklagenden und selbstbeschämenden "Klagemauer" von Anderen *getrennt* erscheint. In einer Art einseitiger Schuldübernahme schreibt sie alles, was interaktionell zwischen ihr und jenen Anderen ungünstig verläuft, in unrealistischer Weise sich selbst zu. Wie in einer ins Negative gewandten Grandiosität meint sie, dass alles durch sie selbst bedingt sei und betrachtet sich in ihrer Selbstentwertung zugleich mit den Augen des Anderen, vor dem sie bestehen zu müssen glaubt. Er wünscht sich deshalb, sie bei einer Distanzierung von dieser Position unterstützen zu können - mithin auch zu einer Getrenntheit von einer für sie als äußerst quälend erlebten Position. Letztere demonstriert sie ihm wiederholt in eindrucksvoll verzweifelter Weise. Allerdings waren seine Versuche, ihr das Unrealistische ihrer Einstellung per Reflexion nahe zu bringen, gescheitert. Sie hatte nicht von Reflexion profitiert.

Um in der gewünschten Richtung therapeutisch wirksam sein zu können, bräuchte er die *Verbindung* zu ihr, die er, nun seinerseits *verzweifelt*, nicht bekommt. Die Bewusstheit für eben diese Situation lässt ihn seinen Vorstoß unternehmen, ihr schließlich vorzuschlagen, auf eben jenen Aspekt der Kommunikation – ob Verbindung jeweils mikromomentan besteht – zu achten, und zwar jenseits von manifesten Inhalten. Damit folgt er implizit einer weiteren psychoanalytischen Grundposition, *dass nämlich Getrenntheit(-sfähigkeit) erst aus der Sicherheit der Verbindung entstehen kann*. Dies dürfte ein wichtiger praxeologischer Aspekt für die Anwendung des ISAEGK sein. Dass diese Verbindung u.U. nicht über den manifesten „themen-“ bzw. „erkenntnisorientierten“ Diskurs erreicht werden kann, ist das spezifische Ergebnis dieser kasuistischen Untersuchung.

Unter Zuhilfenahme des ISAEGK ist deshalb die Frage zu stellen, *auf welche Weise* der Therapeut in solch einer Situation seine Aufmerksamkeit weg vom manifesten Diskursgeschehen hin zu einer prozessual u.U. relevanteren Wahrnehmungsebene neu ausrichten kann – *wie er also den ISAEGK praxisrelevant nutzen kann*. In der betrachteten Ausgangssituation schafft der Therapeut zunächst die Voraussetzung dafür, indem er einerseits seine Frustration zu einer Resignation werden lässt – er gibt den reflexiven Ansatz regelrecht auf. Dass er das kann, wird möglich, weil er etwas Anderes zur Verfügung hat, die wie auch immer geartete „relevantere Wahrnehmungsebene“. Alltagsdeutsch wird dies gemeinhin als „weg vom Denken“, beziehungsweise, „radikaleres Vertrauen aufs Gefühl“ konzeptionalisiert. Das greift allerdings zu kurz, weil es offensichtlich sehr wohl in diesem Zusammenhang hilfreiche implizite kognitive Konzepte gibt. Dazu mehr im weiteren Text, vor allem im 4. Abschnitt der Arbeit.

Zum Verständnis der loose-loose-Ausgangs-Situation ist es interessant, den Blick noch einmal konkret auf das mikro-szenische Geschehen zu richten. Es ist die Frage zu stellen, *wie* es der Patientin „gelingt“, die Situation herzustellen, in welcher sich der Therapeut *trotz aller manifesten Klage* von ihr abgeschirmt und *ausgeschlossen* erlebt. Auch dies ist nicht therapiealltäglich – begrüßen wir doch gewöhnlich das Durchlässigwerden unserer Patienten als Signal des

Aufweichens der Abwehr und damit Chance für unseren Ansatz, „dies nun durcharbeiten zu können“. *Verbindung* sollte hier also eigentlich möglich werden. Aber das funktioniert nicht. Die Wahrnehmung der fehlenden Verbindung in diesem „eigentlich verbindungsträchtigen“ interaktionellen Geschehen ermöglicht es allerdings, die Frage präziser zu stellen. Woher stammt das Paradoxe? Und nun rückt plötzlich das andere Paradoxon in dieser Ausgangssituation noch einmal in den Fokus – die mangelnde *Getrenntheit*, die der Therapeut, anlässlich der Klage der Patientin, als eine Art unwiderstehliches Hineingezogenwerden in ihr Leid erlebt. Dies ist bemerkenswert, da er doch „eigentlich“ das Leid seiner Patienten als von sich getrennt zu erleben gewohnt ist. Hätte er die besagten „eigentlichen“ normalen Möglichkeiten parat, könnte er sein hilfreiches Repertoire anwenden – es wäre klar, *ihr* Leid ist *ihr* Leid (*Getrenntheit*) und *Verbindung* entsteht, wo er hilfreich sein darf – die win-win-Situation mit ausreichender Klarheit an beiden Polen des ISAEKG wäre möglich. Unabhängig davon, dass das Geschehen psychodynamisch-genetisch erklärbar, als eine ich-strukturelle Schwäche zwischen Selbst und Objekt zu unterscheiden und entsprechend als Borderline-Persönlichkeits-Organisation diagnostizierbar ist, stellt sich für die intersubjektive *Interaktion*, also für die Orientierung der kommunikativen Handlung des Therapeuten, die Frage, warum *in dieser unmittelbaren Situation* der ISAEKG *nicht* dialektisch gelöst werden kann.

Um sich der Antwort zu dieser Frage anzunähern, wird noch einmal zusammenfassend ein Blick auf den ISAEKG - Bedürfnispol *Getrenntheit* geworfen. Da ist, erstens, die *Unzufriedenheit* des Therapeuten damit, dass der Patientin *in der Interaktion mit Anderen keine Getrenntheit gelingt*. Er ist damit bewusst unzufrieden, weil er, im Sinne seines grundsätzlichen Therapieanliegens, die Patientin in eben dieser Richtung unterstützen will. Dann gibt es, zweitens, sein *Unwohlsein* damit, dass es *ihm nicht gelingt, sich* ausreichend *getrennt* von ihrem Leid wahrzunehmen – den ungewohnt starken Sog, wenn sie ihr Leid darstellt. Drittens ist zu beobachten, dass er dort, wo er gerne hilfreich wäre – in der Reflexion – aufgrund ihrer „Klagemauer“ eine *ungünstige Getrenntheit* erlebt, was er als Mangel an Verbindung wahrnimmt und wo er „seinen Hebel ansetzt“, die Kommunikation zu verbessern. Und schließlich wird, viertens, deutlich, dass er, quasi intuitiv nach Verbindung sucht, nachdem seine gezielten Versuche, ihre *Getrennthetsfähigkeit* zu fördern, frustriert worden sind, therapiestrategisch also einen Umweg wählen muss.

Es sind also unterm Strich aus dem Erleben des Therapeuten unterschiedliche Situationen mit dem Topos *Getrenntheit* zu beobachten. In der ersten der oben bezeichneten Situationen strebt der Therapeut *für die Patientin* die *Getrenntheit* an. In der zweiten und dritten Situation richtet sich sein Fokus auf sein Selbst und er erlebt das oben benannte Paradoxon: dort, wo er sich *Getrenntheit für sich* wünscht, gelingt diese nicht ausreichend und dort, wo er *Getrenntheit* bekommt, wünscht er sie nicht. Auffällig ist in diesen beiden auf die *Getrenntheit* auf die Selbstebene des Therapeuten bezogenen Situationen, dass es hier deutlich zu einer nicht-dialektischen Konstellation der beiden Pole innerhalb der ISAEKG-immanenten Dialektik kommt – d.h. dort, wo er *Getrenntheit* erreicht, geht diese auf Kosten von *Verbindung* und umgekehrt. In der vierten Situation gibt er im Grunde auf, die *Getrennthetsfähigkeit* der Patientin erreichen zu wollen, bietet stattdessen *Verbindung* an und *überlässt es ihr*, sich in Richtung *Getrenntheit* zu entwickeln, *wann immer sie so weit ist*.

Zieht man nun das Kriterium der Freiwilligkeit zur Untersuchung der vier Situationen mit hinzu, ergibt sich eine neue Erkenntnis. Dort, wo der Therapeut die Patientin *zur Getrenntheit zu bringen* versucht, sich also auf einer tiefen Ebene nicht darauf verlassen mag, dass sie sich freiwillig für die *Getrenntheit* entscheidet, *wenn es für sie so weit ist*, geht die Beziehung und damit auch die Entwicklung der Patientin an diesem entscheidenden Punkt schief. Dieses sich-nicht-auf-die-Freiwilligkeit-der-Patientin-verlassen ist gleichbedeutend mit der Aussage, der Patientin *nicht die Freiheit zu lassen*, sich zur *Getrenntheit* zu entwickeln. Ob die Patientin übrigens an diesem Punkt *nicht kann* oder *nicht will* ist auf eine bezeichnende Weise interessanterweise unerheblich – eine Implikation dieser Verhandlung des ISAEKG auf der tiefen Ebene, die, wie auch weitere

grundsätzliche Implikationen dieses Geschehens, im 4. Abschnitt der Arbeit ausgewertet werden wird. Hier ging es zunächst lediglich darum, herauszuarbeiten, wie in dieser Ausgangs-loose-loose-Situation der Vignette in den ersten drei der oben unter dem Fokus des Getrenntheitspols des ISAEKG als ungünstig markierten Situationen der Aspekt der Freiheit der Patientin von seiten des Therapeuten auf einer tiefen Ebene verletzt worden war, *indem er der Patientin die Freiwilligkeit, aberkannt hatte, sich in Richtung Getrenntheit zu entwickeln*, – mit der resultierenden Unzufriedenheit und Frustration in seinem Erleben auf der Beziehungsebene - zu ihr, wie zu sich selbst. In der vierten der markierten Situationen dann allerdings schafft der Therapeut die Voraussetzung dafür, dass die Patientin sich *freiwillig*, also, wenn sie soweit ist, sich für ebendieses Therapieziel (Getrenntheit) entscheiden „darf“. Er schafft diese Voraussetzung, indem er dieses *für sie zu wollen*, aufgibt, und *ihr ihre Freiwilligkeit zugesteht*, indem er seine Positionierung dahingehend ändert, ihr *stattdessen Verbindung* anzubieten. Indem er auf diese Weise die Notwendigkeit ihrer Freiwilligkeit anerkennt, vollzieht er implizit die Abkehr (Trennung) von seiner ursprünglichen Einstellung, *dass es sein Anliegen sei*, dass sie getrennthetfähig wird.

3.3.5.3. Das Schicksal der Beziehungsdynamik des Mikroprozesses im Lichte des ISAEKG – von loose-loose zu win-win.

Unter 3.3.5.2. wurde herausgearbeitet, dass, erst als die Priorisierung des Bindungspols etabliert wird, dem Therapieziel Getrenntheit gedient werden kann. Die Selbstbewegung der Patientin im Sinne einer strukturellen Veränderung wird ermöglicht, indem sie auf diese Weise erleben kann, dass ihre so vulnerable Autonomie auf einer grundlegenden Strukturebene respektiert wird. Zur Getrenntheit kommt es, *wenn sie soweit ist* - aus der Sicherheit der Verbindung heraus. Auf der Ebene des ISAEKG ist damit die kollusive Beziehung zwischen den Beziehungs-Bedürfnis-Polen Vereinigung und Getrenntheit tendenziell aufgehoben.

Ausgehend von der oben dargestellten loose-loose-Situation im Sinne des ISAEKG zu Beginn der Vignette lässt sich, wie in 3.3.4. ausgeführt, im Verlauf des Mikroprozesses eine Entwicklung hin zu einer win-win-Situation zwischen den Polen des ISAEKG nachweisen. Unter dynamischen Gesichtspunkten handelt es sich dabei um eine progredient dialektischere Lösung des ISAEKG, gleichbedeutend mit der sukzessiven Erübrigung des Konflikts zwischen *Getrenntheit* und *Verbindung*. Letzteres findet schließlich in der eigentlichen Vereinbarung (MBM 30) seinen Höhepunkt. Dynamisch *interaktionell* vollzieht sich diese Dialektik als ein teils bewusstes teils zugelassenes Wechselspiel der Führung in der kommunikativen Interaktion. Darunter nimmt die vom Therapeuten als Therapieziel intendierte kompetente und freiwillige *Getrenntheit* der Patientin ständig zu und findet ihre deutlichste Ausprägung in der Stunde nach der Vereinbarung, sodass der Therapeut schließlich sein Protokollheft zur Seite legen und sich mit größerer Offenheit – ergo *Verbindung* auf die Patientin einlassen kann. Offensichtlich kann die Möglichkeit, den therapeutischen Diskurs temporär zu steuern und damit ihre (Selbst-)Wirksamkeit zu erleben, die Patientin mehr bewegen als die Reflexionsbemühungen des Therapeuten im Vorfeld es konnten.

3.3.5.4. Selbstmitteilung und andere Agenten der Gegenwärtigkeit im Dienste des ISAEKG

In der in 3.3.4. dargestellten Weise greift der Therapeut in seinem Bemühen, sich einer dialektischen Lösung des ISAEKG anzunähern, als sein vielleicht stärkstes Agens, zum Mittel der Selbstmitteilung. Warum wirkt sich diese so offensichtlich im Sinne einer Günstigergestaltung der Beziehung aus? In der Selbstmitteilung ist per se eine dialektische Lösung des ISAEKG angelegt. Die immanente Transparenz erlaubt Einblick „in die Karten des Anderen“ und damit ein Angebot „mit diesen zusammen zu spielen“ - Verbindung, wie auch gleichzeitig das Erkennen der Individualität des Anderen und damit, implizit, Getrenntheit. Darüberhinaus ist die

Selbstmitteilung grundsätzlich über den Verdacht der Hierarchie in der Beziehung erhaben, also frei der Überwältigungs-Befürchtungsphantasie, die gerade „strukturell gestörte“ Menschen so niedrigschwellig in paranoider Weise anzuwehen droht. In anderen Worten, sie eignet sich für glaubwürdige Positionierung auf gleicher Augenhöhe.

Interessant ist in diesem Zusammenhang der Stellenwert eines weiteren schon aus der vorangegangenen Theoriebildung bekannten Elements einer Theorie der Empathie. *Selbstempathie* hatte sich als hilfreiche, wenn nicht gar notwendige Voraussetzung dafür herausgestellt, den Anderen empathisch reflektierend zu spiegeln. Jene Methode der empathisch reflektierenden Spiegelung hatte bekanntlich bei dieser Patientin weitgehend versagt, was zur benannten Verzweiflung des Therapeuten zum Zeitpunkt des Ausgangspunktes der Vignette geführt hatte. Gleichwohl ist *Selbstempathie* und zwar in einer deutlich direkteren Form ebenfalls die Grundlage von Selbstmitteilung. Während bei der empathisch reflektierenden Spiegelung Selbstempathie quasi indirekt genutzt wird, um in einer Art Subtraktion vom Gegenübertragungserleben zur Empathie für den Anderen zu gelangen, bildet sie hier den manifesten Inhalt der Selbstmitteilung. Und, eine weitere Einschätzung sogenannter 'strukturell gestörter' Menschen sei gestattet: In ihrer Ich-Schwäche nehmen sie die Plausibilität einer Selbstmitteilung direkter, aufgrund ihrer Unabgewehrtheit auch sensibler war. Folgt man den Borderline-Behandlungsempfehlungen von Authentizität und Transparenz (Götze, 2000), darf man annehmen, dass sogar eine Angewiesenheit auf diese direkte Form der Verbindungs-Anbahnung besteht, was die Wirksamkeit der entsprechenden Intervention in der Kasuistik erklärt.

Bemerkenswert und auf derselben Linie der Direktheit in der Kommunikation (und für den Therapeuten in der entsprechenden Situation gleichwohl überraschend) ist die Promptheit mit der die Patientin zum Ausdruck bringt, dass sie einverstanden ist, sich auf den Vorschlag nach direkter Kommentierung zum Grad der jeweiligen momentanen Verbindung einzulassen und in der folgenden Stunde spontan im Sinne einer ihr sonst so fremden Kontinuität zurückzukommen (!). Es ist, als sagte sie: Ja, das (nämlich Fühlen) kann ich; da kann ich mitreden, das ist gleiche Augenhöhe und es kommt mir deshalb nicht gefährlich vor. Die in dieser Linie der Direktheit zum Tragen kommende Affektivität passt in ihrer Unmittelbarkeit gut zur Gegenwärtigkeit des Now-Moments.

3.3.5.5. An den Punkten der Gefährdung fehlt dem Therapeuten Selbstempathie

An einigen MBM kommt es im Mikroprozess, so wie in 3.3.4. ausgeführt, zu mäßiggradiger Gefährdung der therapeutisch wirksamen Haltung durch den Therapeuten. Er wird ungeduldig, weil er noch vom vorangehenden Prozess verunsichert und vielleicht auch etwas erschöpft ist. Er projiziert seine Ungetrenntheit auf sie, z.B., wenn ihm ihre Ambivalenz bei der Stundenbeendigungsverzögerung zusetzt und er reagiert seinerseits neurotisch, wenn er sich affektiv aus früheren Quellen als der unmittelbaren Gegenwärtigkeit bestimmen lässt. Durch diesen Verlust ausreichender Gegenwärtigkeit verliert er in den besagten Situationen zu einem gewissen Grad die hilfreiche leidenschaftslose Beobachterposition des Psychoanalytikers, der nur analysieren soll und sich vom *no memory no desire* (Bion 1967) leiten lässt. Das heißt unterm Strich: Er ist in diesen Mikromomenten nicht ausreichend getrennt.

So sehr dies nach einer Restauration des Ideals der anorganischen Reaktionsfläche klingt, so anders kann damit im Zusammenhang mit dem ISAEKG umgegangen werden. Dort, wo ursprünglich durch schwer einlösbare Therapeuten-Überich-Anforderungen entweder der Übermensch gefordert wurde, der sich dem Zustand der Erleuchtung nähert oder aber zur Selbststabilisierung ein Verlust von Mitgefühl resultierte, lässt sich durch die Anwendung des ISAEKG eine andere Richtung einschlagen, bei welcher die eigene Emotionalität nicht nur nicht stört, sondern Voraussetzung ist für das, was als realistischerer *way out* betrachtet wird. Denn der

bewussten und lernbaren Anwendung des ISAEKG liegt per definitionem und sehr praxisbezogen eine Analyse von gegenwärtigen Gefühlen und Bedürfnissen, also den unmittelbar gegenwärtig wirksamen Motivationen und den darauf bezogenen Affekten. Dies ist gleichbedeutend mit Empathie, welche hier also gleichbedeutend ist mit einer Klärung, der aufgrund der Individualität des zu klärenden Objekts die Getrenntheit per se innewohnt, unabhängig davon, ob es sich bei diesem Objekt um das eigene oder das Selbst des Anderen handelt.

3.3.5.6. Zusammenfassung

Es hat sich per Anwendung des ISAEKG in der Untersuchung dieses Falles bestätigt, was sich bereits als Ergebnisse der vorangegangenen Kasuistiken gezeigt hatte - dass der ISAEKG geeignet ist zur Untersuchung des qualitativen (entwicklungsmäßigen) Standes einer therapeutischen Beziehung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Durch die Untersuchung mehrerer Orte eines Mikroprozesses lässt sich darüberhinaus die Dynamik einer Entwicklung innerhalb eines Mikroprozesses präzise beschreiben.

Dem Charakter des ISAEKG immanent ist die Abbildungsebene des Erlebens des Therapeuten – das Therapeutenselbst. Dies hat sich auch in dieser Kasuistik als brauchbar zur Beschreibung des intersubjektiven Prozesses erwiesen. Alltagsdeutsch formuliert liest sich das so: Wenn es dem Therapeuten gut geht, dann ist die Beziehung veränderungswirksam, und dann geht es auch dem Patienten gut.

Mittels der Anwendung des ISAEKG lässt sich ein Bild vom Veränderungspotenzial einer jeweiligen Beziehungsatmosphäre erstellen. Als veränderungswirksame Aspekte solch einer konkreten intersubjektiven Atmosphäre haben sich auch in dieser kasuistischen Untersuchung gleiche Augenhöhe und ausreichende Selbstempathie des Therapeuten (als Voraussetzung für Getrenntheit und damit Empathiefähigkeit) sowie die Fokussierung der Gleichzeitigkeit von Verbindung und Getrenntheit erwiesen.

Ebenfalls hat sich in dieser kasuistischen Untersuchung noch einmal bestätigt, dass die immanente Dialektik des ISAEKG zwischen seinen Polen sich analog der in einem interpersonalen Konflikt verhält. So, wie zwei Konfliktpartner einer stabilen Situation (Konfliktlösung bzw. -erübrigung) nur näherkommen, wenn beide Seiten gewinnen (win-win), so verhält es sich offensichtlich auch mit der ISAEKG-immanenten Dialektik – wenn sich der Konflikt zwischen den existenziellen Polen sukzessive erübrigt, erreicht die Beziehungssituation einen besseren – veränderungswirksamen oder heilenden – Zustand (s. Dazu 3.3.5.3. von loose-loose zu win-win)

Obwohl die Ergebnisse aus den vorangehenden Kasuistiken in dieser Untersuchung des dritten Falles im Wesentlichen bestätigt wurden, hat es auch für diesen Fall spezifische Beobachtungen gegeben, die das Bisherige vertiefen und präzisieren. Das hat damit zu tun, dass in dieser untersuchten Vignette zwar ähnliche Schwierigkeiten wie in der zweiten Kasuistik beobachtet werden konnten, der Therapeut gleichwohl in einer vorkonzeptionellen, quasi intuitiven, Anwendung des ISAEKG allerdings erfolgreicher interagieren konnte.

In einer Situation, in der sein normales Repertoire sich nicht mehr als wirkungsvoll erweist, als die Patientin auf seine spiegelnden reflexiven Empathiebemühungen nicht anspricht, weil sie für ihre tiefen unbewussten Überwältigungsphantasien – ihre Angst – nicht ausreichend Sicherheit bieten, muss der Therapeut etwas Neues erfinden. Dieses Neue ist, wie bei der sonstigen Anwendung des ISAEKG auch, selbstempathiebasiert. Allerdings kommt seine Selbstempathie dieses Mal nicht indirekt, sondern explizit zur Wirkung, indem er sich damit selbst-offenbart. Es handelt sich somit um eine direktere Anwendung von Selbstempathie, für die die Patientin sich dann empfänglich zeigt. Die mit dieser Beziehungsweise einhergehende Unmittelbarkeit oder Direktheit der Beziehung, der die Subtilitäten der konventionellen Kommunikationsweise 'ich-

stärkerer' Individuen fremd sind, fordert eine noch höhere Präzision im Umgang mit den Polen des ISAEKG. Entsprechend erfordert das Vorgehen des Therapeuten u.a. ein tiefgreifendes Verständnis für die uneingeschränkte Freiwilligkeit, die für jede Bewegung dieser Patientin Voraussetzung ist, eine unbedingte Freiheit, die er im Verlauf erst lernen muss zu gewähren. Dazu muss er, was besonders an den 'Punkten der Gefährdung' deutlich wird, noch sauberer getrennt sein, wozu ihm wiederum Selbstempathie dienlich ist.

3.3.5.7. Schlussfolgerungen – Theorieelemente der Empathie

An dieser Stelle sollen Elemente einer Theorie der Empathie nur insofern ausgeführt werden, als dass sie das Bisherige erweitern bzw. vertiefen. Das bisher Gewonnene, und in gleicher Weise hier wieder Gefundene, wird nur dann noch einmal angeführt, wenn es durch diese Kasuistik deutlicher formulierbar wird. Bereits in der Zusammenfassung unter 3.3.5.6. wurde noch einmal auf die Besonderheiten dieses Falles hingewiesen, die sich, kurzgefasst, in einer erfolgreicherer Bewältigung einer schwierigen therapeutischen Situation ausdrücken als etwa in der zweiten Kasuistik, indem sich der Therapeut im Sinne einer ausgeprägteren Gegenwärtigkeit und Unmittelbarkeit im intersubjektiven Geschehen positioniert. Letzteres soll in den folgenden Schlussfolgerungen in eine grundsätzlich formuliert werden.

- *Selbstmitteilung*, kann, unter den Kautelen des ISAEKG angewandt, ein *wirksames therapeutisches Agens sein*, um eine gute Ausgangsposition für eine veränderungswirksame Beziehungsgestaltung (in Richtung einer Gleichzeitigkeit von Verbindung und Getrenntheit) zu schaffen.
- *Das Anstreben gleicher Augenhöhe und der Gleichzeitigkeit von Verbindung und Getrenntheit; das Wissen, dass Getrennthetsfähigkeit aus der Sicherheit der Verbindung resultiert; Selbstempathiefähigkeit des Therapeuten sowie die Konzentration auf die Unmittelbarkeit der Gegenwärtigkeit der intersubjektiven Situation mittels der "situationsdiagnostischen" Anwendung des ISAEKG*, sind Teile eines Ganzen, und bilden zugleich *zentrale veränderungswirksame Aspekte einer empathiebasierten therapeutischen Haltung*. Die komplexe Interdependenz dieser Aspekte innerhalb einer Konzeption der Empathie bedarf weiterer Klarifizierung. (s.a. 4. Abschnitt)
- *Es gibt durch die Eigenart (z.B. Struktur) des Patienten bedingte besondere Situationen, in denen Empathie nicht oder nur besonders schwer in Form von verbaler reflektierender Spiegelung erreicht oder „gegeben“ werden kann*. Stattdessen ist es sinnvoll, seine Empathieform auf das Gegenüber maßzuschneidern, ggf auch a verbal „empathisch zu handeln“ oder auf andere Weise neue Formen kreativ zu entwickeln.
- Empathie kann auf viele Weisen stattfinden. Begreift mensch eine gut funktionierende Beziehung als ob es sich um ein System kommunizierender Röhren⁵³handelte, so kann Empathie als das Agens aufgefasst werden, dass die Durchlässigkeit in beide Richtungen sicherstellt. Diese Durchlässigkeit wäre dann eine unbehinderte *Verbindung gleichbedeutend mit 'Empathie in beide Richtungen'*.

53 Zwei Eigenschaften der Physik der kommunizierenden Röhren sind mir in diesem Zusammenhang wichtiG: das System des gleichen Wasserstandes funktioniert 1)unabhängig vom Kaliber der einzelnen Röhren – auch die dicke gleich sich mit der dünnen Röhre wasserstandsmäßig aus! 2)unabhängig davon, von welcher Röhre aus etwas hinzugefügt (bzw verloren) wird – auch hier gewinnen (verlieren) beide zu gleichen Teilen!

- *Der ISAEKG, angewandt auf die Abbildungsebene des Therapeuten-Selbst, eignet sich in besonderer Weise, sich den Stand der Beziehungsqualität zu vergegenwärtigen und sich zu orientieren; auch dann, wenn es sich um ein Bemühen mittels ungewöhnlicher (z.B. averbaler) Formen von Empathie handelt.*
- *Kommt es zu einer relativ vollständigen gleichzeitigen Erfüllung der dem ISAEKG immanenten polaren (Grund-)Bedürfnisse (und erübrigt sich damit der Konflikt zwischen ihnen), ist die Atmosphäre einer Now-moment-Qualität recht nah. Es kann somit angenommen werden, dass die Anwendung des ISAEKG Now-Moments begünstigt, wenn nicht sogar induziert.*
- *Durch die Anwendung des ISAEKG wird dem Therapeuten ermöglicht, sich im Sinne einer (selbstempathischen) Hinwendung zu seiner eigenen Affektivität und Bedürftigkeit⁵⁴ bedingungslos selbst zu akzeptieren, was der Wirksamkeit der therapeutischen Allianz nützt.*
Im Unterschied dazu neigt der Therapeut bei einer eher traditionell geprägten Weise des Bemühens um die Annäherung an ein therapeutisches Ideal tendenziell dazu, sich schamvoll selbst zu verleugnen, was die therapeutische Wirksamkeit nicht fördert.
- *Die Position der Getrenntheit kann freiwillig oder aus der Not heraus – wie bei einem Streit - eingenommen werden. Die Freiwilligkeit der Getrenntheit ist gleichbedeutend mit einer Getrenntheit, bei der die Verbindung nicht geopfert werden muss – dies wird so formuliert, dass der ISAEKG dann dialektisch gelöst ist.*

54 Gemeint ist B. hier nicht im karitativen, sozial klassifizierenden Sinn, sondern als funktionaler und wertungsfreier Begriff, der für jeden Menschen anwendbar, bezeichnet, was der oder diejenige braucht, die Gesamtheit seiner aktuell wirksamen Bedürfnisse macht seine B. aus

4. ABSCHNITT: ERGEBNISSE

DETAILLIERTES INHALTSVERZEICHNIS	125
4.1. Einleitung	127
4.1.1. Die Praktische Anwendbarkeit des ISAEGK	127
4.1.2. Abgrenzung der Ergebnisse der Arbeit zur gängigen psychoanalytischen Theorie und Praxis	127
4.1.3. Zusammenfassung aller drei Kasus	128
4.1.4. Die Ebenen der Abstraktion in der Arbeit und das Provisorische des Ergebnisses	128
4.2. Die Ausgangssituation	130
4.2.1. Zielsetzung	130
4.2.2. Methoden	130
4.2.3. Studiendesign	131
4.3. Der Prozess der Forschung – die Grounded Theory in Anwendung	133
4.3.1. Clusterbildung der Bedürfnisse des Therapeuten als Ergebnis der ersten kasuistischen Untersuchung – die "Geburt" des ISAEGK	133
4.3.2. Die Prominenzentwicklung des ISAEGK im Forschungsprozess	133
4.4. Theoretische Weiterentwicklung des ISAEGK im Prozess der Forschung (weiterführende axiale Kodierungen), generiert aus seiner Anwendung auf intersubjektive Mikroprozesse, in denen „Beziehung gelingt“	135
4.4.1. Erstkonzeption und primäre axiale Kodierung	135
4.4.2. Validierung des ISAEGK im Rahmen weiterführender axialer Kodierung	136
4.4.3. Der ISAEGK als Instrument zur Sichtbarmachung und Bestätigung psychoanalytischer Grundpositionen durch dessen Anwendung	138

4.4.4.	Der ISAEKG als Instrument zur Erweiterung gängiger psychoanalytischer Praxis	138
4.4.5.	Die dialektische Lösung des ISAEKG -	142
4.5.	Der ISAEKG dialektisch ungelöst – Anwendung des ISAEKG Teil 2: Der Therapeut in Not, oder: Wenn „Beziehung nicht gelingt“	149
4.5.1.	Wert des ISAEKG, wenn Beziehung 'nicht gelingt' - das Implizite im ISAEKG	149
4.5.2.	Die innere Dialektik des ISAEKG in den Mikromomenten des Scheiterns der Beziehungsgestaltung seitens des Therapeuten in den Kasuistiken	151
4.5.3.	Das Ausbleiben der dialektischen Lösung des ISAEKG entspricht intersubjektiv interaktionell der Kollusion, welche sich ihrerseits intrapsychisch im Therapeutenselbst abbildet	152
4.5.4.	Wege aus der Gefahr – was kann der Therapeut tun, wenn er im Sinne des ISAEKG seine Not bemerkt? Die Bedeutung der "anderen Ebene" für die dialektische Lösung des ISAEKG, das Unbedingte der Freiwilligkeit und, noch einmal, zur natürlichen Reihenfolge von <i>Getrenntheit</i> und <i>Verbindung</i> .	153
4.6.	Haltung und Ideale (Orientierungsziele) im Kontext des ISAEKG; Paradigmata, die bei dessen Anwendung implizit erforderlich - 'selbstverständlich' - sind.	155
4.6.1.	Mit der konventionellen psychoanalytischen Praxis übereinstimmende aus der Anwendung des ISAEKG resultierende Ideale therapeutischer Haltung	155
4.6.2.	Aus der empathiebasierten Arbeit mit dem ISAEKG resultierende erweiterte, 'neue' Ideale therapeutischer Haltung – und das Risiko des Therapeuten	155
4.7.	Now-moment-Induktion, Kairos und das Existenzielle im Therapeut - Sein	158
4.8.	Der Stellenwert des ISAEKG für eine Theorie der Empathie – die Duplizität des ISAEKG	160
4.8.1.	Der ISAEKG als Ausdruck einer Suche nach einer Theorie der Empathie – ein Zwischenergebnis 'mit Ausblick'.	160
4.8.2.	Der ISAEKG als Pars pro toto für eine erweiterte empathiebasierte praktisch-therapeutische Einstellung.	161

4.1. Einleitung

Der vierte Abschnitt der Arbeit, die Auswertung, wird von mehreren Prinzipien (guiding principles) geleitet, die im Folgenden (4.1.1., 4.1.2. und 4.1.3.) eingangs erläutert werden. Das Erste ist das *Prinzip der praktischen Anwendbarkeit des ISAEKG* (s.u., 4.1.1.); das Zweite ist die Hervorhebung der Aspekte der in dieser Arbeit generierten Theorie, welche eine *Erweiterung der gängigen psychoanalytischen Theorie und Praxis* darstellen (s.u., 4.1.2.) und; das Dritte ist das Prinzip der *zusammenfassenden Betrachtung aller drei in der Arbeit untersuchten Kasus*. Die genannten Prinzipien ('guidelines') durchweben die Struktur der zusammenfassenden Auswertung (4. Abschnitt) wie Querfäden eines Stoffes.

Die Längsstruktur des "Stoffes" des vierten Abschnitts, andererseits, wird durch die Chronologie des Prozesses der bisherigen Theoriegenerierung des ISAEKG bestimmt und stellt jene dadurch zugleich noch einmal verkürzt dar. Unter 4.1.4. erfolgt ein Hinweis auf ein in der wissenschaftlichen Methode (Grounded Theory) begründetes theoretisches (methodologisches) Problem, welches zum Verständnis des vierten Abschnitts gewürdigt werden muss.

4.1.1. Die Praktische Anwendbarkeit des ISAEKG

...ist das oberste Prinzip, welches die Auswertungsdarstellung bestimmt. Ziel ist, Parameter therapeutischen Handelns hervorzuheben, welche möglichst *direkt umsetzbar* sind. Es geht also um eine (auf das Erleben des Therapeuten gerichtete und dadurch) unmittelbar *handlungsorientierte* Darstellung der Ergebnisse der Arbeit. Dies ist eine bewusste Priorisierung gegenüber den hinreichend bekannten *Idealen* psychoanalytischer Theoriebildung (deren Wert für die *Orientierung* einer psychoanalytischen Haltung nicht infrage gestellt wird).

Das ursprüngliche Ziel der Arbeit war die Untersuchung des weiter gefassten Topos *des Stellenwertes der Empathie in der psychoanalytischen Praxis*⁵⁵. Der ISAEKG ist formal ein im Rahmen der Untersuchung der ersten Kasuistik gefundenes Zwischenergebnis. Die Begründung dafür, dass der ISAEKG in der Arbeit *unvorhergesehenerweise* derart prominent geworden ist, dass er nun den Titel derselben bestimmt und die Untersuchung der nachfolgenden Kasuistiken maßgeblich beeinflusste, liegt in der Grounded Theory. Bei der aus dem Forschungsprozess der Arbeit entstandenen Formulierung des ISAEKG handelt es sich um eine der Überraschungen, die diese wissenschaftliche Methode ausdrücklich vorsieht (s.u.). Um den Prozess der Arbeit nachvollziehbar zu machen, muss infolgedessen sowohl die Situation *vor* (s.u., 4.1. und 4.2.) als auch *nach* (s.u., 4.3. ff.) Entstehung des ISAEKG beschrieben werden.

Gleichzeitig konzidiert die Beschränkung auf diesen paradigmatischen Parameter, dass die Untersuchung der Empathie als Topos therapeutischen Handelns über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen muss. Neben seiner hier im Vordergrund stehenden Praktikabilität, erscheint der ISAEKG für eine solche, die Idee dieser Arbeit weiterführende Entwicklung des Empathie-Begriffs und, insofern, ebenfalls *als theoretisches Tool* geeignet.

4.1.2. Abgrenzung der Ergebnisse der Arbeit zur gängigen psychoanalytischen Theorie und Praxis

In den Kapiteln I bis III sind wiederholt Hinweise eingeflochten, erstens, inwiefern die vorliegende Forschung *auf den psychoanalytischen Grundpositionen fußt* und, zweitens, inwiefern die

55 Siehe 1.1.3.

gewonnenen Ergebnisse zu einer *Erweiterung* der Konzeption des in der psychoanalytischen Theorie und Praxis gängigen Empathiebegriffs beitragen. Die Trennschärfe zwischen beiden Aspekten soll, im Sinne einer zweiten *guide line* der Zusammenfassung, deutlich gemacht werden.

Das in der kontrastierenden Betrachtung beider Aspekte entstandene Neue wird als nicht mehr und nicht weniger verstanden als eine konzeptionelle *Konkretisierung* des in den originären psychoanalytischen Grundpositionen (z.B. Fromm 1962) bereits Angelegten - als deren konsequente Weiterführung, welche bisher zu wenig Formulierung gefunden hat. Last not least sei der Hinweis erlaubt, dass ich davon ausgehe, dass die hier ermittelten Ergebnisse in großen Teilen dem entsprechen, was psychoanalytische Kollegen ohnehin jeden Tag praktizieren. Es scheint nur ungewohnt zu sein, darüber zu kommunizieren.

Wenn es innerhalb dieser Abgrenzung zu Vergleichen kommt – dessen, was als *gängig* angenommen wird, mit dem, was, im Sinne der Erweiterung, *verändert werden könnte* - so handelt es sich hierbei um *Vergleiche*, welche die Ergebnisse der Arbeit verdeutlichen und somit darstellen (und nicht als höherwertig postulieren) sollen. Im folgenden (fünften) Abschnitt wird der *Ansatz der Arbeit an sich* diskutiert – unter anderem im Vergleich mit alternativen mikroprozessualen Untersuchungsmethoden.

4.1.3. Zusammenfassung aller drei Kasus

Die dritte Orientierungslinie zur Abfassung dieses vierten Abschnitts der Arbeit trägt der Tatsache Rechnung, dass es entsprechend der wissenschaftlichen Methode, welche die Arbeit strukturiert – der *Grounded Theory* – bereits in der Untersuchung der einzelnen Kasuistiken im dritten Abschnitt zu Auswertungen, mithin zu Ergebnissen, gekommen ist. Im Unterschied dazu wird es in dieser zusammenfassenden Auswertung um die *Gesamtbetrachtung*, das Zusammentragen eben dieser Ergebnisse der Einzelfalluntersuchungen gehen. Die konkrete Herleitung oder Beweisführung wurde bereits detailliert und umfangreich geleistet und wird, zur Vermeidung von Redundanz, in diesem Abschnitt nicht im Detail wiederholt. In der in diesem vierten Abschnitt vorgenommenen Auswertung geht es um die Betrachtung der Gesamtheit der Einzelfallergebnisse. Innerhalb des Fortschreitens der Arbeit "von Fall zu Fall" existiert bereits eine Progression, die der (der *Grounded Theory* impliziten) Vorwärtswindung einer hermeneutischen Spirale (Danner 1994) entspricht. Dies tritt in der zusammenfassenden Darstellung deutlicher hervor.

4.1.4. Die Ebenen der Abstraktion in der Arbeit und das Provisorische des Ergebnisses

Abschließend zu dieser Einleitung des Auswertungsteils sei eine quasi impressionistische Bemerkung gestattet, die weniger eine Leitlinie für die zusammenfassende Auswertung als ein Begleitphänomen bei deren Abfassung darstellt.

Wie bereits oben (4.1.1.) und dann noch einmal gegen Ende der Auswertung (4.8.) deutlich wird, ist es mitunter schwierig, zu bestimmen und damit auch anzugeben, auf welcher Ebene der Abstraktion gerade gedacht wird. *Ist der ISAEGK lediglich ein Teilaspekt einer Theorie der Empathie, und: ist er gleichzeitig pars pro toto – beinhaltet also jene in nuce – oder: ist er eine Art 'Prisma', welches Aspekte des Topos Empathie differenzierter hervortreten lässt (s.u. 4.8.)? Ist er eher ein Praxis-Tool oder gleichfalls für die weiterführende theoretische Auseinandersetzung geeignet (so, wie in 4.1.1. erläutert)?* Spätestens bei der Erwägung, dass mehrere dieser Fragen mit "Ja" bzw. mit "sowohl als auch" beantwortet werden könnten, kommt es bei mir zu einer Art kognitivem Schwindel - weil die Klassifizierung schwerfällt. Diese Schwierigkeit der abstrakten

Einordnung soll hier nicht anankastisch vereinfacht sondern *bestehen gelassen* werden – als Konzession an einen Prozess, der nicht abgeschlossen ist.

4.2. Die Ausgangssituation

4.2.1. Zielsetzung

der Arbeit war die Theoriegewinnung zum Stellenwert von Empathie beim Gelingen von psychoanalytischen Psychotherapien. Diese Zielsetzung war als solche festgelegt worden bevor der ISAEGK gefunden wurde.

Einleitend waren Ausgangspositionen und Hypothesen formuliert worden. Die zu untersuchende Hauptthese der Arbeit war:

Es gibt eine direkte (positive) Korrelation zwischen der Fähigkeit des Therapeuten zur Selbstempathie und dem daraus resultierenden Gelingen therapeutischer Interventionen.

Die Arbeit hat diese Hauptthese, die ursprünglich intuitiv erfahrungsbasiert vermutet worden allerdings nicht reflektiert bzw. wissenschaftlich untersucht worden war, positiv bestätigt.

Die der Hauptthese zugrundeliegende Ausgangsposition war die ebenfalls im Rahmen der Arbeit zu überprüfende These gewesen, dass *der Therapeut in seinen Wahrnehmungen und Handlungen in der psychoanalytischen (therapeutischen) Situation von denselben in der conditio humana begründeten Grundmotivationen bestimmt wird wie der Patient* und, dass dann, wenn er in diesem Sinne in der Interaktion gleichfalls "zum Patienten wird"⁵⁶, heilende Veränderung stattfindet.

Offen war zu diesem (Ausgangs-)Zeitpunkt, und das ist das eigentlich Neue an dieser Arbeit, wie diese Thesen überprüft werden könnten. Um sie der Untersuchung zugänglich zu machen, mussten sie auf die Ebene nachvollziehbarer Affekte und Kognitionen runtergebrochen werden. Es galt die Kluft zwischen der abstrakten Grundsätzlichkeit der Ausgangstheese und dem unmittelbaren (sich mikroprozessual abbildenden) Erleben zu überwinden. Dieses unmittelbare Erleben ist in der Essenz therapeutisch praxisnah (s.o. Leitgedanken dieser Auswertung).

Konkret musste für die Hauptthese genau bestimmt werden, wie Empathie, bzw., dann auch, Selbstempathie und ihre prozessualen interaktionellen Auswirkungen für eine wissenschaftliche Kommunikation abgebildet werden können. Für die hermeneutische Suche nach den Grundmotivationen bedurfte es desselben, nämlich eines differenzierten auf den Topos Empathie bezogenen Untersuchungsinstrumentariums, letztlich einer Terminologie der Empathie. Letztere fehlt in der gängigen psychoanalytischen Theorie, wo Empathie eher als ein nicht näher differenzierbares Unteilbares daherkommt, dessen mensch auf undurchschaubare Weise fähig ist oder nicht. Aus diesen Überlegungen resultierte die Wahl der Methoden, wie folgt:

4.2.2. Methoden

Da es von der abstrakten Zielsetzung her um Theoriegenerierung ging, wurde als dafür geeignete Methode die *Grounded Theory* gewählt. Sie ist als Wächter über die Anwendung der anderen zwei Methoden – *Psychoanalyse* und *Gewaltfreie Kommunikation (nach Rosenberg, 2005)* – also innerhalb der Verschränkung aller 3 angewandten theoretischen Systeme, als *Meta-Methode* zur Anwendung gekommen.

Zentrales Strukturmerkmal der *Grounded Theory*, die geeignet ist, die Reliabilität empirischer Forschung mit der Aussagekraft (Relevanz) qualitativer Forschung zu vereinen, ist die *hermeneutische Spirale*. Damit ist wissenschaftlich methodologisch formuliert, was unserem normalen erkenntnisorientierten Denken entspricht. Soll heißen: Erkenntnisgewinn über Hypothesenbildung, deren Überprüfung mittels Datenerhebung (Kodierung) diese Hypothesen auf ihre Anwendbarkeit auf die untersuchte Wirklichkeit (Validität) dann wiederum modifiziert, sodass

56 These in Anlehnung Erich Fromm (1971) s. a. Originalzitat Fußnote 1 (1.1.1.)

daraus resultierend neue Beobachungskriterien entstehen, die im Sinne einer spiraligen Annäherung die Wirklichkeit mit ständig zunehmender Prägnanz erfassen (Gegenstandsorientiertheit).

Während die Grounded Theory als Büro vorstellbar ist, von dem aus der (Theorie-)Bau geleitet wird, so bildet die *Psychoanalyse* den Grund und Boden, auf dem die Arbeit entsteht. Die Arbeit ist *Ausdruck* der theoretisch reflektierenden Verarbeitung von *Erfahrungen psychoanalytischer Praxis* und will somit bereits auf dem theoretischen Boden der Psychoanalyse stehende andere Gebäude *ergänzen* – sie ist also eingebettet in die psychoanalytische Theorie und will dieselbe (durch ein weiteres Gebäude) für ein psychoanalytisches Publikum erweitern.

In Bezug auf die konkrete Anwendung der Psychoanalyse als wissenschaftliche Methode heißt dies, dass der die Reflexion dieser Arbeit bestimmende Rahmen durch das Ideal einer Emanzipation von sozialisationsbedingten, unbewusst gewordenen Freiheitseinschränkungen definiert ist.

Um das neuartige Gebäude erstellen zu können ist ein in der gegenwärtigen psychoanalytischen Praxis und Theorie ungewöhnliches Material verwendet worden. Die *Gewaltfreie Kommunikation* (nach Rosenberg, 2005) bietet eine differenzierte Begrifflichkeit der Empathie, die in der vorliegenden Arbeit auf die psychoanalytischen Falldarstellungen angewandt wird. Es ist also Anleihe genommen worden bei einem fremden, nicht primär therapeutisch definierten theoretischen System, dessen Terminologie Ausdruck eines Strebens nach interaktioneller Gewaltfreiheit ist. Die innerhalb dieser Theorie praxeologisch definierte Gewaltfreiheit ist mit psychoanalytischen Grundpositionen kompatibel und kann damit auf dem psychoanalytischen Boden aufbauen.

4.2.3. Studiendesign

Die Gesamtheit des Untersuchungsfeldes von ca. 15000 Therapiestunden-Protokollen einer psychoanalytischen Praxis wurde tabellarisch-statistisch erfasst. Daraufhin wurden nach im II.Abschnitt dargelegten Auswahlkriterien dialogische Szenen aus einzelnen Therapiestunden zur genaueren Untersuchung ausgewählt. Dabei wurde das Spektrum "gelungene, nicht gelungene und (hinsichtlich des Kriteriums gelungen/nicht gelungen) ambivalente" Therapien abgedeckt. Die Untersuchung der aus dem Datenmaterial ausgewählten therapeutischen interaktionellen kommunikativen Szenen zwischen Patient und Therapeut erfolgte *mikroprozessual*.

Mikroprozessualität bedeutet in diesem Zusammenhang, es wurden einzelne kurzwährende Szenen nach dem Vorbild eines im psychoanalytischen Diskurs etablierten *intersubjektiven* Verfahrens fokussiert und mithilfe der Terminologie der Gewaltfreien Kommunikation empathiebasiert beobachtet, um die Frage nach der zugrundeliegenden Motivation der beteiligten Interaktionspartner (Patient und Therapeut) hermeneutisch zu klären. In anderen Worten und alltagsnäher formuliert: Vor dem Hintergrund der psychoanalytisch grundpositionären Annahme, dass zwischen Interaktionspartnern ein manifester (bewusster) und gleichzeitig ein impliziter (unbewusster) Dialog stattfindet, ging es darum, zu klären, *worum es dem Subjekt motivational geht*, was also, insofern, zwischen beiden Subjekten *in Wahrheit verhandelt wird*.

Als Besonderheit des in der Arbeit gewählten Untersuchungsansatzes wurde dabei die Perspektive der (mit den gewählten Methoden zu klärenden) in der unmittelbaren Situation – mikro-beziehungsmomentan - wirksamen *Motivation des Therapeuten* gewählt. Die Relevanz dieser Perspektivenwahl – die Frage also, inwiefern die Annahme, dass diese, ähnlich wie bei einem Telefongespräch, bei dem man nur den einen Interaktionspartner wahrnimmt, repräsentativ für den (dialogischen) Prozess sein kann - war ein Teilaspekt der Untersuchung. Dieser Aspekt des Forschungsdesigns mündet letztendlich in der Frage gestellt, ob, und wenn ja, wie, gezeigt werden

kann, dass der Therapeut *einen Topos zunächst mit sich selbst aushandeln muss*, bevor er diesen, zum Gewinn des Anderen - heilend - in die Interaktion einbringen kann.

4.3. Der Prozess der Forschung – die Grounded Theory in Anwendung

4.3.1. Clusterbildung der Bedürfnisse des Therapeuten als Ergebnis der ersten kasuistischen Untersuchung – die "Geburt" des ISAEKG

Bei der Untersuchung der 1. Kasuistik wurden zunächst die *Bedürfnisse* (im Sinne der Terminologie der gewaltfreien Kommunikation näher definierte Motive) des Therapeuten ohne konkrete Fragestellung, also offen analysiert. Dazu wurden innerhalb des Diskurses zahlreiche⁵⁷ Momente innerhalb des Mikroprozesses ("Mikrobeziehungsmomente", in der Folge abgekürzt als "MBM") festgelegt, an denen diese Analyse präzise durchgeführt wurde. Diese Hochfrequenz an Betrachtungsmomenten resultiert in einer Art "Zoom-Effekt", der erlaubt, kleinste (mikroprozessuale) interaktionelle Bewegungen abzubilden. Auf diese Weise ergab sich ein Bild der in dem jeweiligen konkreten Moment der Interaktion *Wahrnehmung und (kommunikative) Handlung bestimmenden Motivationen des Therapeuten* und schließlich, in der Aneinanderreihung dieser MBM, eine kohärente Narration auf einer zweiten (hermeneutisch tiefer liegenden) Ebene.

Dieses im Sinne der Grounded Theory *offen kodierte*, d.h. ungeordnete Ergebnis, wurde dann auf die Möglichkeit *axialer Kodierungen* hin untersucht und es wurden innerhalb der im ersten Untersuchungsschritt beobachteten Bedürfnisse sinnvolle Clusterbildungen im Sinne von Grundmotivationen gefunden.

Die gefundene sinnvolle axiale Kodierung gruppiert die analysierten Therapeuten-Bedürfnisse nach den polaren Grundmotivationen *Getrenntheit* und *Vereinigung*. Diese axiale Kodierung erscheint gegenstandsorientiert sinnvoll, weil die Gesamtheit der (offen kodiert) analysierten Bedürfnisse einerseits unter diesen Polen subsumierbar ist und, andererseits, weil diese Polarität dem psychoanalytischen Konfliktmodell entspricht.

Diese Grundkonflikt-bezogene Zuordnung wurde dann zunächst als *Existenzieller Zentraler Beziehungs-Konflikt (EZBK)* bezeichnet. In dieser provisorischen Formulierung wurde einerseits Bezug genommen auf den von Luborsky entwickelten Begriff des zentralen Beziehungskonflikts, und, andererseits, wurde der im Denkmodell von E. Fromm ausgeführten Grundkonflikthaftigkeit zwischen den benannten Polen, welche aufgrund ihrer Bezogenheit auf die *conditio humana* als *existenziell* benannt wurden, Rechnung getragen.

Im Prozess der weiteren kasuistikbezogenen Theoriegenerierung wurde die Unterschiedlichkeit und damit die Abgrenzungsnotwendigkeit zum Luborskischen Ansatz deutlich. Es wurde im Rahmen der Untersuchung des kasuistischen Materials präziser herausgearbeitet, inwiefern sich dieser *existenzielle Grundkonflikt (EGK)* tatsächlich in der *intersubjektiven Austragung (ISA)* jedes einzelnen konkreten Mikrobeziehungsmoments (MBM) abbildet. Deshalb kam es im Rahmen einer "Umtaufe" zur Formulierung als *Inter-Subjektiv-Ausgetragener-Existenzieller-Grund-Konflikt (ISAEKG)*.

4.3.2. Die Prominenzentwicklung des ISAEKG im Forschungsprozess

In den weiteren kasuistischen Untersuchungen wurde die Eignung des ISAEKG überprüft - als Instrument zur grundsätzlichen gegenstandsorientierten Fragestellung *wie kann empathiebasiert verstanden werden, wie und wodurch therapeutisch intendierte Veränderung entsteht*. Damit wird versucht, sich der Frage anzunähern, was *eigentlich* zwischen Therapeut und Patient verhandelt wird oder (auch): was motiviert beide auf einer tieferen Ebene zu ihrer jeweiligen Positionierung innerhalb des intersubjektiven interaktionellen Prozesses?

Es stellte sich heraus, dass der ISAEKG zur Generierung neuer axialer Kodierungen

57 Innerhalb einer ca. 15Minütigen reinen Sprech-Zeit über 50 Markierungen

brauchbar ist, um sich der Antwort auf diese Fragestellung weiter anzunähern. Er dient also dazu, zu klären, *wie das interaktionelle Ringen um die Erreichung des grundsätzlichen psychoanalytischen Therapieziels – Getrennthetsfähigkeit oder Alleinsein-Können im Sinne der Erwachsenenposition oder die psychische Geburt zur Fähigkeit der Freiheit – tatsächlich stattfindet.* Dadurch bekam der ISAEGK eine zunehmend prominentere Stellung im Prozess der Untersuchung - prominenter, als zunächst voraussehbar gewesen war und wurde so vom Zwischenergebnis zum Forschungstool.

4.3.3. Die Weiterentwicklung der Methode im Forschungsprozess

So, wie sich die Untersuchung der interaktionellen intersubjektiven Konfliktodynamik im Laufe der Arbeit entwickelt hat, was sich unter anderem in der Präzisierung der Fragestellungen - als einfachste Form der Untersuchungstools - niederschlägt, so haben sich auch komplexere methodische Werkzeuge während der Untersuchung herausgebildet. Beispielhaft sei die Einführung einer tabellarischen Veranschaulichung in der Untersuchung der mikroprozessualen Dynamik des dritten Kasus' genannt. Diese Weiterentwicklung entspricht dem Wesen der Grounded Theory, weshalb die forschungsprozessual entwickelte Unterschiedlichkeit belassen worden und nicht retrograd korrigierend auf die Untersuchung der ersten beiden Kasus angewandt wurde. Das Belassen dieser Entwicklungsunterschiedlichkeit ist zugleich Ausdruck der Überzeugung, dass es in der mikroprozessualen intersubjektiven Beforschung des Topos Empathie im Sinne der vorliegenden Arbeit noch zahlreiche Weiterentwicklungsmöglichkeiten gibt, was ständig weitere Vorläufigkeiten erwarten lässt.

4.4. Theoretische Weiterentwicklung des ISAEKG im Prozess der Forschung (weiterführende axiale Kodierungen), generiert aus seiner Anwendung auf intersubjektive Mikroprozesse, in denen „Beziehung gelingt“ - Anwendung des ISAEKG Teil I

4.4.1. Erstkonzeption und primäre axiale Kodierung

Der ISAEKG ist in seiner Konzeption Ergebnis der axialen Kodierung der mit den beschriebenen Methoden gewonnenen Ergebnisse zur empathiebasierten Klärung der *Bedürfnisse (Motivationen) des Therapeuten, welche seinen Wahrnehmungen und Handlungen innerhalb der intersubjektiven Interaktion zugrunde liegen*.

Durch diese erste axiale Kodierung ist auf einer nächsthöheren Abstraktionsebene ein Ausdruck der für den Prozess relevanten *Grundmotivationen Getrenntheit und Vereinigung* gefunden worden. Zum Verständnis der in dieser Arbeit entwickelten Ergebnisse ist es entscheidend, hervorzuheben⁵⁸, dass die in der Beobachtungsmethode⁵⁹ festgelegte Definition des Begriffes *Bedürfnis* bedeutet, dass, bei aller Bezogenheit auf den Patienten, *der Grund* für das Erleben des Therapeuten *stets in ihm selbst* zu suchen ist. Es hat sich gezeigt, dass diese axiale Kodierung *im Vorgang des Kodierens* ein hohes Maß an empathischer Einfühlung verlangt.

Die benannte empathiebasierte Kodierung verlangt also, wie sich in der Durchführung der Untersuchung zeigte, ein gewisses Maß an Übung: Bereits in der Untersuchung des ersten Kasus kam es dabei zu Grenzfällen, in denen die Eingruppierung eines MBM in eine der beiden polaren Motivationscluster schwieriger und solchen, in denen sie eindeutig vorzunehmen ist.

So sind, z.B., die Bedürfnisse des Therapeuten *Raum im Dialog zu haben* oder *wirksam sein zu wollen* hinsichtlich der dahinter stehenden Grundmotivation auf den ersten Blick nicht leicht zu unterscheiden von dem Bedürfnis nach *Resonanz*. Gleichwohl wurden die beiden erstgenannten Bedürfnisse dem Grundbedürfnis nach Getrenntheit, das letztgenannte dem nach Vereinigung zugeordnet. Im Sinne einer bestmöglichen Annäherung kann man in diesen Grenzfällen bei den erstgenannten Bedürfnissen sagen, dass der Fokus des Erlebens des Therapeuten *tendenziell* mehr "auf sich allein", in der zweiten Situation eher auf das "Wir miteinander" gerichtet ist.

Ebenfalls Bestandteil der ersten kasuistischen Untersuchung war eine Szene, in der die Patientin psychodramatisch andeutet, dass sie als Reaktion auf eine von ihr zunächst nicht leicht zu akzeptierende Äußerung des Therapeuten "aufstehen und gehen" könnte, bevor sie sich "entschließt, zu bleiben". In dem auf diese Schlüsselszene mikroprozessual⁶⁰ bezogenen Erleben des Therapeuten, dass die Patientin spielerisch mit den Symbolen für Trennung und Verbindung jongliert, fällt die Eingruppierung offen-sichtlich eindeutiger aus. Gleiches gilt für die Begrüßungsszene, in der sich Therapeut und Patientin in einer sehr fein abgestimmten Weise zunächst "in Ruhe lassen" um in der Therapiestunde "anzukommen" (Getrenntheit), bevor sie sich "einander zuwenden" (Verbindung).

58 ...,weil in seiner Präzision vom konventionellen Denken abweichend. Von diesem konventionellen Denken sind auch die Psychoanalytiker nicht ganz frei. Das heißt, eine *im Sinne psychoanalytischer Grundposition sinnvolle* präzise Konzeption von Getrenntheit bei der Konzeptionierung der eigenen Motivationen innerhalb einer interpersonalen Kommunikation existiert nicht sicher, was sich, z.B., in Formulierungen (und Denkweisen) wie "der Patient macht mich aggressiv" oder gar "...er will mich zerstören" niederschlägt. Eine klarer getrennte Positionierung unterscheidet zwischen Anlass (Wenn der Patient sich so und so verhält...) und der grundsätzlich in mir liegenden Ursache für meine Emotionalität (...dann fühle ich mich so bedroht, hilflos usw., dass ich mir nicht anders zu helfen weiß als ihn wütend abzuwehren).

59 Gewaltfreie Kommunikation

60 Mikroprozessual ist hier gemeint in dem oben (s. 4.3.1.) Sinn des "zoom-Effekts"

Zusammenfassend konnte in der qualitativ hermeneutischen forschungsprozessualen Anwendung (im Unterschied zu einem messenden, a priori definierten Verfahren) gezeigt werden, dass die axiale Kodierung nach den Kriterien Vereinigung versus Getrenntheit *ausreichend trennscharf ist*, um zu gegenstandorientiert relevanten Ergebnissen zu kommen.

Interessanterweise, allerdings hier noch nicht theoretisch konzipiert, klingt bereits bei der Untersuchung des ersten Kasus ein Nebenaspekt des ISAEGK an, und zwar die *Relevanz der Freiwilligkeit* in den nach den Kriterien Vereinigung versus Getrenntheit klassifizierten (Mikro-)Aktionen von Patient und Therapeut. Das heißt, es ist für die Beurteilung des Gelingens der Interaktion relevant, ob die Positionierung am Pol der Getrenntheit, bzw., der Vereinigung im subjektiven Erleben intrinsisch motiviert oder extrinsisch/’fremdbestimmt’/unfreiwillig erfolgt. Dieser Anklang findet schließlich "erst" im 3. Kasus seine theoretische Formulierung. Dieses *zunehmende Hervortreten* relevanter Aspekte ist typisch für den hier dargestellten Prozess der Theoriegenerierung im Sinne der Grounded Theory.

4.4.2. Validierung des ISAEGK im Rahmen weiterführender axialer Kodierung

Im Prozess der weiteren Anwendung des ISAEGK wurde dessen Differenzierung vorangetrieben. Durch die Verwendung von Zwischenergebnissen wurden höhergradige axiale Kodierungen konstruiert und gleichzeitig resultierte eine qualitative *Validierung des ISAEGK als Forschungstool*, indem durch die *Generierung weiterer gegenstandsbezogener Resultate* dessen Relevanz aufgezeigt werden konnte.

Eine dieser über die Zuordnung zu den polaren Bedürfnissen des existenziellen Grundkonflikts hinausgehenden Differenzierungen besteht in dem Kriterium des *singulären Gelingens* von Getrenntheit bzw. Vereinigung. Es wurde deutlich, dass, der intersubjektive interaktionelle, auf der phänomenologischen Ebene, also, der kommunikative Prozess, *ins Stocken kommt, wenn einer der beiden Grundbedürfnisse nicht erfüllt ist* (s.u. 4.5.). Erlebte Hinweise auf dieses Stocken des kommunikativen Prozesses sind Affekte wie Unzufriedenheit und Frustration, bzw., bei einem (in der Regel bei Patienten zu vermutenden) höheren situationsbezogenen Angstlevel auch Irritation, Unruhe, Enge oder Bedrohtheit.

Aus der vorangehend ausgeführten axialen Kodierung folgte die nächsthöhere. Es wurden MBM beobachtet, in denen *beide polaren Grundbedürfnisse* erfüllt waren. Es konnte gezeigt werden, dass *im Anschluss an solche MBM progressive Veränderung stattfand* – der strukturelle Entwicklungsprozess sich im Sinne neuer Möglichkeiten für den Patienten vertiefte. Diese neuen Möglichkeiten zeigten sich in Angstreduktion, welche jeweils expansivere Selbstvertretungsmöglichkeiten, sowohl in der Übertragungsbeziehung als auch im Außen, *unmittelbar* nach sich zogen. Diese Veränderungspotenz wird in Analogie zu den von D.Stern gefundenen Now-Moments begriffen.

Im ersten Kasus ergreift die Patientin im Anschluss an die analysierte Szene erstmals ihrem neurotischen Lebensstil entgegengesetzte selbstsorgende Maßnahmen – sie nimmt sich zwei Tage ‘Auszeit’. Im dritten Kasus beginnt die (schwerer strukturell beeinträchtigte) Patientin sich kognitiv zu ordnen – hält im Diskurs plötzlich einen roten Faden und kommt in bis dahin ungewohnter Weise spontan auf das Thema der Vorstunde zurück. Außerdem bezieht sie Stellung im Dialog mit dem Therapeuten in der Position eines Gegenübers (Getrenntheit), was ihr sonst kaum möglich schien. Dies wird verstanden als Gelingen der therapeutischen Beziehung, deren Auftrag es ja im psychoanalytischen Sinne ist, mit dem Patienten Interaktionen auszutragen, die diesem progressive Veränderung ermöglichen.

Die Untersuchung des zweiten Kasus, der in die Fallauswahl als Beispiel für eine nicht ausreichend erfolgreiche Therapie aufgenommen worden war, zeigte eine durchgängige

Nichterfüllung wenigstens einer der beiden polaren Grundbedürfnisse. Es kam folgerichtigerweise also hier *nicht zu einer gleichzeitigen Ermöglichung von Getrenntheit und Vereinigung innerhalb der Übertragungsbeziehung* und Progression fand *infolgedessen* nicht ausreichend statt – die Therapie "ging schief".

Im Rahmen der Untersuchung des als "ambivalent" hinsichtlich des Gelingens klassifizierten dritten Kasus war die Ausgangssituation im Sinne dieser axialen Kodierung von einer *Nichterfüllung beider polaren Grundbedürfnisse* gekennzeichnet gewesen. Wenn die gleichzeitige Erfüllung als eine win-win-Situation aufgefasst werden kann, so handelte es sich hier um eine 'loose-loose-Situation'. Dies hatte auf seiten des Therapeuten zu einer Besorgnis um den Bestand der Therapie geführt, affektiv hatte seine Unzufriedenheit mit dem bisherigen Verlauf ihn bewegt, in Abgrenzung zu klassischen Idealen von gleichschwebender Aufmerksamkeit und Abstinenz, im kommunikativen Prozess 'das Heft in die Hand zu nehmen' – er musste etwas erfinden, kreativ werden. Durch eine Bewusstwerdung des Therapeuten, dass eben weder Vereinigung noch Getrenntheit möglich gewesen waren und der Benennung der Schwierigkeit gegenüber der Patientin, dass *die Verbindung (Vereinigungspol) immer wieder abreißt*, konnte ein Shift erzielt werden, woraufhin sich spontan szenisch eine situative Gleichzeitigkeit der Erfüllung beider Pole einstellte.

Es galt im Sinne der daraus resultierenden Fragestellung (d.h. der nächsthöheren axialen Kodierung) *die innere Dialektik der dem ISAEKG immanenten polaren Grundbedürfnisse* zu verstehen und konzeptionell theoretisch zu erfassen: Wie kommt es zur *Gleichzeitigkeit* der Erfüllung von *Vereinigungs-* und *Getrenntheitsbedürfnissen*, oder anders: wie kann Getrenntheit in der Beziehung erreicht werden, *ohne dass die Verbindung aufgehoben wird?*

Neben der dargestellten Ausdifferenzierung (höheren axialen Differenzierung) des ISAEKG zur präziseren Beschreibung des Zustandes der Beziehung in einem bestimmten (Mikro-)Moment, konnte, quasi en passant, der ISAEKG als *prozessbeschreibender* Parameter validiert werden. Mittels der Anwendung des ISAEKG als Beobachtungstool konnte im ersten und im dritten Kasus eine Progression im Sinne des *Erreichens von mehr Getrenntheitsfähigkeit*⁶¹ nachgewiesen werden. Die Patientin im ersten Kasus zeigt dieses Mehr an Getrenntheitsfähigkeit zum einen durch ihr psychodramatisch unterstrichenen *freiwilliges* Bleiben sowie den unmittelbaren (ebenfalls autonomen) Transfer "ins Außen" – in ihre praktische (selbstsorgend adäquatere) Lebensgestaltung. Im dritten Kasus positioniert sich die Patientin in der Übertragung spontan getrennter, indem sie eine Position *in Opposition zum Therapeuten*, als *Gegenüber*, erstmals einnimmt. Dies tut sie kommunikativ weniger ausgefeilt, also impliziter, als die Patientin im ersten Kasus. Auch kann sie den Transfer ins Außen noch längst nicht leisten. Beide Begrenzungen ihrer Möglichkeiten diese (neue) Getrenntheit zu leben – ihr 'noch nicht können' -, lassen sich durch ihren (vorläufig) höheren Level an unintegrierter Angst, mithin durch ihr strukturell "niedrigeres Niveau" erklären. Gleichwohl können mittels des ISAEKG eben diese unmittelbaren "strukturellen Zugewinne" – das Mehr an Getrenntheitsfähigkeit bei diesen 'gelingenden Kasus' dargestellt, und *der ISAEKG damit auch als Verlaufparameter validiert werden*.

Nebenbemerkung: Unabhängig von den beobachteten spontan sich in der Interaktion einstellenden strukturell neuen Möglichkeiten muss die Frage nach dem Therapieerfolg dahingehend erweitert werden, *wieviele solcher intersubjektiv ausgetragenen Interaktionen* ein Patient braucht, bevor es zu einer bleibenden Veränderung kommt. Auch dies ließe sich mittels des ISAEKG untersuchen.

61 Gemeint ist hier selbstverständlich *Getrenntheitsfähigkeit im Sinne des dialektisch gelösten EGK*, also ohne Aufgabe der Verbindung – ohne Zugeständnisse am Vereinigungspol. Der Fokus liegt hier lediglich *primär* auf dem Progressions-Parameter *Getrenntheit*

4.4.3. Der ISAEKG als Instrument zur Sichtbarmachung und Bestätigung psychoanalytischer Grundpositionen durch dessen Anwendung

Die zuletzt aufgeworfene Fragestellung impliziert zweierlei:

- 1) Die Fähigkeit zur *Getrenntheit* ist vorangiges und übergeordnetes psychoanalytisches Therapieziel, das in seiner Grundsätzlichkeit auch als zentrales Therapieanliegen bezeichnet werden kann. Die Fähigkeit zur Getrenntheit, mitunter auch als "die Fähigkeit, allein zu sein" formuliert, ist aus psychoanalytischer Sicht eben jene Befähigung, die den Menschen erwachsen – autonom - sein lässt⁶². Der Weg dorthin, welcher (z.B.) durch eine psychoanalytische Therapie gefördert werden soll, wird in der Literatur auch als "zweite" oder "psychische Geburt" (Mahler, Pine und Bergmann 2008) des Menschen verstanden. In den ersten zwei Abschnitten der Arbeit wurde ausführlich dargestellt, inwiefern diese Ausrichtung zu den Grundpositionen psychoanalytischer Arbeit gehört. Sie stellt in Abgrenzung zu anderen, z.B., lerntheoretisch behavioristisch begründeten Verfahren, klassischerweise⁶³ ein Alleinstellungsmerkmal der Psychoanalyse dar. Diese Getrennthetsfähigkeit ist grundsätzlich gleichbedeutend mit der Voraussetzung, ein in Freiheit selbstbestimmtes Leben führen zu können.
- 2) Die Fähigkeit zur *Getrenntheit* resultiert aus der Sicherheit der *Vereinigung*. Anders herum: *Erst* kommt das Bedürfnis (am *Vereinigungspol*), die *Geborgenheit sozialer Bezogenheit nicht zu verlieren*, dann kann Sicherheit entstehen, sich getrennt zu individuieren – in der Gewissheit, nicht, als Preis für die Getrenntheit, einsam werden zu müssen. Diese ontologisch bedingte Reihenfolge findet sich sowohl in der (psychoanalytischen) Entwicklungspsychologie als auch, analog dazu, im prozessualen therapeutischen Geschehen wieder.

In der vorliegenden Arbeit kann der oben (unter Punkt 2) zusammengefasste psychodynamische Zusammenhang in den untersuchten Kasus im einzelnen mittels des ISAEKG insofern dargestellt (und damit die psychoanalytische entwicklungspsychologische Grundposition bestätigt) werden, als dass im ersten ("gelungenen") Kasus durch das "Spiel damit, ob Getrenntheit *schon möglich* ist" eben die Frage aufgeworfen wird, "ob die Verbindung ausreichend stabil ist". Im zweiten Kasus gelingt die Getrenntheit nicht – die Verbindung steht nicht als ausreichend sicherheitsgebend zur Verfügung. Und im dritten Kasus muss eben die voraussetzende Verbindung in sehr direkter, viel weniger subtiler Weise als im ersten Kasus, zunächst "hergestellt" werden, wofür der manifest Inhaltliche des verbalen Diskurses vorübergehend vernachlässigt wird.

4.4.4. Der ISAEKG als Instrument zur Erweiterung gängiger psychoanalytischer Praxis

Wenn oben (4.4.3.) von der Übereinstimmung des ISAEKG mit psychoanalytischen Grundpositionen gesprochen wird und damit das Problem ihrer definitiven Erfassung anklingt, dessen also, was die Psychoanalyse essenziell ausmacht, so mag sich für den psychoanalytischen Leser auch die Frage stellen, wie es sich in Bezug auf den ISAEKG mit dem "heiligen Dreigestirn" der Psychoanalyse – Regression, Übertragung und Abstinenz bzw. technische Neutralität – verhält.

Die drei benannten Parameter stellen, so sehr sie auch im Sinne von Essentials mit

62 *Pseudoautonomie* ist "durch den ISAEKG betrachtet" entsprechend zu verstehen als ein Erreichen von Getrenntheit ohne gleichzeitiges Bewahren von Verbindung. Das Bedürfnis nach Verbindung kann allerdings nicht wirklich aufgegeben werden, da es existenziell ist. Dem psychodynamisch praktizierenden Therapeuten gut bekannt ist die Dynamik des pseudoautonomen Hin- und Her-Schwankens, wenn bei Annäherung an den Getrennthets- (Freiheits-)Pol die Angst vor dem Verlust der Bezogenheit wächst und konsequenterweise die Freiheit, um des erneuten Zuwachses an Geborgenheit partiell wieder aufgegeben wird, bevor dann der Circulus erneut beginnt.

63 Die Aufeinanderzuentwicklung moderner Therapieverfahren hat diese klassische Unterscheidung mittlerweile partiell aufgeweicht. So sprechen Psychoanalytiker heute davon, dass "Verhaltenstherapeuten auch inzwischen *die Beziehung entdeckt*" haben (und weniger uneingeschränkt als früher auf ein reines "Funktionieren" des Patienten abzielen).

psychoanalytischer Haltung identifiziert werden, *nicht das psychoanalytische Grundanliegen* oder das grundsätzliche psychoanalytische Therapieziel *dar*. Dieses besteht unverändert seit dem Beginn der theoretischen Formulierung der Psychoanalyse darin, den Konflikt zwischen Vereinigung und Getrenntheit dialektisch zu lösen, was heißt *als Erwachsener über die Fähigkeit zu verfügen in einem Zustand der inneren Ruhe und Zufriedenheit allein sein zu können (Getrenntheit), als Voraussetzung dafür, sich seine Beziehungen in Freiheit, und also ohne Angewiesenheit aufgrund von Angst, gestalten zu können (Verbindung)*⁶⁴. Regression, Übertragung und Abstinenz bzw. technische Neutralität sind Mittel zu eben diesem Zweck - Methoden - und sollen klassischerweise vorübergehend wirksam sein und nicht über die Therapiedauer hinaus Bestandteil des Lebens des Patienten werden. In einer streitbaren Positionierung für den ISAEGK gehe ich deshalb davon aus, dass der ISAEGK insofern psychoanalytisch ist, als dass er die therapeutische Zielsetzung der Psychoanalyse teilt.

Im Unterschied zur gängigen psychoanalytischen Praxis setzt er allerdings direkter und beziehungsbezogener *an der existenziellen Fragestellung* an, 'welche grundsätzliche beziehungsbezogene Motivation die Interaktion mit dem Anderen bestimmt' und generiert daraus sein Veränderungspotenzial.

Konkret heißt das, dass der ISAEGK *Abstinenz*, bzw ihre, seit der Gegenübertragungskonzeption modernisierte, subjektivierte Variante, *technische Neutralität*, selbstverständlich impliziert. Dies geschieht dadurch, dass er jegliche Handlungs- und Wahrnehmungsmotivation auf im subjektiven Selbst begründete Bedürfnisse zurückführt, also empathiebasiert ist, was wiederum Getrenntheit impliziert. Zwei dem ISAEGK immanente Aspekte sind es also, die die durch das Abstinenzgebot intendierte Vermeidung von Parteilichkeit für einen zweier (beliebiger) antagonistischer Konfliktpositionen verhindern: 1) die Getrenntheit, welche Unabhängigkeit von kollusiver Verstrickung gewährleistet, und 2) seine Empathiebasiertheit, was bedeutet, dass Parteilichkeit deswegen ausgeschlossen ist, weil es keine Motivation für eine auf Bewertung beruhender Stellungnahme (oder Positionierung) gibt, da das einzige Anliegen des ISAEGK das hermeneutische Verstehen einer subjektiven Position und, also, psychogener Äußerungen ist.

Regression und *Übertragung* sind ebenfalls gut mit dem ISAEGK kompatibel. Sie sind in ihrer Relevanz für die beziehungsbezogene psychoanalytische Prozessbetrachtung unhinterfragt. Gleichwohl stehen auch sie nicht im Vordergrund einer solchen, eher an existenzieller Fragestellung ausgerichteten Analyse der mikroprozessual sich abbildenden Gegenwärtigkeit der Beziehung.

Damit hebt der ISAEGK deutlicher, als in der gegenwärtigen Praxis üblich, hervor, was die beteiligten Interaktionspartner augenblicklich motiviert, worauf sie unbewusst⁶⁵ abzielen. Nun geht es allerdings beim ISAEGK nicht nur um die hermeneutische Rückführung auf den *existenziellen Grundkonflikt* (EGK), sondern darüberhinaus auch um die Fokussierung auf die *intersubjektive Austragung* (ISA). In seiner Anwendung steckt neben der Anerkennung der Grundmotiviertheit also auch ein Bekenntnis dazu, dass der Mensch am und im menschlichen Miteinander heilen soll.

64 Erich Fromm führt in seinem Vortrag *Die Grundpositionen der Psychoanalyse* die Dialektik von Verbindung und Getrenntheit wie folgt aus: "Und in der Tat, würde ich sagen, dass die Psychoanalyse darauf abzielt, die wirklichen aber nicht bewussten Formen des Bezogen-seins des Menschen zur Welt aufzuhellen, aufzudecken...Ich glaube, man kann unterscheiden zwischen dem Bezogen-sein des noch nicht voll geborenen Menschen und dem Bezogen-sein des voll geborenen Menschen ...oder, wie ich auch sagen könnte, dem Bezogen-sein des voll wachen und dem Bezogen-sein des halb schlafenden Menschen..... Ich glaube, dass man sagen kann, dass der noch nicht voll geborene Mensch verharrt in der Bindung, oder, sagen wir: verharrt, Vereinigung zu suchen durch die Bindung an die Mutter..." (Fromm 1962)

65 Diese Unbewusstheit durch eine zunehmende Bewusstheit zu ersetzen, das eigene Selbst und das des Anderen also immer besser hermeneutisch zu verstehen, ist das zentrale Anliegen des ISAEGK. .

Letzteres entspricht selbstverständlicher psychoanalytischer Positionierung. Präziser als die gängige psychoanalytische Praxis *fordert der ISAEKG allerdings den Analytiker in seiner subjektiven Kompetenz* insofern, als dass im intersubjektiven Geschehen, zum Beispiel, immer wieder die Frage aufgeworfen wird, inwiefern der Therapeut selbst getrennthetsfähig ist. Auch er wird in der intersubjektiven Austragung vor diese Fragen gestellt, deren günstige Beantwortung dem interagierenden Patienten Heilung bringen soll. Das ist gemeint, wenn Erich Fromm schreibt, dass 'der Analytiker zum Patienten werden muss'. Eben dieser Aspekt der subjektiven Kompetenz des Analytikers wird durch den ISAEKG nicht erfunden, aber präzise mikroprozessual "beleuchtet". Er wird eben dadurch zur Analyse aufbereitet - durch den ISAEKG, wie durch ein Vergrößerungsglas, sichtbar gemacht.

Die Konsequenzen dieser *'größeren Auflösung' bei der Beziehungsbetrachtung durch den ISAEKG* sind nicht unerheblich. Ein grundsätzliches Beispiel sei hier zur Illustration benannt. Dort, wo früher der psychoanalytische Kollege den Patienten für 'zu schwer gestört und ergo unanalysierbar' oder gar 'unmotiviert für einen strukturverändernden Prozess' diagnostizierte, müsste er jetzt, bei Anwendung des ISAEKG, u.U. zu der Einschätzung kommen, dass er, der Therapeut, in einer gegebenen Beziehungssituation sich nicht wohl fühlt, präziser, dass er frustriert sei (Gefühl), *weil er in dieser Interaktion keine ausreichende Getrenntheit bzw. Verbindung, oder beides nicht* (seine Bedürfnisse also nicht) *erreichen kann*. Die Folge ist in der benannten Beziehungssituation für beide von grundsätzlicher Bedeutung. Der Therapeut muss seine Haltung verändern, indem er, bereitwilliger, als in der Praxis üblich, anerkennt, dass er *in dieser Beziehung an seine Grenzen stößt*. Was zunächst wie eine Beschämung (aufgrund der Infragestellung seiner 'psychoanalytischen Kompetenz') anmutet, kann ihn, ist "diese Ampel erst einmal auf grün geschaltet" sehr grundsätzlich entlasten – und schließlich in seinem therapeutischen Agieren freier machen. Der Patient wird bei einer solchen durch den ISAEKG ermöglichten Neupositionierung mit deutlich weniger Beschämung aus einer 'gescheiterten Beziehung' herausgehen, was wiederum seiner Entwicklung förderlicher ist als das Erleben, dass 'es an ihm gelegen habe', dass der interaktionelle intersubjektive Prozess nicht gelang. (Dies ist ein paradigmatisches Beispiel für die Konsequenzen der Anwendung des ISAEKG. Weitere auf die therapeutische Einstellung bezogene Implikationen des ISAEKG finden sich unter 4.6.)

Konkrete Ergebnisse der mittels des ISAEKG erweiterten psychoanalytischen Betrachtungsweise der untersuchten Kasuistiken

Im dritten Abschnitt der vorliegenden Arbeit wurde im Rahmen der kasuistischen Untersuchungen der intersubjektiven Interaktionsszenen die erweiterte empathiebasierte psychoanalytische Praxis im einzelnen dargestellt und analysiert.

Im ersten Fall wurde die Aufmerksamkeit des Therapeuten *schwerpunktmäßig* auf das Gelingen der therapeutischen Interaktion gerichtet. Das *Beziehungsgeschehen auf der Ebene des ISAEKG* gab den Ausschlag für das interaktionelle intersubjektive Verhalten des Therapeuten und der *manifeste diskursive Topos wurde zweitrangig*. Dass es letzterer ist, der in dieser Szene die existenzielle Grundkonfliktthematik zum Inhalt hat, ist zufällig – es hätte auch ein anderes manifest verhandeltes Thema dieselbe implizite Bedeutung bekommen können. Wichtig erscheint, dass dort, wo früher ein 'die Pat. soll verstehen, dass...' im Vordergrund gestanden hätte, der Therapeut jetzt, im Sinne des ISAEKG, verstärkt *auf seine unmittelbare Befindlichkeit* in der Beziehung achtet. Er bemerkt sein Bedürfnis, nach Erhalt der (bis dato etablierten) Verbindung und erlebt sehr bewusst sein Bemühen, vor diesem Hintergrund auch seine Getrenntheit (symbolisiert in der Nicht-Zuständigkeit für die Pharmakotherapie) bewahren zu wollen. Das psychodramatisch ausgestaltete interaktionelle 'Spiel' dreht sich eben um die Frage, ob Verbindung bleiben kann, wo Getrenntheit in die Beziehung

'eingeführt' bzw., betont, wird. Mit der ebengleichen Aufmerksamkeit auf die *interaktionelle Intersubjektivität vor dem Hintergrund der existenziellen Bedürfnispolarität* kann der Therapeut die aus dem Spiel resultierende dialektische Lösung goutieren – erkennbar daran, dass es dem Therapeuten nicht nur gut geht, sondern er sogar ausgesprochen beflügelt ist. Die Patientin ist es offensichtlich auch – sie folgt einer spontanen Neubewegung – im Raum zur folgenden Stunde, die als Element einer (progressiven) strukturellen Veränderung verstanden werden kann.

Im zweiten Fall gelingt die dialektische Lösung des ISAEKG nicht und resultierend kommt es prozessual zu keiner nennenswerten Progression. Insofern muss, im Sinne der hier eingenommenen Perspektive, geklärt werden, inwiefern die erweiterte psychoanalytische Praxis hier *nicht stattgefunden hat, bzw., nicht stattfinden konnte*. Offensichtlich bleibt der Therapeut in der analysierten Mikrosequenz in seinen Kränkungen und Frustrationen gefangen – der Prozess stockt und der ISAEKG kann nicht dialektisch gelöst werden. So sehr es in der ersten kasuistischen Untersuchung hilfreich für die interaktionelle Ausrichtung des Therapeuten gewesen war, vom konkreten Topos zu abstrahieren und sich auf die eigene bedürfnisorientierte Wahrnehmung *selbstempatisch* einzulassen, so sehr misslingt ihm genau dies in der zweiten Kasuistik. Er bleibt quasi am manifesten Topos 'kleben': anlässlich der Aggressivität des Patienten, rationalisiert er seine Angst (in der Tiefe nicht ausreichend Getrenntheits-standfest zu sein). Resultierend agiert er seine Sicherheitsstrategie ('zunächst noch mehr Verbindung zu brauchen, bevor er sich die erforderliche Konfrontation (Getrenntheit) traut'). All dies passiert, ohne dass sich der Therapeut dessen ausreichend bewusst wäre. 'Nicht ausreichend' bedeutet hier, *nicht ausreichend, um erfolgreich aus der Kollusion zu finden*. In Ermangelung einer ausreichenden Bewusstheit für die nach dem ISAEKG verstehbare intersubjektive Interaktion, bleibt er in der Kollusion gefangen - meint in 'konventioneller Manier': der Patient *müsse etwas verstehen...* und ärgert sich darüber, dass das aber nicht der Fall ist, anstatt, was erweiterte psychoanalytische Praxis wäre, *sich mit den Schwierigkeiten, die ihm das bereitet*, intersubjektiv in den Prozess einzubringen. Resultierend geht er aus dem mikroprozessualen Geschehen frustriert bis verzweifelt hervor – mit einer nachvollziehbaren Tendenz, den Patienten zu beschuldigen. Das beziehungs-'durchschauende' (psychodynamische) Verständnis für die Vermeidung der Angst vor unzureichender Getrenntheit(-sstandfestigkeit) gelingt erst im Nachhinein durch die Anwendung des ISAEKG im Rahmen der theoretischen Untersuchung (Forschung).

Auch im dritten Fall liegt das Scheitern der Beziehung in der Luft, jedenfalls zu Beginn der Vignette, als der Therapeut anlässlich des bisherigen Prozesses frustriert ist, weil ihm der Grad an Verbindung in der therapeutischen Beziehung nicht ausreichend gelingt, um wirksam sein zu können. Dabei hat er insbesondere den Aspekt der Getrenntheit (als Therapieziel) im Blick. Er ist sich also der Dialektik der existenziellen Bedürfnispole des ISAEKG bewusster als in der zweiten Kasuistik und damit auch bereiter, vom manifesten Diskursinhalt zu abstrahieren. Wie im Rahmen der kasuistischen Untersuchung aufgezeigt werden konnte, gelingt es ihm deshalb, unter Zuhilfenahme des ISAEKG kreativ zu sein. In einer der strukturellen Reife der Patientin angemessenen anderen Weise als im ersten Kasus, kann er den Konflikt (nicht ausreichend Verbindung zu ihr zu haben) benennen, wodurch die augenblickliche intersubjektive Interaktion der dialektischen Lösung des ISAEKG nahekommt. Im intersubjektiven Austausch über die jeweilige Wahrnehmung der interaktionellen Situation und, schließlich, in der *freiwilligen, als win-win-Situation erlebten* Vereinbarung, wird Getrenntheit und Vereinigung gleichzeitig möglich und interaktionell dargestellt. Resultierend wurde auch hier spontane Progression auf mehreren Ebenen beobachtet – nachdem der ISAEKG durch die Verhandlung um die Vereinbarung szenisch dialektisch gelöst ist, wird der Patientin unmittelbar danach eine eigene Positionierung in der Interaktion möglich. Gleichzeitig geht es dem Therapeuten besser, indem er sich entspannen kann - er lässt von seiner vorübergehenden (zur Vereinbarung führenden) Steuerung des Prozesses ab,

wird in seinem Erleben freier und zuversichtlicher.

Während bisher die Funktion des ISAEKG für das *Gelingen* therapeutischer Interaktionen fokussiert wurde, geht es weiter unten um Ergebnisse der Untersuchung, inwiefern der ISAEKG in Zeiten der Not Orientierung geben kann. Dort also, wo *dialektische Lösung nicht gelingt*, ggf nicht einmal die Vorstufe dazu, weil weder Getrenntheit noch Verbindung, bzw., beide gleichzeitig *nicht* erfüllt sind 'drohte' dem Therapeuten 'Gefahr'. Diese Situationen werden in 4.5. näher beleuchtet.

4.4.5. Die dialektische Lösung des ISAEKG -

- a) verlangt vom Therapeuten die Bereitschaft dazu, eine "zentrale Desillusionierung" interaktionell intersubjektiv zu transportieren**
- b) verlangt eine theoretische Konzeptionierung auf von einander diskrepanten Ebenen der Beziehung,**
- c) ist ein selbstevidentes Bedürfnis**
- d) impliziert durch den Akt seiner Anwendung bereits eine veränderte therapeutische Haltung**

Die durch die gesamte Untersuchung (im Rahmen einer Präzisierung der axialen Kodierung) nachweisbare Progression an Gegenstandsorientiertheit ist auch formulierbar als Annäherung an die Antwort auf die übergeordnete Frage *Was bewirkt Veränderung?* Obschon 'Empathie' das untersuchte Feld der Arbeit ist, so ist auch sie doch lediglich Mittel zum Zweck, Beziehung *im Sinne von Veränderungsspotenz* zu gestalten. Zur Erinnerung: Der Anspruch der Arbeit ist praktikable Antworten auf eben diese Frage – der des Gelingens therapeutischer Beziehung - im interaktionellen mikroprozessualen Geschehen zu finden. Hier hat die Konstellation der *dialektischen Lösung des ISAEKG* ihre Relevanz. Es folgen Implikationen dieser Konstellation.

a) zentrale Desillusionierung

Wie bereits in der ersten Kasuistik gezeigt und damit für die Theoriegenerierung entwickelt werden konnte, ist der Moment, in dem Veränderung tatsächlich stattfindet – der Kairos, beziehungsweise, der Sternsche Now Moment – wesentlich dadurch zu begünstigen, dass es gelingt, interaktionell Momente herzustellen, in denen *die Gleichzeitigkeit* der Erfüllung der dem ISAEKG immanenten polaren Bedürfnisse nach Getrenntheit und Vereinigung gegeben ist.

Im ersten Kasus ist diese Dialektik manifest mit der Patientin diskutierbar. Die 'Ausbuchstabierung' (seitens des Therapeuten) der "Unausweichlichkeit, als Erwachsener allein sein zu können und zu müssen", wird von der Patientin intellektuell und emotional verstanden und (zur nächsten Stunde) unmittelbar progressiv umgesetzt. Die beschriebene psychodramatische szenische Demonstration seitens der Patientin verdeutlicht und beflügelt (in der im dritten Abschnitt dargestellten Weise) die intersubjektive Kommunikation, welche den Prozess dieses Verstehen ihrerseits szenisch abbildet. *Im erfolgreichen Werben* für diese Erkenntnis, welche im Sinne der existenziellen Fragestellung den Therapeuten genauso betrifft wie die Patientin, *hebt sich* in der intersubjektiven Interaktion auch *die Einsamkeit des Therapeuten auf*. Es ist, als sagte der Therapeut:

'Da geht es mir so wie Ihnen – in dieser Realität der existenziellen Einsamkeit sind wir gleich und damit als Menschen verbunden – Unsere Gemeinsamkeit besteht in diesem ins-Leben-geworfen-sein – in der Schwierigkeit, das manchmal zu ertragen, sind wir in der (Formulierung von Erich Fromm) beide Patienten'.

Diese Einstellung bedeutet zunächst einmal eine *zentrale Desillusionierung* – dass nämlich der Therapeut über diese Probleme des Patienten "erhaben" sei. Resultierend aus dieser zur dialektischen Lösung des ISAEKG gehörenden (therapeutischen) Einstellung entsteht auf einer grundsätzlichen Ebene eine *gleiche Augenhöhe*. Diese grundsätzliche gleiche Augenhöhe *auf der existenziellen Ebene* bildet eine gute Voraussetzung, den Patienten zu gewinnen, ihn zu überzeugen, dass er in der Beziehungssituation zum Analytiker *keine Beschämung* zu erwarten hat, indem er eben nicht grundsätzlich, in seinen Bedürfnissen dysfunktional oder "falsch" ist. Das, was er (wenn auch mit unglücklichen Mitteln bzw. Strategien) zu lösen versucht, kennt der Therapeut auch, weil er dasselbe Problem *im Moment der Behandlungssituation* auch hat.

Diese Desillusionierung (dass der Therapeut in dieser Hinsicht *nicht* "problemfrei" ist) hat für beide Interaktionspartner eine unterschiedliche Bedeutung: Den Patienten ermutigt sie aufgrund der stattfindenden Entschämung, und lässt ihn ergo Vertrauen fassen; den Therapeuten bringt sie unter Umständen "in Schwierigkeiten", und zwar genau solange, wie er sich auf eine prinzipielle (illusorische) Überlegenheit angewiesen fühlt. Diese beziehungsbezogene intersubjektive Dialektik verdeutlicht der ISAEKG. Sie ist m.E. eben auch der Kern der Intersubjektivität, durch die der Therapeut, im Sinne des Frommschen Diktums, "wieder zum Patienten" werden *darf*. Um eine erfolgreiche (dialektisch lösende) Anwendung des ISAEKG zu erreichen, bedarf es also einer bestimmten Einstellung, die hier als "gleiche Augenhöhe von Therapeut und Patient in bezug auf die existenzielle Situation" bezeichnet wurde. Weitere, für die Anwendung des ISAEKG notwendige Einstellungsaspekte, sozusagen die bewusstseinsnotwendige Begleitmusik, werden unter 4.6. ausgeführt.

b) Die theoretische Konzeptionierung der dialektischen Lösung des ISAEKG auf *von einander diskrepanten Ebenen der Beziehung*

Zunächst soll allerdings noch einmal zur Mikrobetrachtung der dialektischen Lösung des ISAEKG zurückgekehrt werden. Um dem scheinbaren Antagonismus von Getrenntheit und Verbindung im konventionellen (in der Regel neurotischen) Denken zu entkommen, gilt es eine theoretische Antwort auf die Frage zu finden, wie dieser Konflikt gelöst werden kann.

Betrachtet man die szenische Entstehung des ISAEKG im ersten Kasus, so transportiert der Therapeut als konkrete Version der zentralen desillusionierenden Botschaft im Grunde etwa Folgendes:

‘Ich muss Sie desillusionieren, und zwar, indem ich sage: ich bin der Auffassung, dass ich Ihr konkretes Problem nicht lösen kann, und die Tatsache, dass es so ist, nutze ich, um Ihnen deutlich zu machen, dass es immer wieder zu analogen Situationen kommen wird, weil es zur menschlichen Existenz gehört, dass Sie mit Ihren Problemen alleine stehen werden. Was ich kann, ist für eben diese desillusionierende Tatsache unerschütterlich einzustehen, und Ihnen also zu zeigen, dass es sich (im Unterschied zur neurotischen Illusion) damit leben lässt‘.

Um diese Aussage zu transportieren muss er im manifesten Therapiediskurs die Ebene der "Lösung" der konkreten somatischen Problematik (symbolisiert durch die "Psychopharmaka-Debatte") verlassen. Er sagt im Grunde:

‘Ich kann Ihnen diese Schmerzproblematik, (so, wie die schmerztherapeutisch engagierte Kollegin auch) *nicht* nehmen. Hier sind Sie also allein – wir beide mithin getrennt. Die Verbindung (Vereinigungspol) biete ich Ihnen auf einer anderen Ebene – indem ich mit Ihnen mitfühle. Denn mir geht es mit dem grundsätzlichen Alleinsein genauso wie Ihnen, d.h., ich kenne die Angst, der Sie dabei begegnen, und *darin* können wir uns verbinden.‘

Die Szene ist also nicht mehr und nicht weniger als eine (im Grunde thematisch variable) intersubjektiv ausgetragene Symbolisierung eines way-out aus dem grundsätzlichen existenziellen Konflikt, mithin seiner (nicht neurotischen und ergo) dialektischen Lösung. Mittels des theoretischen Tools des ISAEGK und dem Konzept seiner dialektischen Lösung lässt sich nachvollziehbar darstellen, was der Therapeut dem Patienten in direkten Worten so formulieren könnte:

‘wenn deutlich wird, dass ich dieses Problem des ins-Leben-geworfen und damit getrennt zu sein, kenne, erleben wir *eben darin* wieder Gemeinsamkeit (und also Verbindung ohne Infragestellung der Getrenntheit). Diese Verbundenheit (in der Gemeinsamkeit der Getrenntheit und inform des existenziellen Alleinseins) findet allerdings *nicht auf der Ebene der konkreten Lösungen* statt’.

Es wird also offensichtlich, dass *die Gleichzeitigkeit von Vereinigung und Getrenntheit nur dadurch erreicht werden kann, dass beide (existenziellen Grund-)Bedürfnis-Pole auf unterschiedlichen Ebenen erfüllt werden*. Die *Vereinigung* in der Gemeinsamkeit der Getrenntheit, findet *auf einer höheren Abstraktionsebene, die der Getrenntheit im Konkreteren* statt.

Im Sinne der höher kodierten Anwendungsimplicationen, also ‘praxeologisch’ bemerkenswert, erscheint an dieser Stelle, dass die Möglichkeit, den ISAEGK in diesem ersten Kasus quasi manifest zu verhandeln, auch als diagnostischer Hinweis auf die höhere strukturelle Reife der Patientin gewertet werden kann.

Zum Vergleich: Im dritten Kasus, wo diese dialektische Lösung, also die durch Bestehenbleiben der Getrenntheit *illusionsfreie* Verbindung, nach einigem Ringen, ebenfalls gelingt, verhält sich die Situation der intersubjektiven Austragung *konkret* ganz anders und doch, *grundsätzlich* wieder *gleich*.

Mit der strukturell stärker beeinträchtigten, soll heißen, ihren Ängsten unmittelbarer ausgesetzten und weniger symbolisierungsfähigen Patientin, hätte die manifeste abstrakte Verhandlung nicht gewinnbringend gelingen können. Die intellektuell reflektierende Vorgehensweise hatte sich zum Zeitpunkt der kasuistischen Vignette bereits als nicht profitabel erwiesen und ergo erschöpft.

Resultierend wird das Bedürfnis der Verbindung daraufhin vom Therapeuten direkt angesprochen und das wiederum wird von der Patientin akzeptiert. Sie reagiert unmittelbar. Subjektiv erlebt der Therapeut daraufhin Resonanz, was einem Beziehung-Aufnehmen am Verbindungspol entspricht. Daraufhin kommt es bei der Patientin zu progressiven strukturwertigen Veränderungen. Die *allein durch das interaktionelle Fokussieren des Verbindungsbedürfnisses ausgelöste* intersubjektiv erfahrbare Beruhigung der Patientin in ihrem affektiven Sein und die neu sich einstellende Konstanz in ihrem reflexiven Sein sind beobachtbare spontane Veränderungen. Diese wiederum ermöglichen die Gestimmtheits-Atmosphäre für die Verhandlung um die zentrale Vereinbarung ("von nun an beidseitig auf das unmittelbar erfahrbare Erlebnis von Verbindung zu achten"). Es ist, als hätte etwas im Unbewussten der Patientin ‘darauf gewartet’.

Hier findet also explizit zunächst "nur" die Betonung des Verbindungspols statt. Im Erleben des Therapeuten war die Verbindung in der Übertragungsbeziehung bis dato unzureichend gewesen und *gleichzeitig begreift er jene als Voraussetzung für die Förderung der Getrennthetätsfähigkeit der Patientin*. Er hatte beides – Verbindung wie auch Getrenntheit - als für ihn mitunter "nervenzehrend" defizitär erlebt (die ‘loose-loose-Situation’). Nota bene: Die intersubjektiv interaktionelle Tatsache, dass es zu dieser loose-loose-Situation gekommen war, wo also weder Vereinigung noch Getrenntheit erfüllt waren, kann im Sinne weiterer Anwendungsimplicationen des ISAEGK, *psychodiagnostisch* als Hinweis auf die Tiefe der strukturellen Störung der Patientin gewertet werden.

Ein Ergebnis der mikroprozessualen Untersuchung ist die spontane *deutlich getrennte(re)*

Neupositionierung der Patienten als unmittelbare Folge der Verhandlung der besagten zentralen Vereinbarung – passend zur psychoanalytischen Selbstverständlichkeit der für diese Patientin im Vordergrund stehenden unbewussten Objektverlustangst. Die *mikroprozessuale Veränderungs-Sequenz* besteht hier in der Aufeinanderfolge von folgenden Schritten: Interaktionelles Fokussieren des Verbindungspols seitens des Therapeuten – Herstellung von expliziter Einigkeit diesbezüglich (Vereinbarung) - resultierender Gewinn an Sicherheit seitens der Patientin – spontan sich einstellende kognitive Ordnung und Getrennthetsfähigkeit bei der Patientin. Auch hier ist der praktische Nutzen des ISAEKG der, dass psychoanalytische Grundpositionen trennschärfer wahrgenommen werden. Es ist in dieser momentanen Situation die Aufgabe des *im Sinne des ISAEKG intersubjektiv beobachtenden Therapeuten*, den oppositionellen (existenziellen Grund-) Bedürfnis-Pol der Getrenntheit "im Blick" bzw. "mit im Spiel" zu halten, ohne jenen explizit zu benennen. Das resultierende affektnahe Erleben des Therapeuten als Reaktion auf die *erlebte Dialektik* des ISAEKG, dass also Verbindung und Getrenntheit *gleichzeitig gelingen*, ist schließlich ähnlich wie im ersten Kasus. *Auch er* reagiert unmittelbar auf die Erfüllung *seines Verbindungsbedürfnisses*, indem er sich sofort anschließend *getrennter* positioniert – indem er vom aktiv Gestalten des Prozesses, vom "Vorangehen" ablässt, sich zurücklehnt, wieder weiter und offener wird und der Patientin mehr Raum gibt. Bei aller konkreten Unterschiedlichkeit der beiden Kasus (I und III) wird insofern *grundsätzlich dasselbe intersubjektiv verhandelt*. Um eben diese innere Dialektik präzise wahrnehmen und beschreiben, letztlich, auf sie achten zu können, eignet sich der ISAEKG wie eine Art Vergrößerungsglas.

Die oben herausgearbeitete *Unterschiedlichkeit der Ebenen, auf denen Getrennthets- und Verbindungsbedürfnis erfüllt werden*, ist in diesem dritten Kasus deutlich offensichtlicher. Getrenntheit kommt als diskursiver Topos gar nicht zur Sprache, während Verbindung sehr direkt im Sinne der Vereinbarung "auf die Fahne" der intersubjektiven Verhandlung geschrieben wird. Gleichwohl ist Getrenntheit für den Therapeuten "mit im Spiel", was besonders deutlich wird an dem entscheidenden MBM, als er die Progression der Patientin - als sie sich, ihn angreifend, getrennt positioniert - zunächst übersieht. Er braucht einen Mikromoment, bevor er realisiert, *dass sich in eben jenem "Angriff" ihre von ihm so ersehnte Getrennthetsfähigkeit manifestiert* - bis er sich freuen kann dass sie sich soeben getraut hat, in separierter Weise ihr autonomes Selbst zu leben. Daraufhin kommt es zur im vorangehenden Absatz dargestellten Weitung und Effektivitätssteigerung des intersubjektiven kommunikativen Raums.

Deutlicher als im ersten Kasus, und wiederum passend zu dem entwicklungspsychologisch 'jüngerem Alter' der Patientin, tritt als "neues" Ergebnis der ISAEKG⁶⁶-geleiteten Untersuchung des dritten Kasus hinsichtlich der inneren Dialektik des ISAEKG⁶⁷ hervor, inwiefern *Getrenntheit* im therapeutischen Prozess "in der Sicherheit der Übertragungsbeziehung" - *auf dem Boden von (ausreichend sicherer) Verbindung - erst ermöglicht wird*. Verbindung kommt vor Getrenntheit. In der Formulierung der Theorie der Empathie: Empathie kommt vor Korrektur – bevor ich eine Botschaft von mir zu dir transportieren kann, muss die Verbindung 'stehen'.

An beiden (letztlich gelingenden) Kasus konnte gezeigt werden, dass in der Gewährwerdung und Vermittlung seitens des Therapeuten a) der Tatsache der existenziellen Getrenntheit an sich und b) der mal ex- mal implizit vermittelten Botschaft, dass der Therapeut in dieser Hinsicht gleichermaßen "Patient ist", *die veränderungswirksame Verbindung* erreicht wird. Diese veränderungswirksame Beziehungsqualität braucht eine terminologische Formulierung, welche in dieser Arbeit als "Kairos" oder "Now-Moment-Qualität" (in Anlehnung an D.Stern⁶⁸) bezeichnet wird. Noch präziser

66 Hier ist der ISAEKG als theoretisches Forschungstool angesprochen

67 Hier ist der ISAEKG als zu untersuchendes Objekt der Forschung gemeint

68 Siehe Einleitung

als zuvor und als subjektive Aussage gefasst wäre das, als formulierte der Therapeut seine zentrale desillusionierende Botschaft so:

Da geht es mir so wie Ihnen – im existenziellen Alleinsein. Wir etablieren hier zwar eine von Verbindung getragene Beziehungssituation, in welcher ich vorbehaltlos für Sie da bin, aber auch das ist nur vorübergehend und insofern grundsätzlich eine Illusion. Im Sinne der existenziellen Gegebenheit werden Sie immer wieder mit Fragen letztlich allein bleiben. Sie darauf vorzubereiten sehe ich als meine zentrale Aufgabe an.

In dieser zentralen Desillusionierung findet sich, quasi paradigmatisch im ISAEGK, die Nutzbarmachung desselben durch das *grundsätzliche gleichzeitige Ansteuern der zwei unterschiedlichen Ebenen: konkrete Therapiesituation vs grundsätzliche existenzielle Situation*. Berücksichtigt man das Vorübergehende, zeitlich Limitierte des therapeutischen Auftrags, so lässt sich jener in nuce also jetzt prinzipiell so formulieren: *Es soll in der begrenzten Zeitspanne der Therapie die Botschaft vermittelt werden, dass der Patient ohne den Therapeuten auskommen muss und kann*. Zur zielorientierten Konzeptionierung und prozessualen praktischen Umsetzung eignet sich das Verständnis des ISAEGK mit seinen zentralen Aspekten der dialektischen Lösung des existenziellen Grundkonflikts, welche eine Perspektive der Gleichzeitigkeit mehrerer Betrachtungsebenen erfordert.

Die hier angesprochene zentrale Desillusionierung setzt praxeologisch eine bestimmte Bereitschaft des Therapeuten, sich einzulassen und Risiken einzugehen, voraus – mithin eine bestimmte therapeutische Haltung. Aspekte der dazu erforderlichen subjektiven Haltung werden unter 4.6. beleuchtet.

c) **Selbstevidenz des ISAEGK**

Neben der vorangehend ausgeführten auf die therapeutische Praxis ausgerichteten Präzisierung bekannter psychoanalytischer Grundpositionen hat die vorliegende Arbeit bei der Entwicklung und weiterführenden Untersuchung des ISAEGK ein überraschendes Ergebnis gebracht: Offensichtlich *entspricht die dialektische Lösung des ISAEGK einem a priori (bereits vor der therapeutischen Beziehung) vorhandenen Grundbedürfnis*, welches ebenfalls als existenziell bezeichnet werden darf.

Dieses existenzielle Grundbedürfnis entspricht der *gleichzeitigen* Erfüllung der beiden (polaren) Grundbedürfnisse *Vereinigung* und *Getrenntheit*. Dies kann einerseits als *theoretische* Herleitung und auf diese Weise, im Sinne der Grounded Theory, gegenüber den ersteren als *höhergradige axiale Kodierung* aufgefasst werden. Andererseits entspricht das (erforschte) prozessbezogene Ergebnis der dialektischen Lösung des ISAEGK einer weiteren Präzisierung der *Anwendung* desselben unter der prinzipiellen Fragestellung, wann Beziehung gelingt. Letzteres war das Resultat der Untersuchung der Dynamik des Mikroprozesses, also seine *praktische* Herleitung. Jene wiederum orientierte sich, im Sinne des (empathiebasierten) Forschungsdesigns, an der Frage, wann sich der Therapeut in der konkreten Interaktion wohlfühlt. Das wiederum wurde gleichgesetzt mit dem *momentanen* Gelingen der Beziehung. Letzteres wurde abgeleitet aus den Beobachtungen spontaner Veränderungen auf der Selbstebene von Patient wie Therapeut, (im Sinne eines Zugewinns an Getrennthetätsfähigkeit *ohne* Reduktion der Verbindung) womit eine Antwort auf die Frage gefunden wurde, *warum* sich der Therapeut wohlfühlt. In der *Abstraktion* der an diesem Punkt aus der prozessualen Beobachtung gewonnenen Gleichzeitigkeit der Erfüllung beider polarer Grundbedürfnisse des existenziellen Grundkonflikts (EGK) fand sich die Formulierung: *dialektische Lösung des EGK*.

Die dialektische Lösung des EGK wurde also von zwei Seiten kommend gefunden: zum Einen aus dem Ansinnen einer höhergradigen axialen Kodierung im Sinne des theoretischen

Forschungsanliegens und, zum Anderen, aus dem Prozess heraus entwickelt und von daher aus der Abstraktion der Beobachtung des konkret stattfindenden interaktionellen Kommunikationsverhaltens.

Die beobachtbare spontane Veränderung, das sich unmittelbar im Erleben des Therapeuten wie in der Veränderung des Kommunikationsverhaltens der Patienten abbildende Leichter- und Weiter-Werden der intersubjektiven Interaktion in den Fällen 3.1. und 3.3. zeigt, dass beide Patienten diese Beziehungsmöglichkeit *mit einer evidenten Bereitwilligkeit annehmen*. Diese Bereitwilligkeit legt, bei aller Unterschiedlichkeit des konkreten Beziehungsverhaltens in beiden Kasuistiken, den Schluss nahe, dass alle in der Interaktion intersubjektiv Beteiligten *in einer tiefen vorbewussten Weise eine Überzeugung in sich tragen, dass Beziehung auf diese Weise befriedigend ist* – in Übereinstimmung mit unseren tiefen – existenziellen – Bedürfnissen. Es ist, als hätten die Patienten, obwohl sie dieses Angebot des Therapeuten nicht im Vornherein kannten, doch 'darauf gewartet', indem sie es spontan 'als richtig erkannten'. Dieses offensichtlich der Psyche immanente Wissen (nicht des 'Wie es geht' aber des 'Dass es so ist') nenne ich *selbstevident*.

Die die Hypothese der Selbstevidenz unterstützende Responsivität der Patienten - auf das *im therapeutischen Dialog vom Therapeuten glaubhaft intersubjektiv ausgetragene Beziehungsangebot* - findet offensichtlich unabhängig vom unterschiedlichen Strukturniveau der Beteiligten vor- bzw. unbewusst statt.

Anmerkung im Sinne einer erweiterten Anwendung des ISAEKG: Hinweise auf die Unterschiedlichkeit im Strukturniveau finden sich insofern, als dass, während die von uns als 'ich-stärker' diagnostizierte Persönlichkeit symbolisierungsfähiger ist, die 'strukturell beeinträchtigt' Persönlichkeit. Damit reagiert letztere seismographischer auf minutiöse Abstriche bei der Erfüllung eines der beiden polaren Grundbedürfnisse. Dies wiederum erklärt, warum die Arbeit mit 'strukturell gestörten' Patienten den Therapeuten zusätzlich – nämlich in der Präzision seines Beziehungsangebotes an den Polen des ISAEKG – (heraus-)fordert und ergo die Arbeit mit jenen Patienten manchmal als so belastend erlebt wird. Sie bedeutete allerdings nicht mehr und nicht weniger, als dass unsere (der Therapeuten) 'Rest-Unklarheit' hier offensichtlicher wird, während die strukturell reiferen ('neurotischen') Patienten diese 'Rest-Unklarheit' besser tolerieren bzw. kompensieren.

Aber zurück zur Responsivität der Patienten auf die vom Therapeuten in der intersubjektiven Interaktion *agierten* (i.S. von 'ausgetragenen') dialektischen Lösung des EGK. Diese positive Responsivität im ersten und dritten Kasus, welche auf die *erlebbare Selbstevidenz* hinweist, bedeutet, dass die *grundsätzliche Bedürftigkeit* aller beteiligten Personen *nach einer dialektischen Lösung des ISAEKG* gleich ist. Unterschiede zwischen Therapeut und Patient bestehen darin, dass ersterer sich aufgrund seiner Erfahrung (Qualifikation) dieser Zusammenhänge bewusster ist. Es könnte also als seine *grundsätzliche Berufsmotivation* begriffen werden, dass er mit diesem Wissen nach einer dialektischen Lösung des ISAEKG nicht allein bleiben, also *seine existenzielle Einsamkeit* aufheben, möchte - Verbindung erleben möchte in der Anerkennung der existenziellen Getrenntheit.

d) Implikationen für eine veränderte therapeutische Haltung

Die Bedeutung der Tatsache der Selbstevidenz der dialektischen Lösung des ISAEKG im Sinne eines vorbewussten und von der Persönlichkeitstruktur unabhängigen 'Wissens' für eine erweiterte (empathiebasierte) therapeutische Praxis ist u.U. gravierend. Folgt man diesem Gedanken, ergeben sich Präzisierungen für die Perspektive und das Selbstverständnis des Therapeuten in der intersubjektiven Interaktion (der psychoanalytischen Situation), die durch einige Sätze markiert

werden sollen:

- * Der Patient ist nicht mehr als fundamental unwissend anzusehen bezüglich dessen, worum es in der Therapie geht
- * Er will dasselbe, das sich der Therapeut theoretisch psychoanalytisch auf die Fahnen geschrieben hat und wird von daher prüfen, *ob ihn der Therapeut überzeugt*
- * Resultierend daraus besteht auf einer tieferen Ebene eine Gleichwertigkeit beider Beteiligter (gleiche Augenhöhe), was bedeutet, dass beide sich engagieren und dabei eine Niederlage erleben können
- * Das bedeutet für den Therapeuten: Er kann im Scheitern 'am Patienten' seine eigene Begrenztheit in der Kompetenz, den ISAEKG dialektisch zu lösen, erfahren
- * Eine auf dieser Einstellung fußende Demut stärkt die therapeutische Allianz und trägt deshalb zum Gelingen von Therapie insofern bei, als dass der Therapeut für den Patienten glaubhafter wird, was es ihm, dem Patienten leichter macht, sich zu öffnen.
- * Die Kehrseite dieses 'demütigen' an der dialektischen Lösung des ISAEKG orientierten Beziehungsangebots der gleichen Augenhöhe ist eine dominanzbasierte und von daher tendenziell *un-*empathischere Positionierung des Therapeuten. Letztere wird der Patient vor- oder unbewusst erspüren – er ist in dieser Hinsicht nicht wirklich 'hinters Licht zu führen'.

4.5. Der ISAEKG dialektisch ungelöst – Anwendung des ISAEKG Teil 2: Der Therapeut in Not, oder: "Wenn Beziehung nicht gelingt"

4.5.1. Wert des ISAEKG, wenn Beziehung 'nicht gelingt' - das Implizite im ISAEKG

Wenn die dialektische Lösung des ISAEKG gelingt, ist die *anwendungsbezogene Brauchbarkeit* des ISAEKG auf mehreren Ebenen evident. Vielleicht noch deutlicher aber wird jene Brauchbarkeit in Situationen der intersubjektiven Interaktion, wo dies nicht der Fall ist, der ISAEKG nicht dialektisch gelöst wird – die Beziehung (mikroprozessual) *nicht gelingt*. Hier kann die theoretische Konzeption des ISAEKG, ihn zur Verfügung zu haben, helfen, um zu verstehen, warum ein konkreter Mikromoment 'nicht gelingt' - was in der Beziehung 'falsch läuft', wenn der Therapeut frustriert oder andersartig unzufrieden und damit in (einer gewissen) Not ist und deswegen seine Position in der intersubjektiven Interaktion korrigieren muss. Während das mit Evidenzerleben⁶⁹ einhergehende Gelingen der dialektischen Lösung (ähnlich wie bei Sterns Now Moment) wie ein 'glückliches', zufälliges Ereignis 'daherkommen mag', ist nun (in der Situation des drohenden Scheiterns der Beziehung) zunächst, soll heißen: im Sinne einer 'ersten Antwort', die Fähigkeit des Therapeuten gefragt, *die innere Dialektik des ISAEKG im Mikro-Beziehungsgeschehen des betreffenden Momentes* zu verstehen. Das Wissen um diese innere Dialektik des ISAEKG ist in dieser Situation hilfreich, um mittels des daraus resultierenden Repertoires eine dialektische Lösung des ISAEKG herbeiführen - also, darum bewusst ringen, zu können.

Bei der Anwendung des '*Wissens um diese innere Dialektik des ISAEKG*' geht es, zum Beispiel, darum, zu entscheiden, welcher der beiden existenziellen Pole momentan angesteuert werden sollte. In den Falluntersuchungen konnte gut dokumentiert nachgewiesen werden, dass *mikroprozessual zunächst ausreichend Verbindung* hergestellt sein muss, bevor die *dadurch erst möglich werdenden* Getrenntheit symbolisierenden Kommunikationselemente in den Diskurs eingebracht werden können. Dies mag nun doch 'operationalisiert', gar 'technisch' klingen. Aber gerade das wäre ein fataler Irrtum! Tatsächlich ist der Umgang mit dem ISAEKG dann *wirkungsvoll*, wenn es dem Therapeuten gelingt, sich (trainingsbedingt immer mehr) auf sein *implizites Wissen* zu verlassen. Vor dem Hintergrund des theoretischen Wissens um die innere Dialektik des ISAEKG gilt es, den rechten Moment zu erspüren, wo es noch mehr Verbindung braucht und wann schon Getrenntheit möglich ist. Und eben deshalb ist die Voraussetzung für diese Anwendungsmöglichkeit im Moment des drohenden Scheiterns ein ausreichendes Maß an selbstreflexiver Affekt- und Motivationsdifferenzierung seitens des Therapeuten in Bezug auf das eigene Selbst. Letzteres wird im Rahmen dieser Arbeit als *Selbstempathiefähigkeit des Therapeuten* bezeichnet. Auf der Basis der bisherigen Differenzierung und Präzisierung des ISAEKG soll hier nun zusammengefasst werden, inwiefern der empathiebasierte ISAEKG für den Therapeuten *praxeologisch* geeignet ist, aus Situationen der Not herauszufinden.

4.5.2. Die innere Dialektik des ISAEKG in den Mikromomenten des Scheiterns der Beziehungsgestaltung seitens des Therapeuten in den Kasuistiken

Nichterfüllung *eines* der beiden dem ISAEKG immanenten Grundbedürfnisse *Vereinigung* bzw. *Getrenntheit* bedeutet logisch gleichzeitig die Nichterfüllung des höherrangigen Bedürfnisses der *gleichzeitigen* (dialektischen) Lösung beider existenzieller Pole des ISAEKG. Das ins-Stocken-Geraten des kommunikativen Mikro-Prozesses bei Nichterfüllung eines der beiden Grundbedürfnisse, wie es im zweiten und dritten Kasus beobachtet wurde, unterstützt die

69 Begriff *Evidenzerleben* siehe Fußnote 8 (1.2.2.2.)

Hypothese, dass ein der *conditio humana* immanentes höherrangiges psychisches Bedürfnis nach einer dialektischen Lösung des ISAEKG existiert. Dabei unterscheiden sich die beiden Kasuistiken insofern, als dass es im dritten ("ambivalenten") Kasus, ausgehend von einer initialen *Nicht-Erfüllung* beider existenziellen Grundbedürfnisse (loose-loose-Situation), schließlich gelingt, eine dialektische Lösung zu erreichen, während der in der zweiten ("nicht-gelungenen") Kasuistik beschriebene Mikroprozess unbefriedigend bleibt, es also nicht zu einer dialektischen Lösung des ISAEKG kommt.

Die oben beschriebene Selbstevidenz der dialektischen Lösung des ISAEKG ließe sich alltagssprachlicher so formulieren: Das Bestreben, beide existenziellen Grundmotivationen "unter einen Hut zu bringen" ist in der Regel unbewusst, und zwar insofern, als dass es den Menschen auch ohne darauf bezogene theoretische Konzeption, bestimmt oder motiviert – aufgrund impliziten Wissens. Auch ohne darauf bezogene Reflexion und Bewusstheit "spürt" er es insofern, als dass ihm dessen Ausbleiben als ein "sich weniger wohl Fühlen mit dem Anderen" erlebbar wird. In der Regel ist das Ausbleiben der dialektischen Lösung des ISAEKG durch die Unerfülltheit eines der beiden existenziellen Grundbedürfnisse bestimmt. Seltener kommt es zur gleichzeitigen Nichterfülltheit beider Pole, was mit besonders ausgeprägter 'Beziehungsunzufriedenheit' einhergeht. Diese theoretische Konzeption der Verortung des eigenen gegenwartsbezogenen Selbsterlebens auf dem Spektrum der Polarität der existenziellen Bedürfnisse Vereinigung und Getrenntheit wird, als Quintessenz dieser Untersuchung für die praktische therapeutische Arbeit, für wertvoll erachtet. Der Therapeut kann sich, insbesondere in "schwierigen" festgefahrenen Situationen, in welchen er sich in Not erlebt, fragen, wo, in welcher Position er sich innerhalb der Dialektik des ISAEKG im gegenwärtigen Moment befindet.

4.5.3. Das Ausbleiben der dialektischen Lösung des ISAEKG entspricht intersubjektiv interaktionell der Kollusion (Willi, 1999), welche sich ihrerseits intrapsychisch im Therapeutenselbst abbildet

In den Mikromomenten der Gefahr, also des drohenden Scheiterns der dialektischen Lösung des ISAEKG, gelingt es dem Therapeuten nur unzureichend, die Beziehung so zu gestalten, dass eine win-win-Situation entsteht. Der Patient spürt wahrscheinlich in diesem Moment das Bemühen des Therapeuten, aber ihm fehlt die Überzeugung, dass er durch die vom Therapeuten mit dem Ziel der Progression angebotene therapeutische Intervention vorwärtskommt, also gewinnt. Er wird sich sträuben, Widerstand leisten, aus einem vor- oder unbewussten Erleben heraus, dass er sich etwas ihm nicht Überzeugendem fügen muss, mithin seine Autonomie verliert. Es ist für ihn, als ob nur der Therapeut "gewänne", wenn er, der Patient, ihm folgt. Resultierend wird er auch dem Therapeuten 'keine Freude bereiten', wodurch jener seinerseits ebenfalls mindestens einen der beiden existenziellen Pole (in der Regel wohl den der Verbindung) als unerfüllt erlebt, und für ihn also ebenfalls die Befriedigung einer dialektischen Lösung des ISAEKG ausbleibt. Er ist, beispielsweise entnervt, anlässlich dessen, dass der Patient ihm bei seinen 'realitätskonfrontierenden Klärungsversuchen' (in der Position des Gegenüber – ergo *getrennt*) die Gefolgschaft (*Verbindungspol*) verweigert. Symmetrische Situationen dieser Art, wenn also der eine gewinnt und andere nach- oder aufgeben muss, sind typisch für Kollusionen, welche, unaufgelöst, zu bilateralen Kränkungs eskalationen führen. Die Kollusion dieser Art ist also das erlebbare Äquivalent der fehlenden dialektischen Lösung des ISAEKG, *kollusiv* also ein Antonym zu *dialektisch gelöst* in Bezug auf den ISAEKG.

Faszinierend ist nun, und das macht den ISAEKG so brauchbar, dass das kollusive Geschehen in der Dialektik *der Interaktion gleichzeitig* einem quasi kollusiven Geschehen innerhalb der dem ISAEKG immanenten Dialektik auf der *intrapsychischen Ebene des Therapeutenselbsts* entspricht. Anders gewendet: der Therapeut wird dann eine win-win-Situation

beider *seiner* existenziellen Grundbedürfnisse (intrapsychisch) erleben, wenn die Beziehung zum Patienten ebenfalls einer win-win-Situation entspricht. *Das interaktionell ausgetragene intersubjektive Geschehen findet seine intrapsychische Entsprechung auf der Ebene des Therapeutenselbst.*

4.5.4. Wege aus der Gefahr – was kann der Therapeut tun, wenn er im Sinne des ISAEGK seine Not bemerkt? Die Bedeutung der "anderen Ebene" für die dialektische Lösung des ISAEGK, das Unbedingte der Freiwilligkeit und, noch einmal, zur natürlichen Reihenfolge von *Getrenntheit* und *Verbindung*.

Bereits oben (4.4.5.a.) wurde ausgeführt, dass der Therapeut dann, wenn er auf der Ebene seiner Affekte bemerkt, dass die Beziehung mikroprozessual gegenwärtig nicht gelingt – indem er, zum Beispiel, unzufrieden wird – die *andere* Ebene suchen muss, auf der der jeweils unerfüllte existenzielle Bedürfnispol befriedigt werden kann.

Als die Patientin im ersten Kasus damit spielt, die therapeutische Situation (und damit den Therapeuten) zu verlassen, macht sie psychodramatisch klar, dass sie nur deshalb bleibt, also nicht weggeht, weil es *ihre autonome Entscheidung* ist, so zu handeln. Es ist, als ob sie sagte: *Freiwilligkeit ist die Voraussetzung für irgendwelche gemeinsamen Wege (also Verbindung)* womit sie zweifellos recht hat. Es kann keine gemeinsame Entwicklungs-Bewegung zu einer größeren Freiheit hin geben, die nicht essenziell auf Freiwilligkeit beruht, eben weil der Seele das existenzielle Bedürfnis nach Selbstbestimmung (Freiheit, Autonomie) immanent, also unverzichtbar ist. Es ist dieser blitzschnelle psychodramatische Einfall der Patientin, der einen paradigmatischen Hinweis quasi an das universelle Therapeuten-Gegenüber enthält:

‘Willst du, dass ich dir an entscheidenden Stellen folge, sei sorgfältig in der Beachtung meiner Freiwilligkeit’.

In der Tat dürfte dieser Parameter in Momenten der Gefahr äußerst wichtig sein und ist auch in seinem Wesen antikollusiv, da er die *Getrenntheit* implizit betont. Das Prinzip der für die dialektischen Lösung notwendigen *anderen Ebene* – stellt sich in diesem ersten Kasus wie folgt dar: Die von der Ebene der konkreten ("pharmakologischen") Rettungsphantasien zu unterscheidende, *andere Ebene* (in bezug auf welche der Therapeut 'Getrenntheit' ausbuchstabiert und sie damit in der konkreten Beziehungssituation gleichzeitig 'herstellt'), war die abstraktere Ebene der grundsätzlichen Gemeinsamkeit (Verbindungspol) in bezug auf diese existenzielle *Getrenntheit*.

Neben der Notwendigkeit der Gleichzeitigkeit zweier unterschiedlicher Ebenen zur Gewährleistung der dialektischen Lösung des ISAEGK gehört also Freiwilligkeit insofern zur präzisen Definition dessen, was der Therapeut mithilfe des ISAEGK suchen muss, um aus der Not herauszufinden. Damit lässt sich die Orientierungs- oder Suchfrage in solchen Situationen der Not so formulieren:

‘Auf welcher von der Ebene des manifesten Geschehens zu unterscheidenden anderen Ebene finden wir eine freiwillige Übereinkunft in Bezug auf den aktuell im Sinne des ISAEGK unerfüllten Bedürfnispol?’

Was mit der Patientin des ersten Kasus explizit verhandelt wird, kommt im dritten Kasus manifest anders aber doch in grundsätzlich analoger Weise zur Wirkung. Die Patientin braucht ganz offensichtlich ebenfalls Akzeptanz für ihre *Getrenntheit* (welche sie zunächst als Angriff agiert), um sich dann auf eine Verbindung in Form der zentralen Vereinbarung einlassen zu können. Hätte an dieser Stelle des Mikroprozesses eine Beschämung als Ausdruck der vom Therapeuten für einen Moment als kränkend erlebt und deshalb fast nicht tolerierten *Getrenntheits-Agierens* seitens der Patientin stattgefunden, wäre die Vereinbarung wahrscheinlich be- oder verhindert worden. Die zur

Gewährleistung der dialektischen Lösung des ISAEGK notwendige Ebenenunterscheidung besteht hier zwischen der Fokussierung *des kommunikativen Verhaltens der Patientin (Getrenntheit)*, einerseits, und der inhaltlichen Vereinbarung mit ihr – das Erleben von Verbindung zu beachten, andererseits. Die hohe kommunikative Sorgfalt in der Verhandlung um die Vereinbarung zur Beachtung des jeweiligen Verbindungsgrades betont implizit die *Freiwilligkeit*, indem an jedem kleinsten Schritt der Kommunikation präzise erfragt wird, ob die Patientin jeweils einverstanden sei.

Im zweiten Kasus misslingt die Beziehungsgestaltung seitens des Therapeuten, als dieser erlebt, nicht ausreichend Verbindung zum Patienten zu haben, um sich ausreichend sicher fühlen zu können, um den Aspekt der Getrenntheit in hilfreicher Weise kommunikativ in die Beziehung einbringen zu können. Konkret fürchtet er die Aggressivität des Patienten, falls er dessen aus der Not geborene Positionierung als 'kämpfendes Opfer', also dessen Un-Getrenntheit infragestellt. Ohne es zu dem Zeitpunkt ausreichend bewusst zu erkennen, sitzt der Therapeut daraufhin einer kollusiven Beziehungsdynamik auf, die dem unbewussten Motto folgt:

'Wenn Sie mehr Sicherheit bieten, indem Sie von Ihrer kollusiven aggressiv aufgeladenen Un-Getrenntheit ablassen (bzw.: ich nicht, wie an einer späteren Stelle der Vignette, die Befürchtung einer malignen Form von Regression haben muss), dann erst kann ich mehr Verbindung zulassen'.

Im Rahmen der Untersuchung dieser Kasuistik besonders deutlich nachweisbar ist die Notwendigkeit, in der Situation der Not einer nicht gelingenden Beziehungsgestaltung zu beachten, dass *das interaktionell ausgetragene intersubjektive Geschehen seine intrapsychische Entsprechung auf der Ebene des Therapeutenselbst findet*. Allerdings kann der Therapeut mehr tun, als diese Entsprechung von interaktionellem Geschehen und intrapsychischem (auf der Ebene des Therapeuten-Selbsts) lediglich zu würdigen. Er kann sich diesen Zusammenhang *kommunizierend zunutze machen*: Anstatt eine kollusive 'wenn du- dann ich-Situation' mit dem Patienten zu konstruieren, wäre es für den Therapeuten in dieser Situation vermutlich hilfreicher gewesen, wenn er sich von der Interaktion lösen und auf die intrapsychische (Selbst-)Ebene hätte zurückgreifen können, um dort die undialektische Konfliktbewältigung im Sinne des ISAEGK-Konzepts überhaupt erst einmal 'diagnostisch zu erfassen'. Er hätte dann *selbstepathisch* etwa Folgendes wahrnehmen können:

'Ich fühle mich unsicher, denn ich fürchte bei dem Mehr an Verbindung, das im Moment prozessual gefragt ist, die mangelnde Getrenntheit zum Patienten. Seine von mir befürchtete Aggressivität, wenn ich ihm diese Getrenntheit zumute, ist in Wahrheit meine Ungetrenntheit – meine Befürchtungsphantasie, mich der Aggression nicht entziehen zu können. Ich fürchte also bei einem Mehr an Verbindung eine undialektische Lösung des ISAEGK, indem dieses Mehr an empathischer Einfühlung (Verbindung) nach meiner Vorstellung auf Kosten der Getrenntheit geht'.

Diese Wahrnehmung seiner Befürchtungsphantasie der Un-Getrenntheit und die Möglichkeit eben jene interaktionell kommunikativ für den Beziehungsprozess nutzbar zu machen, wäre vielleicht der Schlüssel aus der Not der misslingenden Beziehung gewesen. Praktisch wäre dies, z.B., vorstellbar gewesen inform einer Selbstmitteilung wie sie im dritten Kasus erfolgreich eingesetzt wurde – die manifest in den Diskurs eingebrachte Sorge des Therapeuten, in eine kollusive Un-Getrenntheit hineingezogen zu werden, hätte dem Patienten auf diese Weise wertvolle Orientierung werden können. Die entsprechende Selbstmitteilung des Therapeuten hätte implizit Getrenntheit ausgedrückt (ohne die Verbindung zu opfern!), was ein Ausweg aus dem therapeutischen Dilemma hätte werden können.

Neben den schon präsentierten Aspekten der *Unterschiedlichkeit der Ebenen für die gleichzeitige Erfüllung* der polaren existenziellen Bedürfnisse und der *Bedeutung der Freiwilligkeit*

subjektiver Bewegung in Richtung Vereinigung und/oder Getrenntheit, ist also die *Rückprojektion des interaktionell ausgetragenen existenziellen Beziehungskonflikts auf die intrapsychische Ebene des Therapeutenselbsts* eine drittes wirkungsvolles Agens in Situationen kollusiver Not.

Wirft man nun abschließend noch einmal einen Blick auf die dem ISAEKG immanente Dialektik in den kasuistischen Untersuchungen hinsichtlich der Reihenfolge, in der Getrenntheit und Verbindung zueinander auftreten, also der Frage, was muss zuerst gegeben sein, damit das jeweils Andere möglich wird, so ergibt sich für die Gesamtbetrachtung aller drei Kasus:

Der Therapeut ist in allen Situationen mit dem Erreichen von Getrenntheit befasst – es ist ihm jeweils ein zentrales Anliegen. Dabei kommt der rational überzeugungsbasierten Einstellung, dass dieses ein 'sinnvolles Therapieziel' sei, ein ebenso großer Stellenwert zu, wie der therapeutenpersönlichkeitsbedingten Betonung desselben:

Im ersten Kasus nun erreicht der Therapeut Getrenntheit auf dem Boden einer vollkommen ungefährdeten Verbindung spielerisch leicht. Der ISAEKG kann quasi manifest verhandelt werden.

Im zweiten Kasus kann der Therapeut die durchaus verhandene Verbindung nicht nutzen, um das Thema in den therapeutischen Diskurs einzubringen. Das Konzept des ISAEKG, insbesondere die Nutzbarmachung der intrapsychischen Abbildung seiner konkreten (interaktionellen) situativen Dialektik, hätte dabei helfen können. Stattdessen begeht er interaktionell Fehler: Er 'verlangt' (mehr) Getrenntheit vom Patienten, anstatt seinerseits Wege zu suchen, ebenjene anzubieten. Des Therapeuten subjektive Einstellung - 'es bräuchte zunächst mehr Verbindung, bevor er denn Getrenntheit in den Diskurs einbringen könnte' - erweist sich im Nachhinein als Irrtum, und entspricht seiner Ungetrenntheit.

Im dritten Kasus gelingt ihm der Umgang mit der Krise besser. Er spürt, dass ihm Verbindung fehlt und bietet dann diese per Selbstmitteilung an – ein Vorgang, der an sich der dialektischen Lösung nahekommt, indem *dieses Anbieten an sich* schon ein Ausdruck von Getrenntheit ist.

Zusammenfassend ist also zur Frage der 'natürlichen Reihenfolge' von Getrenntheit und Verbindung zu sagen:

- 1) Die Voraussetzung für Getrenntheit bleibt Verbindung.
- 2) Therapeutisch sollte Getrenntheit von Anfang an im Blick der kommunikativen Bemühungen des Therapeuten sein und damit (unter Voraussetzung von '1') angeboten werden, um die dialektische Lösung des ISAEKG herbeizuführen.

4.6. Haltung und Ideale (Orientierungsziele) im Kontext des ISAEKG - Paradigmata, die bei dessen Anwendung implizit erforderlich - 'selbstverständlich' - sind.

Das Konzept des ISAEKG fordert dessen praktische, auf das konkrete Erleben einer intersubjektiven Szene bezogene Anwendbarkeit. Es orientiert sich dabei primär an einer (sich letztlich im Evidenzerleben⁷⁰ niederschlagenden) unmittelbaren emotionalen Nachvollziehbarkeit. Gleichwohl sind darüberhinaus bestimmte als Leitsätze formulierbare Axiome hilfreich, die als *paradigmatische Einbettung* des ISAEKG bezeichnet werden können. Die entsprechenden Paradigmata sollen *orientierend* wirksam sein und müssen also nicht in toto erreicht werden – es sind, ihrem Wesen nach: Ideale. Im Grunde folgen diese 'idealen' Paradigmata oder Leitsätze *implizit* aus einer konsequenten Anwendung des ISAEKG und bräuchten keine eigene Formulierung. Aus zwei Gründen erscheint es gleichwohl sinnvoll, sie zu benennen:

Erstens, verdeutlichen sie *theoretisch* die Auswirkung der Anwendung des ISAEKG für die psychoanalytische Praxis, indem sie dessen Brisanz in *Abgrenzung zur konventionellen psychoanalytischen Praxis* hervorheben. Sie unterstützen damit auf der Reflexionsebene die Fundierung einer erweiterten therapeutischen Praxis und Haltung. Inhaltlich beantworten sie die Frage, wie sich die therapeutische Beziehung dadurch verändert, wenn Therapeuten den ISAEKG für eine radikal intersubjektive Arbeit nutzen; und, zweitens, hilft die Bewusstmachung dieser Paradigmata dem Therapeuten, sich *in der praktischen therapeutischen Arbeit zu orientieren*, sich also (in möglichst vielen Mikromomenten) zu überprüfen und gegebenenfalls zu reflektieren, wann und warum es ihm Schwierigkeiten macht, den ISAEKG dialektisch zu lösen.

Wie bei den kasuistischen Untersuchungsergebnissen wird auch hier zwischen den mit den psychoanalytischen Grundpositionen selbstverständlich kompatiblen Paradigmata, und den 'neuen', intersubjektiv mikroprozessual am EGK orientierten, unterschieden:

4.6.1. Mit der konventionellen psychoanalytischen Praxis übereinstimmende aus der Anwendung des ISAEKG resultierende Ideale therapeutischer Haltung

In Übereinstimmung mit der konventionellen (klassischen) therapeutischen Haltung bleibt das, was als 'sich von dem Patienten an die Hand nehmen lassen' formuliert werden kann, bei Anwendung des ISAEKG selbstverständlich erhalten. Der Patient bestimmt das Thema des therapeutischen Diskurses und der Therapeut folgt ihm dabei mit gleichschwebender Aufmerksamkeit, bemüht in den manifesten Topoi das unbewusste Material und den Widerstand bewusst werden zu lassen und damit der Bearbeitung zugänglich zu machen. Der Therapeut stellt sich als Übertragungsobjekt zur Verfügung, indem er dem Patienten ermöglicht, an ihm seine unbewussten Interaktionsmuster zu erleben, durchzuarbeiten und aufzulösen (Winnicott 2006).

4.6.2. Aus der empathiebasierten Arbeit mit dem ISAEKG resultierende erweiterte, 'neue' Ideale therapeutischer Haltung – und das Risiko des Therapeuten

'Neu' in der Arbeit mit dem ISAEKG ist in Bezug auf die therapeutische Arbeitshaltung *die Betonung der* (anzustrebenden) *Gleichzeitigkeit der* für eine günstig verlaufende Beziehungs-Interaktion *essenziellen Bedürfnisse von Vereinigung und Getrenntheit*. Der Therapeut wird mit

⁷⁰ Begriff *Evidenzerleben* siehe Fußnote 8 (1.2.2.2.)

erhöhter Bewusstheit wahrnehmen, wann sich Übereinstimmung auf Kosten von Getrenntheit, bzw. umgekehrt, eine eigene Position – Getrenntheit – auf Kosten der therapeutischen Allianz einstellt. Er wird ebensolche Situationen aufgrund seines theoretischen Verständnisses als nicht-dialektisch gelöst, mithin als kollusive, neurotische 'Lösung' des ISAEKG erkennen und damit klarer *wahrnehmen, wann und verstehen, wie* die zur Heilung des Patienten intendierte Kommunikation 'scheitert'.

Er ist in der Lage, dieses *interaktionelle* Scheitern auf der Ebene seines eigenen *intrapsychischen* Erlebens wahrzunehmen (abzubilden) und, resultierend, seinen Beitrag zum Gelingen der Kommunikation entsprechend zu korrigieren.

Dabei begreift er sich, trotz größerer Erfahrung in dem kommunikativen Feld, als grundsätzlich mit demselben existenziellen Grundkonflikt-Dilemma befasst wie der Patient auch. Von daher weiß er, dass er *denselben Ängsten* begegnet, nämlich, bei Vereinigung, sein sich-selbst-Vertreten und, vice versa, beim sich-selbst-Vertreten (Getrenntheit), die Verbindung *zu verlieren*. Er befindet sich also in diesem Sinne *auf gleicher Augenhöhe*.

Um aus diesem Dilemma herauszufinden, muss er bestimmte *Orientierungshilfen* beachten: Wenn er erlebt, dass 'es schwierig wird' - der Fluss der intersubjektiven Kommunikation stockt, wird er sich zunächst auf sich selbst 'zurück(be-)ziehen' müssen, um mittels Selbstempathie zu analysieren, inwiefern Vereinigung und Getrenntheit für ihn aktuell nicht kompatibel erscheinen – der ISAEKG für ihn *intrapsychisch* dialektisch nicht gelöst ist. Basierend auf seinem Wissen um die dem ISAEKG immanente Dialektik der beiden existenziellen Bedürfnispole wird er in dieser *zurückgezogenen* Position (Getrenntheit) den ISAEKG zunächst auf der Selbstebene (intrapsychisch) dialektisch lösen müssen. *Von dort aus* versucht er dem Patienten überzeugende dialektische Lösungen anzubieten. Er geht also in eine vorübergehende Getrenntheit, *zu der er bereit und in der Lage sein muss*, und *von dort aus* wieder in die Interaktion. Dabei ist er sich dessen bewusst, dass er den Patienten eben nicht lancieren, geschweige denn zwingen kann, diesen Schritt nachzuvollziehen, den jener nur *freiwillig* vollziehen kann. Insbesondere in der dritten Kasuistik konnte aufgezeigt werden, dass es für die therapeutische Haltung entscheidend sein kann, sich von dem Bisherigen des Prozesses, den auf der Beziehungsebene bereits entstandenen 'Altlasten', seinen aus dem bisherigen Prozess resultierenden Kränkungen und Frustrationen zu lösen. Dieses Haltungsideal (oder Orientierungshilfe) wird als die *Bereitschaft zur Gegenwärtigkeit* bezeichnet.

In diesem seinem Angebot geht er *Risiken* ein, indem er *sich zeigt* – sich *dem Patienten in seiner Begrenztheit offenbart*. Sein unmittelbares Risiko besteht vor allem darin, gegebenenfalls erleben zu müssen, dass ihm die *Verbindung* nicht gelingt – dass seine kommunikativen Mittel nicht ausreichen, um den Patienten, der im Grunde seiner Seele die dialektische Lösung des ISAEKG *ebenso wie der Therapeut* sucht. Erlebt der Therapeut grundsätzliche Zweifel, dass ihm die Vermittlung dieser existenziellen Botschaft misslingt, so wird ihn dies *in seiner therapeutischen Identität* erschüttern. Der momentane Zweifel wird in der Wiederholung zu einem grundsätzlichen und der Therapeut muss dann bereit sein, sich, in Anerkennung seiner eigenen Begrenztheit, real(!) zu trennen. Analysiert er die Beziehungssituation mittels des ISAEKG über einen längeren Zeitraum in diesem Sinne, so wird er diesen Schritt gegebenenfalls zur eigenen (und des Patienten) Entlastung mit größerer Klarheit gehen können als im konventionellen Vorgehen.

Zentral ist, und auch dies gehört zu den Orientierungshilfen in Sachen therapeutischer Haltung, ist die *Bereitschaft des Therapeuten zur desillusionierenden Botschaft in bezug auf das 'Heilsversprechen'*. Der Therapeut muss sich bewusst sein, wo er dem Patientin nicht mehr bieten kann, als die Botschaft, dass er ihm nicht *mehr* helfen kann, als ihn 'aufzuklären', dass er an diesem Punkt allein ist, so wie er, der Therapeut auch. Die Betonung dieser psychoanalytischen Selbstverständlichkeit, bzw., deren Ausformulierung stellt für den Therapeuten ein weiteres Risiko dar – es wird eine Probe auf seine therapeutische Kompetenz sein, den adäquaten Zeitpunkt für diese zentrale desillusionierende Botschaft zu finden, also Empathie dafür aufzubringen, wann die

Bindung und das resultierende Vertrauen des Patienten ausreichend etabliert ist, damit der Patient dafür bereit ist. Das erfordert von ihm, den Mut aufbringen, den Patienten zu enttäuschen. Dieses Haltungsideal fordert nicht nur die Risikobereitschaft des Therapeuten, sie ist auch zugleich in ihrer radikalen Entschiedenheit ein, vielleicht sogar *das* Alleinstellungsmerkmal psychoanalytischer Therapie im Unterschied etwa zu einer auf das Funktionieren des Patienten ausgerichteten Einstellung, wie sie, zum Beispiel, klassischen kognitiven Therapieformen zugrunde liegt.

Last not least muss er bereit sein, das sich in der Tatsache der Selbstevidenz abbildende *implizite Wissen des Patienten um die dialektische Lösung des ISAEKG* anzuerkennen und in Rechnung zu stellen. Dazu greift er, anders als in operationalisierten Therapieformen, nicht auf Technik zurück, sondern auf die Bezugnahme auf seine eigenen existenziellen Bedürfnisse in der intersubjektiven Interaktion – er weiß um sie, orientiert sich an Ihnen und zeigt sich, gegebenenfalls durch Selbstmitteilung, und *insofern* in überzeugender Weise, 'als Mensch auf gleicher Augenhöhe'.

4.7. Now-moment-Induktion, Kairos und das Existenzielle im Therapeut- Sein

Wie oben (4.6.) dargelegt, ist der Therapeut auch ein Bedürftiger. Er braucht den Erfolg, den Patienten in der beschriebenen Beziehungsweise zu erreichen. Er braucht also im Grundsatz das Erlebnis mit und durch den Patienten, *um mit seinem existenziellen Bedürfnis nach einer dialektischen Lösung des ISAEKG nicht einsam zu bleiben*. Sollte ihm dies durchgängig nicht gelingen, so scheitert er in seiner therapeutischen Existenz, d.h., *seine therapeutische Identität, die von eben diesem Erfolg abhängt, ist gefährdet*. Ist seine existenzielle Identität - mithin seine philosophische Reflektiertheit und resultierende Überzeugung - grundsätzlich ausreichend fundiert, bleibt ihm die Möglichkeit, andere Betätigungen zu suchen, ohne dass er grundsätzlich zu zerbrechen droht. Der Weg als Therapeut seinen Sinn im Leben zu finden, wäre allerdings damit verlegt. Gleichzeitig wäre er nur dadurch von seinem Therapeut-Sein und damit *auch von seinen Patienten* unabhängig – und damit in einem tiefen Sinn "neutral".

Andersherum gilt: Gelingt dem Therapeuten die erfolgreiche Vermittlung der existenziellen Botschaft der dialektischen Lösung des ISAEKG, so trägt dies wesentlich zu seinem Glück, seinen Sinn als Mensch zu finden, bei. Er ist *in der Anerkennung der grundsätzlichen Getrenntheit* in der Verbindung mit seinen Mitmenschen.

Einschub: Es ist ein faszinierendes Paradoxon, zu überlegen, dass nur der Therapeut, der den Erfolg in der Arbeit mit seinen Patienten *nicht braucht*, der also, vereinfacht formuliert, seine Patienten nicht braucht, jenen wirklich dienen kann. Dieses Paradoxon soll hier allerdings deshalb nicht weiter vertieft werden, weil diese Arbeit sich der Praxis verpflichtet fühlt, der Praxis der Frage, wie Beziehung gelingen kann.

Besagtes Glück des Therapeuten - seine therapeutische Identität bestätigt zu finden - war im Rahmen der Arbeit als *Evidenzerleben*⁷¹ bezeichnet worden. Das Evidenzerleben begleitet den Moment des Kairos – der von einer eindeutigen Gewissheit des Erlebens (Evidenz) gekennzeichnete Moment, *in dem Veränderung stattfindet* (Rieff 1990).

Bei Daniel Stern (2010) wird dieser Moment als *Now Moment* bezeichnet und tritt charakteristischerweise dann auf, wenn der Therapeut nicht auf seine therapeutische 'Technik' rekurren kann, wenn Unvorhersehbares und Unplanbares stattfindet, der Therapeut also 'als Mensch' gefordert ist, weil er den Patienten in der Kinoschlange trifft, der Patient plötzlich von der Couch aufsteht, sich entblößt und seine Folterspuren zeigt o.ä. In diesen Momenten ist der Therapeut auf gleicher Augenhöhe gefordert, indem er eben *nicht mehr auf die Sicherheit des Vorsprungs* aufgrund seines professionell Gelernten zurückgreifen kann. Zu diesen Now-Moments kommt es nach D.Stern zufällig und ihr Veränderungspotenzial hängt von der Eingestelltheit des Therapeuten ab, mit solchen zufällig auftretenden Momenten umzugehen zu können.

Die kasuistischen Untersuchungen der Arbeit zeigen, dass es zum für Now-Moments charakteristischen Evidenzerleben aufgrund von Veränderung im Sinne der dialektischen Lösung des ISAEKG kommt, wenn der Therapeut den ISAEKG in der oben dargestellten Weise für seine praktische Arbeit nutzt. Aus den beschriebenen Ergebnissen im Mikroprozess folgt, dass der Therapeut *Bedingungen* mithilfe des ISAEKG *schaffen kann, welche das Zustandekommen von Now-Moments wahrscheinlicher machen*. In den kasuistischen Untersuchungen konnte gezeigt werden, wie es *unmittelbar, nachdem es interaktionell zu einer dialektischen Lösung des ISAEKG und dem konsekutiven Evidenzerleben gekommen war, neue Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung (von Patient und Therapeut) entstanden*. Dazu muss er sehr aufmerksam die

⁷¹ Begriff *Evidenzerleben* siehe Fußnote 8 (1.2.2.2.)

gegenwärtige ISAEKG-Konstellation der Beziehung beobachten, und, unter Umständen, so wie in den 'gelingenden' Stern'schen Now-Moments, spontan und kreativ auf ungewöhnliche Interventionen zurückgreifen. Insbesondere in der dritten kasuistischen Untersuchung konnte sich der Therapeut entschließen, vorübergehend 'das Heft in die Hand zu nehmen', was einer Abkehr von einer traditionelleren, passiver ausgerichteten und am Ideal der gleichschwebenden Aufmerksamkeit ausschließlicher orientierten Einstellung gleichkommt. Insofern kann der ISAEKG eine *Orientierungshilfe sein, um in einer gegebenen Situation den Mikroprozess aktiver als in der klassisch idealen Haltung zu gestalten.*

Diese neuen Möglichkeiten in der Beziehungsgestaltung beider beteiligter Interaktionspartner bezogen sich insofern auf die dialektische Lösung des ISAEKG, als dass, wo vorher nur jeweils einer der beiden Bedürfnispole auf Kosten des anderen erfüllbar gewesen war, jetzt beides gleichzeitig wurde.

Zusammenfassend formuliert: Mithilfe der Beachtung der Dialektik des ISAEKG kann Now-Momentinduktion wahrscheinlicher werden.

4.8. Der Stellenwert des ISAEKG für eine Theorie der Empathie – die Duplizität des ISAEKG

Zum Abschluss der Auswertung soll der Bogen zum Ausgangspunkt der Arbeit geschlagen werden. Zur Erinnerung: Ziel der vorliegenden Arbeit war, das Verständnis des Begriffes der Empathie unter Bezugnahme auf die drei Eckpunkte *Mikroprozessualität, Anwendung des Empathiebegriffes in Anlehnung an die Praxis der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg* und *die psychoanalytischen Grundpositionen* zu untersuchen und zu erweitern.

Im Rahmen der auf diese Weise definierten Methodologie war bereits in der Untersuchung der ersten Kasuistik der ISAEKG in der oben (4.1. bis 4.7.) zusammengefassten Weise entwickelt und fortan als Untersuchungstool auch für die folgenden Kasuistiken angewandt worden. Er wurde daraufhin im Sinne der wissenschaftstheoretischen Methode (Grounded Theory) differenziert weiterentwickelt (axial kodiert) und fortwährend auf seine Anwendbarkeit (Relevanz) überprüft (validiert).

An dieser Stelle nun soll das Ergebnis des vorliegenden Forschungsprozesses hinsichtlich dieser weiterentwickelten Anwendbarkeit des ISAEKG zusammengefasst werden. In anderen Worten: Es soll die Frage *Worin besteht der Stellenwert des ISAEKG für eine im Vergleich zur gängigen psychoanalytischen Praxeologie erweiterten Theorie der Empathie* auf der methodologisch abstraktesten Ebene beantwortet werden.

Bei der Bestimmung des Stellenwertes des ISAEKG in diesem Sinne, kommt es zu einer Duplizität der Ebenen der Betrachtung: Der ISAEKG stellt zum Einen ein *theoretisches Zwischenergebnis* des 'work in progress' auf der Suche nach dem Stellenwert der Empathie für die psychoanalytische Praxis dar. Zum Anderen steht der ISAEKG, wie in 4.6. zusammengefasst, als haltungsbestimmender, ergo *praktischer Pars pro toto* für eine erweiterte Theorie und Praxis der Empathie, und also auch als deren Stellvertreter.

4.8.1. Der ISAEKG als Ausdruck einer Suche nach einer Theorie der Empathie – ein Zwischenergebnis 'mit Ausblick'.

Wird der ISAEKG als Zwischenergebnis der Untersuchung des Stellenwertes der Empathie in der psychoanalytischen Praxis aufgefasst, so ergibt sich *für den Stellenwert des ISAEKG innerhalb dieser Suche* eine funktionelle Wertigkeit, die als Prisma vorstellbar ist.

Mikroprozessualität

Pa-Grundpositionen > **ISAEKG** < **Elemente einer Theorie der / Aspekte von EMPATHIE GfK**

Abbildung 2: Die Prisma-Stellung des ISAEKG

Diese prismenartige (Stellen-)Wertigkeit des ISAEKG kommt in der obigen Graphik zur Darstellung. In Worten: Ausgehend von einer durch die drei 'Positionsmerkmale' *Mikroprozessualität, Psychoanalytische Grundpositionierung* und *GfK* bestimmten Perspektive schaut 'der Forschende' durch das Prisma ISAEKG und nimmt Aspekte eines erweiterten empathiebasierten Ansatzes bei der (mikroprozessualen) Untersuchung einer konkreten Beziehungssituation unter der Fragestellung, wie deren Gelingen beeinflusst werden kann, wahr. Durch diese ('ISAEKG-prismatische') Betrachtung wird das präzise Geschehen in der

Beziehungsverhandlung zwischen Therapeut und Patient (aus der Perspektive des Therapeuten) aufgefächert – so, wie beim realen Prisma das gebündelte weiße Licht (analog: das momentane Beziehungsgeschehen) ins Farbspektrum zerlegt wird. Dadurch lassen sich einzelne Bestandteile genauer wahrnehmen und entsprechend dem Anliegen, die Beziehung gelingen zu lassen, steuern. Der ISAEKG ermöglicht dem Therapeuten insofern zunächst theoretisch und, bei einiger Übung, dann auch praktisch spontan, sich wirkungsvoller einzustellen, indem er durch die Prismenwirkung des tools ISAEKG genauer diagnostizieren kann. Konkrete Aspekte dieses Sich-Einstellens mittels des ISAEKG waren in den vorangehenden Punkten der Auswertung zusammengefasst worden.

4.8.2. Der ISAEKG als Pars pro toto für eine erweiterte empathiebasierte praktisch-therapeutische Einstellung.

Indem der ISAEKG in der oben benannten Weise den Blick für das mikroprozessuale Beziehungsgeschehen prismatisch erweitert und ergo schärft, ist er durch seine Anwendung bereits ein Stellvertreter für diese erweiterte (und noch zu erweiternde) Theorie der Empathie, bzw., für einen erweiterten empathiebasierten Ansatz. Wie insbesondere in 4.6. illustriert, gelangt der Therapeut *durch die Anwendung* des ISAEKG zu einer veränderten therapeutischen Haltung. Damit steht der ISAEKG, indem er angewandt wird, bereits als *pars pro toto* für einen erweiterten empathiebasierten Ansatz und eine neue Haltung. Diese erweiterte oder präzisiertere Haltung ist nach Überzeugung des Autors nicht mehr und nicht weniger als eine Rückführung zur psychoanalytischen Grundeinstellung, zu deren Erhalt und Schutz beizutragen, ihm ein Bedürfnis ist.

5. ABSCHNITT: DISKUSSION

DETAILLIERTES INHALTSVERZEICHNIS	161
5.1. Einleitung	163
5.1.1. Ein neuer Name	163
5.1.2. Subjektive Aspekte des Forschungsprozesses	164
5.1.3. Theorie- und praxisbezogene Beispiele zur Anwendung des ISKEK	165
5.2. Aus den theoretischen Implikationen des ISKEK resultierende erweiterte empathiebasierte Betrachtung bekannter psychoanalytischer Topoi - Anwendungsbeispiele	166
5.2.1. Die Dialektik zwischen Getrenntheits- und Vereinigungspol am Beispiel der Progression von der Kind- in die Erwachsenenposition	167
5.2.2. Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsorganisation. Beispielhafter Blick durch das ISKEK-Prisma auf zwei strukturdiagnostische Begriffe unter der Fragestellung: <i>Ermöglicht auf die existenzielle Ebene bezogene Empathie einen Gewinn an Prägnanz für die Psychodynamik des Struktur gewordenen?</i>	167
5.2.3. Der Begriff der Scham, z.B., betrachtet durch das ISKEK-Prisma	169
5.3. Aus den Implikationen des ISKEK resultierende empathiebasierte Erweiterung psychoanalytischer Praxis - Anwendungsbeispiele	172
5.3.1. Dialektik zwischen Praxis und Theorie und, noch einmal, ein Bekenntnis zur Subjektivität des Evidenzerlebens	172
5.3.2. Die gleiche Augenhöhe als Beobachtungsfokus bei Anwendung des ISKEK-Prismas oder: (inwiefern) hilft der ISKEK dem Therapeuten, dieselbe herzustellen?	172
5.3.3. Der durch das ISKEK-Prisma prägnantisierte Aspekt der 'Getrenntheitsfähigkeit des Therapeuten' als praktischer Aspekt therapeutischer Wirksamkeit	174

5.4.	Wissenschaftstheoretische Aspekte der Einbettung des ISKEK in den wissenschaftlichen Kontext.	178
5.4.1.	Notwendigkeit der weiterführenden Operationalisierung der qualitativen Konstruktion des ISKEK	178
5.4.2.	Vergleich mit alternativen mikroprozessualen Ansätzen unter dem Aspekt der Operationalisierung - am Beispiel des mikroprozessualen Ansatzes von Stern	178
5.5.	Es geht um eine empathiebasierte erweiterte therapeutische <i>Haltung</i> - Ausblick und Schlussfolgerungen	183

„Woran arbeiten Sie?“ wurde Herr K. gefragt.
Herr K. antwortete: „Ich habe viel Mühe, ich
bereite meinen nächsten Irrtum vor.“ (B. Brecht, 1971)

5.1. Einleitung

Aufgabe dieses fünften Teils der Arbeit, der Diskussion, soll es sein, "einen Blick über den Tellerrand zu werfen", also zu versuchen, eine Perspektive von außerhalb dieser Abhandlung einzunehmen. Zu diesem Zweck werden die Fragen nach dem 'Woher?' und dem 'Wohin?' gestellt: *Aus welcher Kausalität ist die Arbeit entstanden (Hermeneutik)?* und, wohin kann sie führen? - *welcher Finalität kann sie, im Sinne einer veränderten Praxis, dienen?*

Im Rahmen der Erörterung der Frage der *Relevanz der Ergebnisse für eine erweiterte empathiebasierte Praxis der Psychoanalyse* soll unter anderem noch einmal ein Blick auf die Einbettung der Arbeit in den wissenschaftlichen Kontext geworfen werden. Dazu werden unter Punkt 5.4. *die Vergleichbarkeit des hier vorliegenden Ansatzes mit alternativen mikroprozessualen Untersuchungsansätzen und die weitergehende Operationalisierung der vorliegenden qualitativen Konstruktion* diskutiert.

5.1.1. Ein neuer Name

In der Auseinandersetzung mit dem Geschriebenen ist die Phantasie entstanden, die Arbeit möge, eine Resonanz finden. Ob dies realistisch ist oder nicht, kann hier offensichtlich nicht entschieden werden. Der Wunsch, der Arbeit möge kein reines Archivdasein bestimmt sein, erzeugt den Impuls, dem gefundenen *interaktionell ausgetragenen existenziellen Grundkonflikt (ISAEKG)* einen etwas schlichteren, 'griffigeren' Namen zu geben. ISAEKG scheint zu sperrig und, in der Lautfolge uneindeutig zu sein. Außerdem ist *existenzieller Grundkonflikt* irgendwie pleonastisch und verliert damit an Prägnanz – 'existenziell' klingt schon 'grundsätzlich' genug.

Somit soll der neue Namen *intersubjektiv kommunizierter existenzieller Konflikt* sein, in der Kurzform *ISKEK*.

Im bisherigen Text wird die ursprüngliche Benennung beibehalten. Dies scheint gerechtfertigt, um die 'work in progress'- Nachvollziehbarkeit der Arbeit in Kongruenz mit der wissenschaftlichen Methode *Grounded Theory* (Wiedemann 1995; Glaser und Strauss 2010) zu erhalten. Die im Text verwendete Namensgebung entspricht jeweils einem bestimmten Stand der Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie, ein prozessualer Aspekt, den die nachträgliche vereinheitlichende 'Begriffs-Schönung' verdecken würde. An dieser Stelle, wie gesagt, geht es darum, aus der Isolation des kreativen Prozesses auszusteigen und wieder Kontakt mit der Umgebung aufzunehmen. Die besagte letzte Umbenennung soll dem Transport in diese andere soziale Situation dienen.

Dies ist bereits die zweite Namensänderung. Vor ISAEKG, im Rahmen der Theoriegenerierung des Abschnitts 3.1., hieß das im Prozess der Arbeit entwickelte tool noch *existenzieller zentraler Beziehungskonflikt (EZBK)*, was aus Gründen der Abgrenzung vom Luborskiischen Begriff (Luborsky 1988) korrigiert wurde.

5.1.2. Subjektive Aspekte des Forschungsprozesses

Gegen Ende dieser Arbeit wird ein Blick auf die persönliche Situation des Schreibenden geworfen. Der Perspektivenwechsel hin zur Hermeneutik des Autors ist für sich betrachtet insofern ein ISKEK-Vorgang, als dass sich dahinter die wissenschaftliche Motivation verbirgt, aus der persönlichen Isolation des kreativen Prozesses (Getrenntheitsbedürfnis) wieder in den Kontakt zur Gesellschaft zu treten (Verbindungsbedürfnis). Die Arbeit ist aus einem persönlichen und einem kommunikativen Interesse *gleichzeitig* entstanden. Das Streben nach dieser Gleichzeitigkeit ist also ein Ausdruck des Versuchs des Autors, *das Persönliche* (ISKEK-Pol: Getrenntheit) *mit dem Allgemeingültigen* (ISKEK-Pol: Vereinigung) zu verbinden. Der Vorgang dieser Verbindungssuche entspricht ISKEK-prozessual dem Bedürfnis nach Kommunikation⁷². Es geht also (auch) für den Autor darum, den ISKEK *dialektisch zu lösen*. Soviel zur Hermeneutik der Situation des Schreibenden.

Der Vorgang des 'Heraustretens aus dem unmittelbaren kreativen Prozess und der Wiederaufnahme des Kontakts zur Umgebung stellt subjektiv für mich ein Risiko dar. Die Befürchtungsphantasie, die Einbeziehung des subjektiven Faktors sei vor dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit zu angreifbar, geht augenscheinlich unausweichlich mit dem qualitativen Untersuchungsansatz einher.

Die Bedeutung des Schreibens dieses Textes hat für mich auch mit einer Suche danach zu tun, was durch die berufliche psychoanalytische Sozialisation nicht gelöst, auf welche Fragen für mich, vor dem Hintergrund recht umfangreicher Lehranalyse und einiger beruflicher Erfahrung, praktisch wie theoretisch *keine ausreichende Antwort* gefunden werden konnte. Auch in dem Anliegen, sich damit zu veröffentlichen, trifft sich *Persönliches* (Getrenntheit) mit *kommunikativer Motivation* (Verbindung).

Der methodische Ansatz der vorliegenden Arbeit entspricht der oben benannten Suche, indem das bisher erworbene psychoanalytische Repertoire durch Hinzuziehung der aus der humanistischen Psychologie hervorgegangenen *Gewaltfreien Kommunikation* erweitert wird.

Das aus dieser methodischen Erweiterung resultierende In-Bezug-Setzen des therapeuten-eigenen Erlebens mit dem Erleben der Patienten, diese Verbindung der Psychoanalyse des Psychoanalytikers mit der des Patienten *in der psychoanalytischen Situation* ermöglicht Neues und erscheint sinnvoll, weil sie die psychoanalytische Therapie *praktisch effektiviert*. Ich hoffe mit diesem Ansatz der grundsätzlichen gleichen Augenhöhe (basierend auf der Einsicht, dass wir dieselben existenziellen Themen zu bewältigen haben wie unsere Patienten) auch eine Antwort auf meine aus der persönlichen Erfahrung erwachsenen Zweifel zu finden und gleichzeitig vielleicht einen Beitrag dazu zu leisten, dass die Psychoanalyse mit diesem Ansatz im gesellschaftlichen Kontext mehr Resonanz findet.

Während ich mir Gedanken mache über die Frage der mangelnden Popularität der Kunst und damit auch darüber, warum ich immer wieder Zweifel hege - ob das Vehikel Psychoanalyse nicht zu schwerfällig ist, um ausreichend mobil und flexibel für einen gesellschaftlichen Diskurs zu sein - spüre ich die Ermutigung durch das Bekenntnis zum "bestmöglichen Irrtum" im Sinne des Eingangszitats von B. Brecht (S. 165). Es ist erleichternd, 'unfertig sein' und 'offene Fadenenden' präsentieren zu dürfen und dadurch das Prozessuale als etwas zu erleben, was weniger defizitär als offen ist.

Es ist so, was ich nicht voraussehen konnte, schließlich eine neue berufsbezogene Gelassenheit als Ergebnis des neuen Schatzes des schrittweisen wissenschaftlichen Prozesses eingetreten. Für mich bedeutet das ein Mehr an Fähigkeit zur Getrenntheit - ein wenig subjektives Glück - in der Befreiung von biographisch bedingter Entwertungsangstbestimmtheit. Auch das gehört zum subjektiven Narrativ des Schreibenden - in diesem Fall etwas gefunden zu haben, was er wohl vorbewusst gesucht hatte, wovon er aber nicht wusste, *wo* er es würde finden können.

72 Inwiefern die Intersubjektivität im Sinne der oben angesprochenen Resonanz stattfindet, wird sich zeigen

5.1.3. Theorie- und praxisbezogene Beispiele zur Anwendung des ISKEK

Das überraschendste, weil *neue* Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist für mich, dass *die dialektische Lösung des ISKEK an sich ein auf unterschiedlichste Weise bewusst erlebbares existenzielles menschliches Bedürfnis ist, dessen Erfüllung unabhängig von psychologischer Bildung als evident erlebt wird*. Auf dieser grundlegenden Aussage fußt die Diskussion der folgenden Sammlung psychoanalytischer Topoi, an denen exemplarisch die Anwendung des ISKEK *als Prisma zur Betrachtung von Beziehungskonstellationen* demonstriert wird.

Die folgenden Beispiele sollen in *praktische* und *theoretische* Aspekte unterteilt werden. Bei jedem einzelnen Topos wird der ISKEK als Prisma eingesetzt. 'Prisma' soll heißen, dass innerhalb der empathie-fokussierenden Betrachtung *Auffächerungen* in einzelne Spektralabschnitte mikroprozessualer Beziehungsdynamik ermöglicht werden.

5.2. Aus den *theoretischen* Implikationen des ISKEK resultierende erweiterte empathiebasierte Betrachtung bekannter psychoanalytischer Topoi - Anwendungsbeispiele

Beispielhaft soll die Anwendung des ISKEK auf einige theoretische Aspekte demonstriert werden. Dazu wird ein jeweils psychoanalytisch bekanntes Phänomen in seiner existenziellen Grundkonflikthaftigkeit durch das Prisma ISKEK 'spektral-aufgefächert' und dadurch *präziser erkennbar*.

5.2.1. Die Dialektik zwischen Getrenntheits- und Vereinigungspol am Beispiel der Progression von der Kind- in die Erwachsenenposition

Wie in der mikroprozessualen Untersuchung der Kasuistiken im 3. Abschnitt der Arbeit gezeigt werden konnte, ist es für den Therapeuten entscheidend und hilfreich, sich in einer psychoanalytischen bewusst zu werden, welchem Pol der ISKEK-immanenten Dialektik er in einem spezifischen Mikromoment (zunächst) *Priorität geben will*, um den kommunikativen Fluss der intersubjektiv-interaktionellen Situation zu verbessern.

Um eine derart *mikroprozessual relevante Entscheidungssituation* handelt es, zum Beispiel, wenn der Therapeut einschätzen muss, ob dem Patienten *bereits das Gegenüber – die Konfrontation – zuzumuten ist*. Das heißt, er trifft die Entscheidung, ob er dem Patienten die Konfrontation bereits zutraut. Dies ist präzise der Moment, wo, vorausgesetzt, die entsprechende Intervention gelingt, für den Patienten originär Neues eingeführt und progressive Veränderung angestoßen werden kann. Die Entscheidung, *bereits konfrontieren zu können*, setzt auf seiten des Therapeuten *Intuition* voraus. Intuition (Itten 2011) wird in diesem Zusammenhang verstanden als eine *erfahrungsbasierte Ahnung*.⁷³

Wird die vorangehend dargestellte 'typische' veränderungsrelevante Therapiesituation *durch* das Prisma des ISKEK *betrachtet*, (also 'diagnostiziert'), so geht es um die Frage, ob der Patient bereits ausreichend (durch Empathie erwirkte) Verbindung - Nahrung am *Vereinigungspol* - erfahren hat, um die *Getrenntheit* der Gegenüberstellung (durch eine ihm strukturelfemäßig noch ungewohnte Position) ertragen und damit gewinnbringend nutzen zu können.

Diese Logik – zunächst ausreichend Vereinigung erfahren haben zu müssen, um Getrenntheit interaktionell intersubjektiv ertragen zu können – entspricht der psychoanalytischen entwicklungspsychologischen Auffassung vom Übergang der Reifungsphase der ersten 1-1,5 Lebensjahre in die anschließende, bei der es um die Differenzierung des Ichs vom Du – den Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt (Mentzos 2014) – geht. Jene wird dann in vielfältiger Weise während der weiteren Kindheit und Jugend erprobt und (wenn es ausreichend gute Bedingungen gibt) konsolidiert. Auf einer gröberen Skala betrachtet, ist es also die Funktion der Kindheit, eben jene Fähigkeit zur Eigenständigkeit (Getrenntheit) auf dem Boden einer sicheren und adäquaten Geborgenheit (Verbindung) zu entwickeln. Diese *psychodynamische* Logik bildet sich auf dem ISKEK-Spektrum wie folgt ab: *Vereinigung(-sicherheit) kommt vor Getrenntheit(-sfähigkeit)*.

In der Therapie stellt sich diese (regressive) Kind-Situation *vorübergehend* wieder her und wird, insbesondere in der psychoanalytischen Tradition, ausgesprochen als zentrales Wirk-Agens begriffen (Körner 2014). Sie wird üblicherweise mit dem Begriff 'Regression' erfasst. Durch das ISKEK-Prisma betrachtet kann man sagen: Die vorübergehende Kindposition ist für den Patienten zulässig, beziehungsweise, sogar erwünscht...und beizeiten wieder 'aufzulösen' - wie bald, darüber gehen die Auffassungen auseinander. Durch das ISKEK-Prisma betrachtet, ist die Erwachsenenposition als Ausdruck der *Getrenntheitsfähigkeit* ultimatives Therapieziel, soll doch der Patient

73 intuire (lat.): ahnen

schließlich ohne den Therapeuten leben können.

Die Erwachsenensituation stellt im ISKEK-Spektrum die Umkehrung hinsichtlich der *Logik der Beziehungsgestaltung* dar: Hier ist *Getrenntheit(-sfähigkeit)* die *Voraussetzung dafür*, eine von ungünstigen Aspekten befreite *Verbindung* eingehen zu können (eine, in welcher der existenzielle Konflikt dialektisch gelöst ist). Meinen Patienten biete ich zur Illustration die Frage an: 'Stellen Sie sich vor, dass jemand Ihnen eine Liebeserklärung macht, der von Ihnen finanziell oder psychisch abhängig ist, also: ohne Sie nicht leben könnte. Könnten Sie dieser glauben?'. Die verkürzte Formulierung einer erwachsenen Beziehungsfähigkeit lautet *in der entsprechenden Umkehr zur Kindposition* damit in der Abbildung auf dem ISKEK-Spektrum: *Getrenntheit(-sfähigkeit) vor Verbindung*. Sie ist gleichzusetzen mit dem grundsätzlichen psychoanalytischen Entwicklungs- und ergo Therapieziel. Die Therapie ist geglückt, wenn der Patient dazu ausreichend in der Lage ist.

Um die theoretische Brauchbarkeit des ISKEK zu unterstreichen, sei darauf hingewiesen, dass sich *weitere* auf den Topos *Dialektik der Pole des existenziellen Konflikts* bezogene *Anwendungen* finden lassen. Zwei Beispiele benenne ich kurz:

Erstens: Die in der Arbeit (u.a. im 4. Abschnitt) dargelegte Schwierigkeit, den adäquaten Moment zu bestimmen, *wann* dem Patienten die zentrale Desillusionierung des existenziellen Alleinseins als Erwachsener zuzumuten ist, bildet sich im ISKEK-Spektrum als die (intersubjektiv-interaktionell zu stellende) Frage ab, ob der Patient bereits in der Lage ist, Getrenntheit zu ertragen, ohne in der Angst der *vermeintlich resultierenden Un-Aufgehobenheit in der Welt* unterzugehen. Wie in den Unterschieden der Kasuistiken (Abschnitt 3) deutlich geworden ist, kann die 'konfrontative Zumutung' dieser zentralen Desillusionierung (der unbewussten Einstellung, das Verharren in der Regression *sei eine günstige Option*) sowohl *expressis verbis* als auch *interaktionell handelnd* in die Kommunikation eingeführt werden.

Zweitens, ist der ISKEK in dieser Situation, neben der praktischen *Orientierungshilfe für die Positionierung des Therapeuten in der aktuellen Kommunikation*, auch ein *Tool, den Stand des Fortschritts des aktuellen Therapieprozesses zu bestimmen*. Das wiederum entspricht, in anderen Worten, dem status quo der (prozess-)aktuell *bereits erreichten strukturellen Reife* des Patienten. In analoger Weise kann der Blick durch das ISKEK-Prisma auch genutzt werden, um eine klar formulierbare Strukturdiagnostik vorzunehmen. Die entsprechende Leitfrage wäre: *In welchem Maß kann sich der oder die zu Betrachtende bereits angstfrei getrennt positionieren?*

5.2.2. Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsorganisation. Beispielhafter Blick durch das ISKEK-Prisma auf zwei strukturdiagnostische Begriffe unter der Fragestellung: *Ermöglicht auf die existenzielle Ebene bezogene Empathie einen Gewinn an Prägnanz für die Psychodynamik des Strukturgewordenen?*

a) Narzisstische Persönlichkeit

Die Problematik der narzisstischen Persönlichkeitsorganisation (Ermann 1997) könnte mit Blick durch das ISKEK-Prisma formuliert werden als die auf mangelndes Selbst(wert)vertrauen zurückzuführende tendenzielle Unfähigkeit zur Getrenntheit mit dem darauf bezogenen lebensstiltypischen Irrtum, sich Verbindung durch Bemächtigung oder Beherrschung des Anderen sichern zu können. Der in der Beziehungsgestaltung des Narzissten innewohnende Irrtum wäre damit die Überzeugung, Beziehung in einer befriedigenden Weise durch Dominanz, also jenseits der gleichen Augenhöhe herstellen zu können.

Die *empathiebasiert* zu bearbeitende tiefste Angst wäre dann die vor der Unfähigkeit zur

Verbindung, letztlich wohl der Mangel an Selbst-Vertrauen, ausreichend Kraft zu haben, das Eigene in einer Beziehung leben/behaupten zu können, und ergo befürchten zu müssen, in der Beziehung unterzugehen oder 'einsam sterben zu müssen'.

Der (vom Narzissten regelhaft erlebte) 'strategische Irrtum' wäre: Liebe (als höchste Form der zwischenmenschlichen dialektischen Lösung des ISKEK) und damit Verbindung *durch Anerkennung und Bewunderung erwerben zu können*. Dieser Irrtum führt implizit zur Funktionalisierung des Anderen, und damit zu dessen *Un-Getrenntheit* - indem jener erlebt, '*die Freiheit (Getrenntheit) zu verlieren*', ob er bewundern möchte oder nicht. Als Ausdruck dieser Strategie, erlebt jener seine Degradierung zum bloßen Erfüllungsgehilfen. Auf das psychoanalytische Setting bezogen, kommt es beim Therapeuten in dieser Situation zu einer Irritation. Bei ISKEK-prismatischer Betrachtung erlebt der Therapeut einen *Mangel an Verbindung* ('ich erlebe kein Miteinander auf gleicher Augenhöhe, der (Patient) funktionalisiert mich und interessiert sich nicht wirklich für mein Fühlen und Denken') und einen *gleichzeitigen Mangel an Getrenntheit* ('Ich bin nicht frei, mich authentisch zu äußern'). Wo win-win in bezug auf die Pole des ISKEK das Ziel wäre, kommt es zu loose-loose – der denkbar ungünstigsten Beziehungssituation.

Mittels des ISKEK, so meine ich, kann eine *erweiterte therapeutische Strategie* entwickelt werden: Die Klarheit der Konzeption *des empathiebasierten Zugriffs auf die existenzielle Ebene* erleichtert eine schamfreie Durcharbeitung des originär aus der Not geborenen *erfolglosen* Lebensstils (von der Auflösung des strategischen Irrtums bis zur Trauer in bezug auf die biographischen Mangelerebnisse etc.).

Ein ohne die ISKEK-prismatische Aufschlüsselung betriebener therapeutischer Ansatz, also die nicht ausreichend sorgfältige Beachtung der *aktuell szenisch wirksamen mikroprozessualen Dialektik der existenziellen Pole im Therapeuten-Selbst* droht allzu leicht in einem Gegenübertragungserleben münden, 'den Patienten mit der Realität (seiner Hybris) konfrontieren zu wollen'. Diese Konfrontation des Narzissten, würde jenen erleben lassen, dass ihm seine zwar nicht sehr suffizienten aber bisher vermeintlich unverzichtbaren Krücken weggenommen werden sollen, was er zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich nicht zulassen kann. In der Tiefe würde er sich folgerichtig in seiner Not unverstanden fühlen, vermutlich 'dicker auftragen' was zu einer Eskalation von unfreiwilliger, *notgedrungener* Getrenntheit zwischen beiden Interaktionspartnern führte. Das wäre insofern unglücklich, als dass darunter die Verbindung abnähme und damit eine dialektische Lösung des ISKEK in weitere Ferne rückte.

Wie nun hilft der ISKEK in dieser Situation?

Grundsätzlich verdeutlicht der ISKEK-prismatische Blick das oben beschriebene intersubjektive Misslingen der Beziehung und kann genutzt werden, um einer unglücklichen Dynamik Einhalt zu gebieten.

Konkret ermöglicht er dem Therapeuten, wahrzunehmen, *dass ihm in dieser Situation* (in der er auf den Lebensstil des Patienten zunächst eben so zu reagieren neigt wie die übrige Welt) *sowohl Verbindung als auch Getrenntheit fehlen*. Das ermöglicht ihm, unter Nutzung der ISKEK-bezogenen theoretischen Haltung, zu entscheiden, *dass die Verbindung als Basis der Getrenntheits-Fähigkeit für eine Konfrontation noch nicht ausreicht*. Es könnte ihn das Wissen um die *Empathiemöglichkeit auf der existenziellen Ebene* bewahren, in die Falle einer *verfrühten, weil unfreiwilligen* getrennt-konfrontativen Position zu gehen. Letzteres würde zum Scheitern der betreffenden intersubjektiven mikroprozessualen Situation führen. Die vom Therapeuten als 'therapeutisch notwendig' deklarierte (in Wahrheit aus seiner Not heraus geborene) 'Realitätskonfrontation', könnte solch eine das Scheitern induzierende Intervention sein.

Die ISKEK-theoretische Interpretation dieses spezifischen mikroprozessualen Scheiterns in

der Empathie für den Patienten wäre: Der Patient erlebt⁷⁴, dass der Therapeut ihm an dieser Stelle keinen überzeugenden Weg zu einer dialektischen Lösung des ISKEK zeigen beziehungsweise kommunikativ *vorleben* kann.

b) Borderline-Persönlichkeit

Um den Rahmen an dieser Stelle nicht zu sprengen, soll die ISKEK-prismatische theoretische Betrachtung der Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsorganisation nur rudimentär angerissen werden. Jene ist per definitionem von einer Unfähigkeit zur Getrenntheit des Ichs vom Du gekennzeichnet (Dulz 2014). Sie ist ständig von einer mal mehr mal weniger unerträglichen als Objektverlustangst konzipierten 'archaischen' Angst gekennzeichnet, *Verbindung* zu verlieren. Wo der Narzisst befürchtet, mit Einsamkeit (Getrenntheit ohne Verbindung) für seine Selbstentfaltung 'bestraft zu werden', Getrenntheit also wider Willen inkaufnehmen zu müssen, befürchtet der Borderliner damit nicht überlebensfähig zu sein – Getrenntsein *nicht zu können*. Gleichwohl stellt er offensichtlich ständig notgedrungen *Getrenntheit* auf eine allerdings sehr destruktive (spaltende) Weise her. Das erscheint offensichtlich widersinnig. Warum, so könnte man fragen, gelingt es ihm, nicht, die wünschenswerte Aufgehobenheit und Urvertrauen schaffende Nachreifung 'einfach zuzulassen', indem er von seinen destruktiven verbindungszerstörerischen Tendenzen ablässt?

Mittels des ISKEK-prismatischen Blicks auf die Theorie der Psychodynamik wird die *Gleichzeitigkeit* des offensichtlich 'Verbindung-Benötigens' und 'Getrenntheit-in-Verbindungszerstörender-Weise-Herstellers' verdeutlicht. Jetzt kann das oberflächlich Widersinnige des Verbindung-unbedingt-Benötigens und sie gleichzeitig nicht zuzulassen, verstanden werden. Verbindung zu benötigen erscheint unmittelbar evident, Schwierigkeiten macht der Zerstörungsaspekt. Letzterer erschließt sich besser, wenn man das Bestreben, den ISKEK dialektisch zu lösen als existenzielles Grundbedürfnis konzipiert, und damit dem Borderliner als Motivation unterstellen darf. Er strebt als Mensch, wie alle anderen auch, die Gleichzeitigkeit von Getrenntheit und Verbindung an – zu seinem Unglück gelingt ihm beides nicht. Das wird psychodynamisch verständlich, wenn man ISKEK-prismatisch beachtet, dass in der psychopathogenetischen Situation des Betroffenen Verbindung unzureichend war (traumatisierend durch Grenzverletzungen und/oder durch Vernachlässigung) und deshalb angstbesetzt ist. Das Paradoxon des Sich-Wehrens gegen das Erforderliche wird damit verständlich und besser tolerabel. Die Erforderlichkeit des *Verbindung vor Getrenntheit* steht deshalb nicht infrage. Die Klarheit in den entsprechenden hochschwierigen Situationen kann den Therapeuten im Sinne einer Unerschütterbarkeit seiner Position stabilisieren. Deren Notwendigkeit beschreibt Lindner eindrucksvoll im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Suizidalität bei Borderline-Persönlichkeitsorganisation, wo eben jene Unbeirrbarkeit besonders herausgefordert wird (Lindner 2008).

5.2.3. Der Begriff der Scham, z.B., betrachtet durch das ISKEK-Prisma

Während oben komplexe Topoi, wie das grundsätzliche psychoanalytische Therapieziel – die erwachsene Position – und Persönlichkeitsstrukturdiagnostik anwendungsbeispielhaft durch das ISKEK-Prisma betrachtet wurden, soll nun anhand einer einzelnen Facette psychischen Erlebens - der Scham - die theoretische Brauchbarkeit des ISKEK zur Diskussion gestellt werden.

Dabei handelt es sich nach meiner Erfahrung um einen nicht ganz einfachen Begriff. Erneut ist in diesem Zusammenhang das Symptom einer unpräzisen Terminologie beobachtbar⁷⁵. 'Scham' ist im

74 Gemeint ist eine vor- bis unbewusst Vorgang, der alltags-konventionell mit 'der Patient *spürt*' bezeichnet würde

75 S.a., betreffs dieser 'Symptomatik', Abschnitt II: Darlegung der mangelnden Präzision der Begriffe *Gefühl* und *Bedürfnis*

Alltagssprachgebrauch, unscharf konzeptioniert (Seidler 2014, Tiedemann 2008). In therapeutischen (und anderen) Gesprächen finde ich eine häufige Konfusion mit und Maskierung durch 'Schuld', beziehungsweise 'Schuldgefühle'. 'Beschämung' erleben die meisten meiner Gesprächspartner als klarer umrissen, was damit zu tun haben mag, dass darin Täter und Opfer, und damit letztlich Getrenntheit klar erkennbar sind, während es sich bei der Scham als Überich-Phänomen um eine Verinnerlichung einer ggf. ehemals ich-dystonen Bewertung handelt, die ichsynton geworden ist. Das bedeutet, man erkennt den (einst autonomie-feindlichen Aggressor nicht mehr – es ist originär Repressives zum Eigenen geworden, im Sinne einer Überfremdung (Tiedemann 2008). Meinen Patienten schlage ich eine erlebnisnahe Definition vor, bei der zwei Aspekte im Vordergrund stehen: Das Erleben, "sich falsch zu verhalten", beziehungsweise in gesteigerter Form: "falsch (lästig und/oder unerwünscht) zu sein" vergesellschaftet mit dem Impuls, dies, beziehungsweise auch sich "verstecken zu wollen". Entwickelt jemand eine erlebnisfundierte Vorstellung ('ein Gefühl') des Begriffs, wird erfahrbar, wie mächtig dieses Phänomen ist. Ich bin davon überzeugt, dass die Unschärfe der Begriffskonzeption dazu beiträgt, dass Scham und Beschämung ihre Mächtigkeit als Entwicklungsverhinderer von Freiheit behalten. In meiner Auseinandersetzung mit dem Topos Empathie bin ich zu der Auffassung gelangt, dass Scham der natürliche Antagonist zur Empathie ist, wenn man den Maßstab der *Entwicklungsförderung hin zu mehr Freiheit* im Sinne der Übereinstimmung mit dem wahren Selbst anlegt.

In einem Seminar zum Thema *Scham und der beschämende Therapeut*, das ich vor kurzem anleitete, war mein Anliegen, zu vermitteln, wie häufig wir in der therapeutischen Position die Scham des Patienten übersehen. Eine Scham, die nicht selten schon mit dem Erleben der Stigmatisierung durch die Tatsache, 'zum Verrückten-Doktor' zu gehen, beginnt (Reif 2015).

In dem Seminar traf ich auf eine Teilnehmergruppe mit hoher Bereitschaft, sich auf Selbsterfahrungselemente einzulassen. Die Teilnehmer waren bereit, eigene Schamerlebnisse in Rollenspielen und anschließend für die gemeinsame Reflexion zur Verfügung zu stellen, was zu einer hohen emotionalen Verdichtung führte. In Rollenspielen mit der Aufgabe vorsätzlicher Beschämung konnte das innere Erleben von Beschämtem und Beschämer empathiebasiert präzise erarbeitet werden. Der Höhepunkt dieser Verdichtung bestand darin, dass die Gruppe in der Reflexion der Rollenspielerfahrung etwa folgendes formulierte: *'In der Rolle als Beschämer fühlte ich mich groß, irgendwie mächtig. Das gab mir Sicherheit. Aber, nach einer Weile verflog dieses Gefühl und ich merkte, wie ich immer unverbundener wurde. Zuletzt war ich eher traurig und fühlte mich einsam'*.

Ich war beeindruckt. Ohne dass ich die Terminologie des ISKEK in diesem Seminar eingeführt hatte, konnte ich erleben, dass die Gruppe aus der emotional verdichteten Atmosphäre heraus, präzise die existenzielle Bedürfnisseebene angesteuert hatte, die sich durch die theoretische Konzeption des ISKEK erschließt. Ohne, dass es im vorweg systematisch theoretisch erläutert worden war, hatte die Gruppe spontan den Schwenk von der Symptomatologie der Scham zur Empathie für das *'selbst' für den Beschämer unerfüllte Grundbedürfnis der Verbindung* in einer durch Beschämung dominierten Beziehungsgestaltung vollzogen. Dass eine stabile Verbindung nicht möglich ist, wenn Getrenntheit mit gleicher Augenhöhe fehlt, hatte die Gruppe implizit erarbeitet und damit einen Beleg für die Gültigkeit des Kriteriums *dialektische Lösung des ISKEK* geliefert. Dieser Befund wird konventionell in dieser Klarheit nicht konzipiert. Ist, andererseits, dies einmal gedacht, wird, von hier ausgehend, der nächste kleine, allerdings bedeutsame Schritt zur Erkenntnis möglich, dass *auf Macht und Unterwerfung beruhende Beziehungsgestaltungen grundsätzlich unglücklich* sind – scheitern – indem sie *beide Seiten* einsam machen.

Für mich war dieses Erlebnis mit der selbstmitteilungsfreudigen Gruppe ein eindrucksvoller Beleg sowohl für das Evidenzerleben⁷⁶ wenn die existenzielle Ebene berührt wird, wie auch für die wissenschaftlich fundierte Anwendbarkeit des ISKEK als Untersuchungstool nach den qualitativen

76 Begriff *Evidenzerleben* siehe Fußnote 8 (1.2.2.2.)

Kriterien von Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Eindeutigkeit⁷⁷. Die dargestellte Erfahrung innerhalb des Seminars werde ich als Expertenvalidierung des von mir vertretenden empathiebasierten Ansatzes.

Last not least, möchte ich, zum Ende der Diskussion von Beispielen theoretischer Implikationen des ISKEK, noch einmal das Vorläufige des Konzepts des in der Arbeit gefundenen und durch den ISKEK sichtbar gemachten Spektrums zu betonen. So, wie es mir mittlerweile selbstverständlich erscheint, Scham als 'natürlichen Angonisten zur Empathie' zu begreifen, so entstehen, von hier ausgehend, unmittelbar weiterführende Fragen.

Eine weitere Frage, die sich beispielhaft mittels des ISKEK-Prismas untersuchen lässt, ist die nach der Genese internalisierter Schamerlebnisse. Analog dazu, dass Angst frühere Bedrohungserlebnisse repräsentiert, lässt sich formulieren, dass Scham durch Beschämungserfahrungen entsteht. Letztere sind, so wie die Seminargruppe es in der Empathie für den Beschämter erkannt hatte, mit dem ISKEK-Prisma, als Erfahrungen unguter Verbindung konzipierbar, bei der weder Akzeptanz noch gleiche Augenhöhe gegeben waren. Diese Betrachtung identifiziert derlei Erfahrungen unschwer als Unterdrückungserlebnisse und öffnet damit den Raum zu einer politischen Dimension des psychoanalytischen Ansatzes. Bei der empathiebasierten Durcharbeitung solcher Erfahrungen wird dann in der Tiefe eine zunächst nicht unbedingt bewusste 'resultierende Einsamkeit' offensichtlich. Jene kann als unfreiwillige Getrenntheit (Getrenntheit ohne Verbindung) aufgefasst werden.

⁷⁷ Die Begriffe *Übertragbarkeit*, *Zuverlässigkeit* und *Eindeutigkeit* sind von mir vorgenommene Übersetzungen für die Begriffe *Transferability*, *Dependability* und *Credibility*, wie sie von Malterud in einem Artikel im Lancet über qualitative Untersuchung gebraucht werden (Malterud 2001). Ich verwende diese Begriffe in bewusster Abgrenzung von den Begriffen Validität, Reliabilität und Prägnanz, welche zwar inhaltlich verwandt, kontextuell und konnotativ allerdings durch die (rein) empirische Forschung besetzt sind.

5.3. Aus den Implikationen des ISKEK resultierende empathiebasierte Erweiterung psychoanalytischer Praxis - Anwendungsbeispiele

5.3.1. Dialektik zwischen Praxis und Theorie und ein Bekenntnis zur Subjektivität des Evidenzerlebens⁷⁸

Das 'Herunterbrechen' aller in der Arbeit vorgenommenen Reflexionen auf die Praxis, also die Bestimmung ihres Wertes für die therapeutische Arbeit, ist das erklärte Ziel meines Bemühens. Dieses theoretische Ansinnen stellt *an sich* einen Akt der Getrenntheit dar. Das praktische Verhalten des Therapeuten, dagegen, ist *der Teilaspekt* der Tätigkeit des Therapeuten, *der den Patienten interessiert – ihn an-geht*. Denn für jenen ist es unerheblich, welche Gedanken und Überlegungen - welche Theorie - hinter dem Handeln des Therapeuten stehen, solange ihm dessen intersubjektives Interaktions-Angebot nützt – ihm nützt, um den ISKEK, zum Ende der Therapie hin, eigenständig dialektisch lösen zu können.

Theorie ist vor allem für den Therapeuten nützlich. Der Patient kann sie in der Regel wenig für eine Veränderung im Sinne der Annäherung an sein wahres Selbst (Winnicott 2006) nutzen. Wäre das anders, so könnte die Illusion Wirklichkeit werden, dass signifikante Veränderung durch die Lektüre von Ratgebern und ohne emotional relevante Beziehungserfahrung (z.B., mit einem Therapeuten) stattfinden kann. Die Frage stellt sich, welchem Bedürfnis im Therapeuten die Theorie dient und die Antwort fällt nicht ganz leicht, wenn wir davon ausgehen, dass Theorie nur unwesentlich lehrt, effektiv therapeutisch zu handeln – den ISKEK überzeugend ('für den Patienten') dialektisch zu lösen. Auch Therapeuten brauchen unzweifelhaft den *significant emotional event*⁷⁹ der Beziehungserfahrung, damit das, was an Ungünstigem, Dysfunktionalem in ihnen durch Beziehung einst entstanden ist, geheilt werden kann.

Wozu also die Theorie? Vielleicht zum Trost, damit wir mit unseren Überlegungen nicht so alleine sind. Vielleicht manchmal auch als unterstützende Haltegriffe, wenn es mal wieder schwierig ist, die Orientierung in der intersubjektiven Kollusion zu finden. Auf jeden Fall geht es um Kommunikation unter Therapeuten. Praxis ginge auch ohne Theorie, Theorie an sich, ohne Praxis ist therapeutisch irrelevant.

Allerdings: Natürlich ist die hier vorgelegte Arbeit – Theorie. Und es muss geprüft werden, ob sie etwas taugt. Ich meine, das ist dann der Fall, wenn ich sie ausreichend leicht *als evident erleben* kann. Jene erlebbare Evidenz bewirkt ihre Anwendbarkeit und basiert auf ihrer erlebnisnahen Nachvollziehbarkeit. Das Erleben des eigenen Praktizierens muss in den theoretischen Engrammen wiedererkennbar sein. Die folgenden Topoi sind gedacht als Beispiele für umsetzbare, weil erlebnisnahe Orientierungshilfen im unmittelbaren intersubjektiven interaktiven Geschehen.

5.3.2. Die gleiche Augenhöhe als Beobachtungsfokus bei Anwendung des ISKEK-Prismas oder: (inwiefern) hilft der ISKEK dem Therapeuten, dieselbe herzustellen?

Wie in der zusammenfassenden Auswertung (4. Abschnitt) dargelegt, ist die *gleiche Augenhöhe* einer der Aspekte, die zur (unverzichtbaren) Begleitmusik des ISKEK gehören. Sie ist, einerseits, ein Theorieelement, welches zur für die Anwendung des ISKEK erforderlichen *Haltung* gehört, *und stellt sich, andererseits, ein*, wenn man (der Therapeut) den ISKEK anwendet. So kann sie sowohl *vor* als auch *nach* Anwendung des ISKEK in Erscheinung treten. Sie hat, wenn man so will, 'mit

78 Begriff *Evidenzerleben* siehe Fußnote 8 (1.2.2.2.)

79 Begriff übernommen von Jeffrey Zeig, Direktor der Milton Erickson Gesellschaft live bei Vortrag i.R. des Psychotherapie-Weltkongresses 1994 in Hamburg

dem Geist des ISKEK' zu tun.

In kollegialen Diskussionen um den Aspekt der gleichen Augenhöhe begegne ich wiederholt dem Argument: 'Aber es gibt realiter doch ein soziales Gefälle zwischen Therapeut und Patient'. Diesem Argument zu begegnen erfordert weitere Präzisierung.

Zweifellos stellt der Therapeut qua seiner Qualifikation, über psychische Realitäten zu reflektieren, für den Patienten a priori eine natürliche Autorität dar. Dies wird für die meisten Patienten noch verstärkt durch den gesellschaftlichen Status des Psychologen oder Arztes.

Kürzlich erklärte mir ein Patient, dass es ihm gut gehe und er mit der Therapie zu einem Ende kommen wolle. Aus der Beurteilung des bisherigen Prozesses und der Würdigung seiner aktuellen Lebensumstände heraus war ich bereit, ihn 'ziehen zu lassen', trotz meiner Einschätzung, dass die psychoanalytische Therapie nicht die entscheidende strukturelle Veränderung gebracht hatte, die ich mir zu Therapiebeginn vorgestellt hatte. Was mich irritierte, war der Zusatz "...es sei denn, Sie als Experte raten mir davon ab". Damit erlebte ich mich in einer idealisierten Position, irgendwie 'anonymisiert' und nicht gesehen - mir fehlte wirkliche Verbindung. Mir wurde deutlich, dass es sich um einen intersubjektiven Interaktionsvorgang handelte, bei dem, anlässlich der manifesten Utilisierung der *un*-gleichen Augenhöhe in der Kommunikation des Patienten, *Getrenntheit auf Kosten der Verbindung* angestrebt wurde.

Ich entschied mich, diesen Aspekt der von ihm kommunizierten manifesten *ungleichen Augenhöhe* ins Zentrum unserer Abschiednahme zu stellen. Dies ist ein praktisches Beispiel für eine sich ergebende Gelegenheit der Nutzbarmachung des Aspekts der gleichen Augenhöhe.

Die Idealisierung, von der dieser Patient so ungern lassen wollte, ist insbesondere in der Beziehungsaufbauphase einer Therapie, 'normal'. Sie ist auch für den Therapeuten zunächst ganz kommod, denn sie erleichtert es, so manche initialen Botschaften (zur Festigung der therapeutischen Allianz) zu transportieren. Die Idealisierung ist also zu einem gewissen Grad therapeutisch nutzbar.

Gleichwohl habe ich mir angewöhnt, Idealisierung so früh wie möglich aufzulösen⁸⁰, da sie eine deutlich *un*-gleiche Augenhöhe impliziert. Dies basiert auf der Überzeugung, dass dies intersubjektiv interaktionell der Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung nicht dienlich ist.

Nach meiner Erfahrung wird die Gewährwerdung des Therapeuten als (auch) fehleranfälligen Menschen seitens der Patienten sogar bei Fehlern des Therapeuten am Rahmen, wo der Patient besonders vulnerabel ist, in der Regel *erleichtert* begrüßt. Die *Gewährwerdung des Therapeuten als nicht fehlerfreiem Menschen* fördert die therapeutische Allianz, vorausgesetzt, dass es gelingt, entstandene Irritationen aufzulösen. Dazu gehört, die gegebenenfalls aufgetretene negative Übertragung qua Empathie voll zur Entfaltung zu bringen und glaubhaftes Bedauern zu kommunizieren.

ISKEK-prismatisch geht es um das Bedürfnis nach genuiner Zuwendung, deren Wert eben nicht darin besteht, 'immer alles richtig zu machen', sondern in dem Bemühen am Dienst am Patienten, also um das Angebot an *Verbindung*. Ist jenes Bemühen glaubhaft, sind die dabei begangenen Fehler und Irrtümer sogar *verbindungsförderlich*, eben weil dadurch die *gleiche Augenhöhe* konkret und alltagsnah erfahrbar wird. Hier hat die Selbstmitteilung des Therapeuten ihren Stellenwert – schamhaftes Verleugnen oder rationalisierende 'Abstinenz' lässt diese Möglichkeit der Installierung der gleichen Augenhöhe ungenutzt.

Die Bedeutung der gleichen Augenhöhe geht offensichtlich über die Nutzbarmachung des ISKEK für die Positionierung des Therapeuten in intersubjektiv-interaktionellen Mikromomenten hinaus. Der Patient wird implizit verstehen, wenn der Therapeut an einer Beziehungsgestaltung interessiert

⁸⁰ Inwiefern diese Haltung mit dem klassischen Prinzip der für den psychoanalytischen Prozess wünschenswerten Regression konfligiert, gehört in den Bereich der theoretischen Implikationen des ISKEK und soll deshalb hier nicht erörtert werden.

ist, in der das Oben-Unten zwischen Idealisierendem und Idealisierendem als Beziehungs-Störfaktor aufgehoben wird. Die in dem entsprechenden Bestreben vorgenommene Desidealisierung ist als Wegbereiter für die *zentrale Desillusionierung* zu verstehen, welche wiederum der entscheidende Schritt zum Erreichen der Erwachsenenposition ist (s.a. 4. Abschnitt).

Zusammenfassend ist der Grundsatz der gleichen Augenhöhe explizit und implizit zu verwirklichen – *explizit* - als Nutzbarmachung von Gelegenheiten, welche, analog dem Stern'schen Now Moment *ungeplant* daherkommen, und, *implizit* - als Haltung der grundsätzlichen Gleichheit von Therapeut und Patient in bezug auf den existenziellen Konflikt.

Lässt sich dies praxeologisch noch erlebnisnaher konkretisieren? Ich meine, ja. Eine relevante Facette der praktischen Anwendung der gleichen Augenhöhe, ist die bewusste Selbst-Wahrnehmung des Therapeuten - *wann er von sich aus die gleiche Augenhöhe verlässt*. Wenn sich beim Therapeuten, zum Beispiel, Überlegenheitsphantasien einstellen, kann er jene als Signal dafür verstehen, dass er in Not ist und sich auf die Suche begeben, woher diese stammt. Zum Aufspüren und Korrigieren dieser Not eignet sich die Diagnostik⁸¹ durch den ISKEK.

Letztlich basiert die Möglichkeit des Therapeuten, das Prinzip der gleichen Augenhöhe therapeutisch wirksam werden zu lassen, auf der Auseinandersetzung des Therapeuten mit sich selbst.

5.3.3. Der durch das ISKEK-Prisma *prägnantisierte*⁸² Aspekt der 'Getrennthetsfähigkeit des Therapeuten' als praktischer Aspekt therapeutischer Wirksamkeit

TherapeutInnen sollen selbstverständlich kommunikationskompetente Basisanforderungen wie Verstehens- und Einfühlungsvermögen zur Verfügung stehen. Das ist common sense. Weniger populär im öffentlichen Bewusstsein ist die Notwendigkeit der *Getrennthetsfähigkeit des Therapeuten*. Im wissenschaftlichen Kontext scheint mir die sich dahinter hermeneutisch auszumachende existenzielle Herausforderung nicht ausreichend gewürdigt.

Mittels des ISKEK wird darstellbar, dass für die Erwachsenenposition folgendes gilt: *Getrenntheit kommt vor Verbindung* und das bedeutet, dass der Therapeut getrennthetsfähig sein muss um intersubjektiv interaktionell heilsam wirken, veränderungsrelevante Verbindung eingehen, zu können.

a)...am Beispiel der Ausfallhonorarproblematik

Das (Stunden-)Ausfallhonorar ist ein immer wieder lebhaft diskutiertes Thema in kollegialen Treffen (Blohm 2011). Dabei sind unterschiedlichste Praktiken und Einstellungen zu beobachten. Das Spektrum des Umgangs mit den eigenen (wirtschaftlichen) Interessen, dort, wo es also um Getrenntheit geht, reicht von kategorischen Haltungen (welche die Austragung des Konflikts vermeiden, indem sie ihn einseitig machtvoll 'lösen') bis hin zu einem schamvoll verschwiegenen Mitagieren mit den Patienten. Klar und in ruhiger Übereinstimmung mit sich und dem Patienten (ISKEK-dialektisch gelöst) erlebe ich selten jemanden unter Kollegen in dieser Situation.

Ich selber tue ich mich immer wieder schwer und neige zu umfangreichen Erklärungen, wenn ich Patienten, von deren wirtschaftlich schlechteren Verhältnissen ich in der Regel gut informiert bin, 80.- für eine Ausfallstunde in Rechnung stelle.

ISKEK-prismatisch stellt sich die nicht-dialektische Lösung des Existenziellen Konflikts der

81 Diagnostik (griech.) Durch-Schauen

82 'Prägnantisiert' i. S. von 'auf den Punkt gebracht'

Ausfallhonorar-Situation so dar: Bei konsequenter Honorareinforderung leidet unter Umständen die Verbindung, möglicherweise entstehen 'Scham- und Schuldgefühle ob der eigenen Hartherzigkeit gegenüber dem hilfsbedürftig sich anlehenden Patienten' etc. Bei Entgegenkommen an dieser Stelle leidet die Getrenntheit inform der Selbstvertretung.

Die Situation ist für den Therapeuten nicht unkompliziert, weil er berücksichtigen muss, dass er, aufgrund der realen gesellschaftlichen Versorgungslage und des Leidensdrucks des Patienten, in der Therapieanbahnungssituation eine dominante Position einnimmt. Letztere kann den Patienten bei der Wahrnehmung seiner Interessen einschränken - er erlebt sich als Bittenden. Außerdem muss der Therapeut die Getrennthetsfähigkeit des Patienten, also die Freiheit desselben, den angebotenen Vertrag abzulehnen, so aufrichtig wie möglich realistisch einschätzen und in Rechnung stellen, was wiederum mit einer Fehleranfälligkeit einhergeht, die allerdings durch sorgfältige Kommunikation reduziert werden kann.

Betrachtet man den Umgang mit der Ausfallhonorarproblematik durch das ISKEK-Prisma, wird die Bedeutung der Getrennthetsfähigkeit des Therapeuten deutlich. Wenn der Therapeut an dieser Stelle nicht überzeugend ist, konterkariert er unter Umständen seine sonstigen Bemühungen im Sinne eines 'negativen Now-Moment-Effekts'. Der Therapeut, der 'nicht, oder nur mit schlechtem Gewissen, für sich sorgen kann', der zur Aufrechterhaltung der therapeutischen Allianz, und sei es auch nur tendenziell, den Ausfallhonorar-Konflikt vermeidet, wird kein überzeugendes Modell für die zentrale Herausforderung der Erwachsenenposition – das existenzielle Alleinsein – sein können. Die Rettungsphantasie, der Patient könnte 'das nicht mitbekommen', ist eine Illusion, wenn man davon ausgeht, dass die Unbewussten der Beteiligten in einer ungestörten psychoanalytischen Situation sehr authentisch und direkt kommunizieren. Da es unter Berücksichtigung der Komplexität der benannten Einflussfaktoren offensichtlich keine eindeutige 'Ergebnis-Lösung' geben kann, ist die Fähigkeit des Therapeuten zur Authentizität gefragt, um die Auseinandersetzung des für-sich-Einstehens mit den begleitenden Zweifeln und Ambivalenzen durchzustehen. Um sich dieser Situation zu stellen, bedarf es der Risikobereitschaft des Therapeuten zur Problematisierung seiner subjektiven Getrennthetsfähigkeit, und damit der Schwierigkeit, den ISKEK dialektisch zu lösen.

In Würdigung der durch das ISKEK-Prisma verdeutlichten Bewusstheit, dass *ohne Getrenntheit keine tiefe Verbindung möglich ist*, stellt die Ausfallhonorarproblematik eine therapeutische Chance dar, die sich auszuschlachten lohnt - abgesehen davon, dass Vermeidung unter Umständen bestraft wird.

b)...am Beispiel der Therapiebeendigung

Ein weiterer Aspekt der Getrennthetsfähigkeit des Therapeuten, der ISKEK-prismatisch verdeutlicht werden kann soll an dieser Stelle nur relativ kurz beleuchtet werden soll. Relativ kurz, weil dem Topos bereits ganze Bücher gewidmet worden sind⁸³. In Supervisionen und in der eigenen Praxis erlebe ich immer wieder, wie schwer es mitunter fällt, Patienten selbst dann 'ziehen zu lassen', *wenn es soweit ist. Wann* es soweit ist, bestimmt sich in der Regel dadurch, dass der Rahmen des bewilligten Kontingents ausgeschöpft ist.

Es kann sich allerdings auch so darstellen, und das ist die schwierigere Situation, dass der Patient die Therapie früher beenden will, als der Therapeut es sich vorgestellt hatte; dass er die vom Therapeuten als möglich eingeschätzte strukturelle Veränderung nicht erreicht hat, und *dennoch gehen will*. Letzteres kann im Frieden oder Unfrieden, also in Übereinstimmung mit dem

83 Einen Überblick über die Literatur zum Thema gibt die Psychoanalytikerin Inge Rieber-Hunscha (Rieber-Hunscha 2005)

Therapeuten oder nicht stattfinden.

Mittels des ISKEK lassen sich diese Situationen präziser wahrnehmen und aufgrund der entstehenden Prägnanz besser steuern.

Möchte ein Patient die Therapie 'vorzeitig' beenden, so kann es sich natürlich um den Ausdruck seines Widerstandes handeln. Diese Interpretation seines 'Wunsches zu gehen' muss, im Sinne therapeutischer Sorgfalt, möglichst präzise und offen (auf gleicher Augenhöhe) erörtert werden. Die dazu erforderliche 'gesunde therapeutische Ich-Spaltung' ('lassen Sie uns mit unseren Erwachsenen-Anteilen gemeinsam untersuchen, ob diese Trennung Ausdruck einer Vermeidung oder Angst ist, oder ob es andere gute Gründe gibt, die zur Zeit für Sie im Vordergrund stehen, weil sie für ihre Entwicklung im Moment wichtiger sind') interagiert den existenziellen Konflikt intersubjektiv indem sie Getrenntheitsfähigkeit des Therapeuten impliziert ('Ich kann und will Ihnen die Entscheidung letztlich nicht abnehmen, aber meiner Aufgabe nachkommen, so gut wie möglich dazu beizutragen, dass Sie sie in Übereinstimmung mit Ihren wirklichen Interessen (Bedürfnissen) stattfindet').

Gelingt es, diese Auseinandersetzung (im oben dargestellten Sinne) ausreichend ambivalenz-sensibel zu führen, entsteht eine Situation, in der die Verbindung offensichtlich gewahrt bleibt und Getrenntheit gleichzeitig möglich ist. Dies (die dialektische Lösung des ISKEK) stellt sich nach den Ergebnissen der Arbeit als relevantes – strukturell veränderndes - therapeutisches Agens dar.

Anlässe für diese Ausführung über die Getrenntheitsfähigkeit des Therapeuten und die Anwendung des ISKEK kommen in meiner Praxis laufend vor. Kürzlich kam eine meines Erachtens reflektierte und wissenschaftlich engagierte Supervisandin und berichtete aus einer Supervision, wo der Supervisor die Tatsache, dass eine Patientin nur noch 1mal pro Woche anstatt 2mal kommen wollte, kategorisch als Widerstand interpretierte. Auf den Einwand der Kollegin, dass sie die realen von der Patientin angegebenen Gründe nicht ignorieren könne und dass es sich bei der Auffassung, dass das Anliegen der Patientin Widerstands-bedingt sei, *doch um eine Deutung handele*, habe der supervidierende Kollege geantwortet, das sei keine Deutung, sondern eine Tatsache. Die in Ausbildung befindliche Kollegin hatte nachvollziehbarerweise irritiert und verunsichert reagiert. Ich denke, hier wurde in eindrucksvoller Weise das Prinzip der gleichen Augenhöhe verletzt, und, bei genauer Betrachtung der Umstände durch den ISKEK, käme man zu dem Schluss, dass Getrenntheit und Verbindung in dieser Situation nicht ausreichend gleichzeitig erfüllt sind. Die Aufrechterhaltung von Verbindung gegen den erklärten Willen des Anderen ist ein Ausdruck von Dominanz und damit kommunikationstheoretisch ein Kennzeichen gewaltsamer Beziehungen. Die Haltung, es apodiktisch besser zu wissen als der Andere, ist wenig förderlich dafür, dass jener die erwachsene Position erreicht.

Grundsätzlich und zusammenfassend lässt sich sagen, dass die mangelnde Klarheit des Therapeuten am Topos der Therapiebeendigung gegen folgende ISKEK-assozierten Grundätze verstößt:

- * *Getrenntheitsfähigkeit* als Ausdruck der (heilenden) Erwachsenen-Position *des Therapeuten*,
- * *gleiche Augenhöhe*,
- * zu beachten, dass *Getrenntheitsfähigkeit* vor *Verbindungsmöglichkeit* kommt, um eine hilfreiche Position einnehmen zu können; und, schließlich,
- * einer präzisen *ISKEK-prismatischen Untersuchung der momentanen Beziehungssituation* (also die Klärung des Status von Verbindung und Getrenntheit)

Der Verstoß gegen diese Grundsätze führt zu Erfahrungen auf seiten der Betroffenen, in denen der ISKEK nicht dialektisch gelöst und die insofern nicht entwicklungsförderlich sind.

c) Zusammenfassung zum Topos *Getrenntheitsfähigkeit des Therapeuten* als Praxis-Anwendungsbeispiel für den ISKEK

Die beiden Anwendungsbeispiele für die Praxis-Anwendbarkeit des ISKEK zum Topos *Getrenntheitsfähigkeit des Therapeuten* waren nicht zufällig auf den Rahmen des therapeutischen Settings bezogen, also auf die Grenzlinie zwischen Zusammenkommen und Auseinandergehen. Beide sind Now-Moment-affin, insbesondere im negativen Sinne – falls der Therapeut nicht überzeugend getrenntheitsfähig ist.

Die mikroprozessuale Betrachtung intersubjektiver Interaktionen zeigt, dass die *Getrenntheitsfähigkeit des Therapeuten* über die oben diskutierten Situationen hinaus im Grunde ständig gefragt ist. Das wurde detailliert im 3. Abschnitt untersucht und theoretisch weiterentwickelt. *Getrenntheitsfähigkeit* ist in diesem Zusammenhang *im Sinne des ISKEK* ausdrücklich konzipiert als Bewahrung der eigenen Position, ohne dass die therapeutische Allianz (ISKEK-Pol der Verbindung) leidet. Die jeweilige diesbezügliche Beziehungsszene kann mittels des ISKEK-Prismas mikroprozessual untersucht werden, die Frage also geklärt werden, inwiefern *der ISKEK* bei einer getrennten⁸⁴ Position des Therapeuten *dialektisch gelöst ist*.

Gelingt dies intersubjektiv interaktionell, so ist davon auszugehen, dass der therapeutische Kontakt den Patienten dabei unterstützt, sich dem grundsätzlichen psychoanalytischen Therapieziel – der erwachsenen Position – auch in seiner Realität außerhalb der psychoanalytischen Situation anzunähern.

Die Auseinandersetzung des Therapeuten mit der eigenen Getrenntheitsfähigkeit ist als permanenter und in seiner Wichtigkeit unzureichend konzipierter Prozess zu betrachten – auch der Therapeut wird in dieser Hinsicht nie voll-endet sein, da sich der existenzielle Konflikt in immer neuen realen Herausforderungen und in den Anforderungen neuer Lebensabschnitte abbildet. Die Anerkennung der Tatsache, dass diese Auseinandersetzung wahrscheinlich in jeder mikroprozessualen Szene stattfindet und gleichzeitig eine lebenslange Herausforderung darstellt, führt zu einer Praxis die darin eben die gleiche Augenhöhe als Wirkagens impliziert.

⁸⁴ Die hier vorliegende Form der Getrenntheit kann auch als die *Position des Gegenübers* bezeichnet werden; gleichsinnig ist die Bezeichnung als *konfrontative Position*, vorausgesetzt jene ist nicht mit der affektiven Spannung eines Streits konnotiert. Hohage spricht von *nichtstrafender Konfrontation* (Hohage 1997).

5.4. Wissenschaftstheoretische Aspekte der Einbettung des ISKEK in den aktuellen wissenschaftlichen Kontext

5.4.1. Notwendigkeit der weiterführenden Operationalisierung der qualitativen Konstruktion des ISKEK

Die Ergebnisse der Arbeit wurden bisher nicht operationalisiert. Sie stellt gleichwohl ein wissenschaftlich vertretbares Ergebnis im Sinne einer qualitativen Konstruktion dar. Jene soll als Vorschlag zu einer Herangehensweise (approach) bei der psychoanalytischen Betrachtung zwischenmenschlicher Beziehungen aufgefasst werden. Die qualitative Konstruktion müsste im Sinne einer Weiterführung operationalisiert werden, um sie empirisch auf Reliabilität und Validität überprüfen zu können.

5.4.2. Vergleich mit alternativen mikroprozessualen Ansätzen unter dem Aspekt der Operationalisierung – am Beispiel des mikroprozessualen Ansatzes von Stern (2010)

Um die vorliegende qualitative Untersuchung wissenschaftlich kontextuell einzubetten, soll der hier vorgestellte Ansatz in einem kurzen Abriss mit der mikroprozessualen Untersuchungsmethode von Daniel Stern verglichen werden. Dabei beziehe ich mich auf die Ausführungen zur ursprünglich aus den *Frühstücksinterviews* hervorgegangenen Untersuchungsmethode in Daniel Sterns *Der Gegenwartsmoment* (Stern, 2010).

5.4.2.1. Setting der Untersuchung

"Die Interviews hatten allesamt nur ein Thema: 'Was hatten die Probanden am Morgen desselben Tages beim Frühstück [...] erlebt?'" (a.a.O., S. 236). Bei Stern handelt es sich um ein strukturiertes Interview. Es gibt also eine Befragungstechnik mit festgelegten Rollen für einen Interviewer und einen Interviewten.

Im Unterschied dazu ist die Betrachtung mithilfe des ISKEK nicht durch ein formales Setting festgelegt. Die Beobachtung wird zwar in der Regel von einem qualifizierten Psychotherapeuten vorgenommen werden, aber selbst das ist keine unumstößliche Voraussetzung für die Anwendung des ISKEK. Das Betrachtungstool ISKEK ist nicht an eine konkrete soziale Situation gebunden. Es kann ubiquitär zur Beziehungsanalyse, beispielsweise sowohl für die Reflexion einer Beziehung *während des Prozesses der Teilnahme* (bei entsprechender Unterrichtetheit sogar von beiden Teilnehmern), bei Falldarstellungen oder zur Untersuchung belletristischer Literatur eingesetzt werden. Einzige Voraussetzung ist, dass eine Beziehungssituation vorliegt.

5.4.2.2. Die zeitliche Dimension und Beobachtungstechnik der Untersuchung

"...versuche ich von meinem Interviewpartner zu erfahren, was er in jenen 5 Sekunden erlebt hat. Das Interview dauert etwa eineinhalb Stunden" (a.a.O., S. 28); und "Die erste Aufgabe besteht darin, zu bestimmen, welcher Ausschnitt des Frühstückserlebnisses untersucht werden soll. Die zeitliche Dauer des Segments sollte nicht wesentlich länger als dreißig bis neunzig Sekunden betragen, weil einer intensiven Untersuchung zeitliche Grenzen gesetzt sind" (a.a.O. S. 237).

Selbst wenn die Angaben von Stern innerhalb seiner Darstellung etwas schwanken (s.o.), so

wird doch eines deutlich: Der von ihm beobachtete mikroprozessuale Zeitraum ist noch kürzer als der in den kasuistischen Untersuchungen dieser Arbeit. Wo er im Sekundenbereich untersucht, werden hier mikroprozessuale Begegnungen von mehreren Minuten Dauer zugrundegelegt⁸⁵.

Um die sekundenlange Sequenz zu untersuchen hat Stern eine elaborierte Fragetechnik entwickelt, die ihm erlaubt, das bewusste aber auch das nicht-unbewusste implizite Erleben zu erfassen. Initial leitet er die Untersuchung wie folgt ein: "Ich bitte Sie, Ihr Erleben gleichermaßen als Film ablaufen zu lassen, so als könnten wir aus den Vorgängen, die sich innerhalb jener fünf Sekunden in ihnen abspielten, eine Montage anfertigen. Sie sind der Regisseur und ich bin der Kameramann. Sie müssen mir sagen, was ich tun soll. Wollen Sie eine Nah- oder eine Fernaufnahme? Wie soll der Schnitt zwischen zwei Szenen aussehen? In welcher Entfernung und in welchem Winkel zum Geschehen soll sich die Kamera befinden? Mit anderen Worten, ich frage nach allem, was mir einfällt, um das subjektive Erleben meiner Interviewpartner möglichst vollständig zu erfassen..." (a.a.O., S. 237).

Im Unterschied dazu ist die Untersuchung mittels des ISKEK empathiebasiert hermeneutisch auf den existenziellen Konflikt zwischen Verbindung und Getrenntheit fokussiert⁸⁶. Die Fragestellung ist hier also *a priori* selektiv (*beziehungs-*)*psychodynamisch*, während sich Stern im Unterschied dazu um "Vollständigkeit des subjektiven Erlebens" bemüht.

5.4.2.3. Stichprobenauswahl

"Die Probanden entschieden selbst, welches Frühstückssegment eingehend erforscht werden sollte. Die Grundlage ihrer Entscheidung war uns nicht bekannt. Dies ließ die Möglichkeit offen, dass die Auswahl auf der Grundlage psychodynamischer Faktoren, narrativer Fähigkeiten, emotionaler Belastung usw. erfolgte" (a.a.O., S. 236).

Während Stern (wie oben ausgeführt) der Subjektivität des Probanden die Stichprobenauswahl überlässt, bringt er gleichzeitig durch ihn (den Untersucher) vorgegebene gezielte Fragestellungen zur Anwendung. Seine Untersuchungsmethode stellt also eine Koproduktion zwischen Proband und Untersucher dar. Diese ist auf seiten des Probanden, wie von Stern ausgeführt, durch eine gewisse subjektive Beliebigkeit der Stichprobenauswahl gekennzeichnet.

Im Unterschied dazu erfolgte die in dieser Arbeit vorliegende Stichprobenauswahl, erstens, durch den Untersucher (Therapeuten) und, zweitens, aufgrund nachvollziehbarer, (gleichwohl subjektiver) Kriterien, die ihre Begründung in ihrer Relevanz für das hermeneutische Anliegen, das theoretische Verständnis für den Topos Empathie zu erweitern, finden (s.o., Abschnitte 1 und 3 der Arbeit).

5.4.2.4. Affektdifferenzierung

"Ich gehe immer wieder mit den Probanden durch, was sie erlebt haben. [...] Ich frage sie nach den Gefühlen, die sie empfunden haben. Diese affektiven Erfahrungen werden von den Probanden als zeitliche Kontur eingetragen, die die Veränderung der Affektintensität festhält. [...] erhalten wir schließlich eine Aufzeichnung, die der Partitur einer Symphonie ähnelt, weil so viele Dinge gleichzeitig geschehen" (a.a.O., S. 28/29).

Sterns Methode ist qualitativ nicht selektiv und damit ungerichtet hinsichtlich der

85 Das gilt auch für die Gesamtdauer der für die Darstellung aneinandergereihten (Vignetten-)Segmente aus aufeinanderfolgenden Therapiestunden. Siehe dazu jeweils die ersten Darstellungsebenen (3.1.1.; 3.2.1.; 3.3.1.) der Kasuistiken im 3. Abschnitt der Arbeit.

86 Hier wird sich auf das im Rahmen der Theoriegenerierung der Arbeit, also auf das im Prozess der Arbeit entwickelte *Ergebnis* der Arbeit (das ISKEK, bzw. zwischenzeitlich EZBK und dann ISAEGK genannte) Untersuchungstool bezogen.

Affektabbildung. In der für Stern typischen Weise bildet er mikroprozessual gegen die Zeitachse ab. Er kodiert hier Affekte präziser hinsichtlich der Quantität der Intensität, und umfangreicher hinsichtlich der qualitativen Auswahl. Diese Auswahl erfolgt zunächst unselektiert, quasi diffus.

Im Vergleich dazu fragt der ISKEK von vornherein nach der *Funktionalität* der Affekte – in bezug auf die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung von Bedürfnissen. Letzteres ist durch das in die Untersuchungsmethode eingeflossene theoretische System der Gewaltfreien Methode bedingt, derzufolge Affekte *funktional* in der benannten Weise *auf Bedürfnisse hinweisen*. Während der ISKEK auf die Fragestellung der existenziellen Bedürfnisse, und damit früher im Untersuchungsprozess qualitativ hermeneutisch fokussiert, gelangt Stern erst später und aufgrund einer wesentlich größeren Datenmenge zu psychodynamischen Hypothesen.

5.4.2.5. Now Moments, deren Auftreten und die therapeutische Haltung des Untersuchers

Stern grenzt sich bei der Definition des Now-Moments⁸⁷ von einer traditionellen 'technik-basierten' therapeutischen Haltung ab, wenn er untersucht, wann solche intersubjektiv entstehen. "Ein Jetzt-Moment ist ein Gegenwartsmoment, der sich im Prozess des Vorangehens unvermutet...einstellt. Er ist ein hochaffektiver Moment..., weil er den Charakter der Beziehung zwischen Patient und Therapeut in Frage stellt. Damit verbunden ist gewöhnlich die Gefahr, den gewohnten Rahmen der Zusammenarbeit...zu sprengen oder die üblichen 'Regeln' zu verletzen...Sowohl im Patienten als auch im Therapeuten wächst die Angst....Der Therapeut spürt, dass eine routinierte technische Reaktion nicht genügen wird..." (a.a.O., S. 251).

Im Unterschied dazu, oder sollte ich sagen, in Erweiterung dessen (?), berücksichtigt die ISKEK-Prismatische Betrachtung die primäre *Motivation* des Therapeuten in diesem Prozess – die existenzielle Motivation.

Um die Gelegenheit zu einem Now-Moment therapeutisch – in seinem kairotischen Potenzial – verwerten zu können, ist der Therapeut laut Stern gefragt, auf seine herkömmliche Technik zu verzichten und authentisch zu reagieren. Wie er dazu kommen soll, das zu tun, bleibt bei Stern unbeantwortet. Die Hermeneutik des Untersuchers ist für ihn in diesem Sinne kein Thema. Ebenso, beziehungsweise, eben darum bleibt Sterns Ansatz die Antwort schuldig, wie das bezeichnete Ideal – den Now-Moment therapeutisch zu verwerten - erreicht werden kann.

Genau auf diese Frage fokussiert im Vergleich dazu der ISKEK-basierte Ansatz. Was, so fragt er, erlebt der Therapeut, wenn es ihm mehr oder weniger erfolgreich gelingt, sich diesem Ideal anzunähern? Wenn Stern feststellt, dass der Therapeut in der Situation des Jetzt-Moments "Angst erleben" kann (s.o.), so entspricht es einer Weiterführung der hermeneutischen Fragestellung, zu klären, warum dies so ist. Dazu, so die Überzeugung des Autors, ist die selbstempathiebasierte Klärung der Frage nach den eigenen Bedürfnissen des Therapeuten, als Teilnehmer des Prozesses, hilfreich. Durch die Anwendung des ISKEK kann die Reaktionsmöglichkeit des Therapeuten auf 'den unvorhergesehenen Moment', jenseits von etablierter Technik, differenzierter konzipiert werden als nur dem Ideal zu entsprechen, irgendwie durch persönliche Reife dafür vorhalten zu müssen. Die bei Stern unterschiedene Spaltung zwischen den Rollen, einmal als Untersucher und einmal als Teilnehmer des Prozesses wird dadurch aufgehoben. Dies schlägt sich in der oben (4.

87 Der Now-(Jetzt-)Moment definiert Stern als einen Aspekt des Gegenwartsmoments (a.a.O. S. 248 u. 251). Der Gegenwartsmoment bildet das zentrale Thema des gleichnamigen Buches. Dort wird letzterer multidimensional diskutiert. Viele Aspekte dieser Diskussion finden sich in dieser Arbeit – zum größeren Teil sind sie aus einer analogen klinischen Erfahrung bei grundsätzlich verwandtem Ansatz ohne vorherige bewusste Kenntnis der Sternschen Ausführungen entstanden, vermutlich allerdings aus einem analogen impliziten Wissen. Da Sterns Studie wesentlich umfangreicher fundiert und ausführlicher in der Darstellung ist, wäre es vermessen, dieses Konzept kritisch untersuchen zu wollen. Hier wird also lediglich versucht, zu diskutieren, inwiefern der ISKEK-basierte Ansatz das Sternsche Konzept möglicherweise ergänzen kann (s.a. 5.2.4.7.).

und 5. Abschnitt) beschriebenen Gleichzeitigkeit des ISKEK als theoretisches und praktisches empathiebasiertes Tool nieder – der interaktionell intersubjektiv teilnehmende Therapeut ist gleichzeitig der Untersucher. Aufgrund der der ISKEK-Prismatischen Untersuchung inhärenten gleichen Augenhöhe, kann, bei entsprechend fortgeschrittener 'psychodynamischer Schulung', auch der 'Patient' zum Untersucher werden.

Bei Stern treten Now-Moments quasi unvorhersehbar auf. Mittels des ISKEK kann ihr Auftreten aus der intersubjektiven Interaktionalität heraus wahrscheinlicher 'gemacht' werden (s.dazu 4. Abschnitt).

5.4.2.6. Gegenübertragung und 'professionelle Intimität'

Die Probanden entschieden selbst, welches Frühstücksegment eingehend erforscht werden sollte. Die Grundlage ihrer Entscheidung war uns nicht bekannt. Dies ließ die Möglichkeit offen, dass die Auswahl auf der Grundlage psychodynamischer Faktoren, narrativer Fähigkeiten, emotionaler Belastung usw. erfolgte" (a.a.O. S. 236).

Bei Stern wird die Auswahl des Untersuchungsmaterials (s.o., 5.4.2.3.) bis hin zur Wahrnehmung der Affektintensitäten (s.o., 5.4.2.4.) dem 'Probanden' überlassen, während bei dem in dieser Arbeit vorgestellten ISKEK-basierten Ansatz der Psychoanalytiker dafür verantwortlich ist.

Es tut sich an dieser Stelle die Frage auf, ob dadurch nicht möglicherweise die spezifische Qualität der geschulten Wahrnehmungsfähigkeit des letzteren 'verschenkt' wird, das, was gemeinhin im Begriff der Gegenübertragung aufgeht. Der Psychoanalytiker wird unter Umständen eine relevante Auswahl an Untersuchungsmaterial vornehmen und auch (hoffentlich) 'weniger widerständig' Affekte zulassen. Buchholz nennt das 'professionelle Intimität' - die Fähigkeit, mittels derer der Taxifahrer auf den letzten 5 Metern der Annäherung seines Fahrgastes, noch bevor es zu einer verbalen Interaktion gekommen ist, eine reliablere Einschätzung als die übrige Bevölkerung abgeben kann, ob der Fahrgast bezahlen wird oder nicht, (Buchholz 1998). Der ISKEK-basierte Ansatz schließt damit, neben der bewussten Wahrnehmung, das geschulte implizite Wissen, den trainierten Umgang mit dem Unbewussten vielleicht vollständiger mit ein, als Stern es in dieser Hinsicht tut.

5.4.2.7. Zusammenfassende vergleichende Wertschätzung⁸⁸

Sterns System mikroprozessualer Untersuchung intrapsychischen Geschehens erscheint eindeutig präziser und differenzierter als die Betrachtung mithilfe des ISKEK. Sein Ansatz vielgestaltiger Fragestellungen (s.o. 2.5.4.1. und 2.5.4.2.), mittels derer er ein originär 5 sekundiges Frühstückserlebenssegment im Rahmen eines 90-minütigen Interviews "auf-zoomt", hat mich fasziniert und mir ursprünglich die Perspektive mikroprozessualer Betrachtung eröffnet. Dadurch wird die Erkenntnis, dass "der Buddha in jedem Sandkorn" oder "...alle erfassbaren seelischen Phänomene im letzten Grunde Konkretisierungen der einheitlichen Aktionslinie des Individuums sind" (Adler zit. bei Anbacher 1995) wissenschaftlich überzeugend abgebildet. Er generiert mit seiner Methode eine deutlich größere Anzahl von Daten als ich mittels des ISKEK.

Im Vergleich zum Sternschen Ansatz beobachtet die Untersuchung mittels des ISKEK von vornherein unter einem selektiveren Fokus. Diese Selektion ist früher im Prozess der Untersuchung als bei Stern durch die beiden bei Anwendung des ISKEK implizit applizierten theoretischen

88 Mit diesem Begriff versuche ich das englische *critical appreciation* zu übersetzen, in dem Bemühen um eine wertschätzendere und angemessenere Haltung als eine Abgrenzung im bewertenden Dominanzgebahren

Konzepte 'Gewaltfreie Kommunikation' und 'existenzielle Fragestellung auf der Basis psychoanalytischer Grundpositionen' *hermeneutisch ausgerichtet*. Wo Stern sich 'länger Zeit lässt', aus der Fülle der von ihm erhobenen Daten, zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der Untersuchung zu psychodynamischen Hypothesen zu gelangen, wird mittels des ISKEK *a priori* versucht, jene zu fokussieren. Wo Stern minutiös, phänotypisch 'empirischer', zum Beispiel Affektintensitäten graphisch kodiert, fokussiert die Untersuchung mittels des ISKEK von Beginn an 'qualitativ' auf die Funktion des jeweiligen Affekts *in bezug auf den existenziellen Konflikt*.

Diese betonter hermeneutische Ausrichtung des ISKEK erklärt sich durch den methodischen Ansatz, die inhärente Verarbeitung zweier originär hermeneutischer Theoriesysteme bei der Generierung des Untersuchungstools ISKEK, welches das Ergebnis der Arbeit darstellt. Gleichzeitig trägt die initiale Intention der Arbeit – zu einer Erweiterung des Topos *Empathie* beizutragen – von vornherein zu einer empathiebasierten und also essenziell hermeneutischen Ausrichtung bei.

Ein zweiter wesentlicher Unterschied im Vergleich der beiden mikroprozessualen Untersuchungsmethoden ist die Tatsache der Einbeziehung bzw. Nicht-Einbeziehung der Subjektivität des Untersuchers. Sterns Ansatz ist durch seine empirischere Herangehensweise tendenziell eher forschungsrelevant einsetzbar, der ISKEK durch seine größere unmittelbare Erlebnishöhe eher unmittelbar *prozesssteuernd verwertbar* - im Sinne einer intersubjektiven interaktionellen Teilnahme. Durch die Anwendung des ISKEK wird tendenziell der intersubjektive Raum *zwischen den beiden Interaktionspartnern* betrachtet und teilnehmend *gestaltet*, während Stern auf eine festgelegte 'hierarchische' Rollenaufteilung zwischen Untersucher und Proband zurückgreift. Der ISKEK steuert damit eher *die gleiche Augenhöhe* an, deren Wert und grundsätzliche Implikation in der Arbeit diskutiert wird (siehe u.a. 1.1.1. und 5.3.2.). Folgt man der Argumentationslinie der Arbeit, wird dadurch die Now-Moment-Induzierbarkeit gefördert. Das relevante Agens wäre eine erweiterte therapeutische Haltung, die als 'Subjektivierung des intersubjektiven Ansatzes' bezeichnet werden kann.

Wäre es noch möglich, mit Daniel Stern zu diskutieren, so läge also die Frage nahe, ob er sich mit der Anwendung des ISKEK als Weiterführung seines Ansatzes *in seinem Sinne* einverstanden erklären könnte, indem das Verständnis intrapsychischen Geschehens, durch die intersubjektiv-interaktionelle Beziehungsanalyse mittels des Untersuchungstools ISKEK und damit, durch den hermeneutischen Bezug auf die existenzielle Dimension, sinnvoll ergänzt wird. Könnte er, so lautet die Frage in anderen Worten zugespitzt, die Auffassung teilen, dass der ISKEK den Sternschen Ansatz fortsetzt, indem er *im Prozess anwendbar ist, und damit* die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Now-Moments und *so das Veränderungspotenzial* der intersubjektiven Methode steigert?

5.5. Es geht um eine empathiebasierte erweiterte therapeutische Haltung - Ausblick und Schlussfolgerungen

Weise am Weisen ist die Haltung

Zu Herrn K. Kam ein Philosophieprofessor und erzählte ihm von seiner Weisheit. Nach einer Weile sagte Herr K. zu ihm: "Du sitzt unbequem, du redest unbequem, du denkst unbequem." Der Philosophieprofessor wurde zornig und sagte: "Nicht über mich wollte ich etwas wissen, sondern über den Inhalt dessen, was ich hat keinen Inhalt", sagte Herr K. "Ich sehe dich täppisch gehen, und es ist kein Ziel, das du, während ich dich gehen sehe, erreichst. Du redest dunkel, und es ist keine Helligkeit, die du während des Redens schaffst. Sehend deine Haltung, interessieren mich deine Ergebnisse nicht."

(Adaptiert von B.Brecht: *Geschichten vom Herrn Keuner* Suhrkamp tb Bd. 16, Frankfurt 1971)

Die Person des Psychoanalytikers ist seit Freud und seiner Chirurgenmetapher in ständiger Entwicklung, indem sie als Subjekt immer mehr hervortritt. Nimmt man an, dass es sich dabei nicht um eine Fehlentwicklung sondern, vor dem Hintergrund zunehmender Emanzipation von gesellschaftlichen Zwängen, eher um eine Entwicklung hin zum wahren Selbst der Psychoanalyse handelt, so wäre die jüngste Strömung, die des Intersubjektivismus, die bis dato am weitesten vorangetriebene Form dieser Annäherung. Der ISKEK soll der Erweiterung des intersubjektiven Ansatzes dienen.

Psychotherapeuten sind ständig bemüht, das heilsame Agens ihrer Rolle in der therapeutischen Interaktion zu erfassen und zu optimieren. Ich distanziere mich davon, dieses Ansinnen auf Strategien und Tools der Schematisierung und Operationalisierung oder auf imaginative Baustein-(Trauma-)Behandlungen zu reduzieren; sogar davon, jene auch nur gegenüber den personengebundenen Subjektivitäten der therapeutischen Beziehung zu betonen. Ich halte die entpersönlichende Objektivierung dessen, was in der therapeutischen Dyade passiert für eine irrwegige Illusion, wenn es darum geht, Veränderung zu potenzieren sowie zu verstehen, wie sie von statten geht. Die Beschreibung der Vorgänge bei einer tiefen Begegnung zweier Subjekte stellt eine kommunikative Herausforderung dar. Dies darf allerdings nicht dazu führen, das Augenmerk *weg vom subjektiven Erleben*, und stattdessen, *hin zu operationalisierten oder anderen Schemata* zu legen.

Erlebnisnäher: Wenn die Illusion gepflegt wird, dass die beteiligten Personen sich nicht mehr in der Tiefe aufzuregen brauchen (sondern ein Schema zu erfüllen haben), geht die spezifische Tiefenwirkung der psychoanalytischen Behandlung verloren.

Nach Daniel Stern ist der Moment der intersubjektiven Begegnung, in dem signifikante (heilsame) Veränderung stattfindet - der Now Moment – ausdrücklich dadurch definiert, dass *der Therapeut nicht ausschließlich auf erlernte Techniken zurückgreifen kann* (s.a. 5.4.2.5.). In diese Richtung weiterzudenken, ist die Haltung hinter dieser Arbeit von Anfang an gewesen, die Untersuchung des Topos Empathie das zentrale Anliegen. Herausgekommen ist ein Tool, von dem ich hoffe, dass es sich als brauchbar erweist, weil es die Tiefe intersubjektiver Begegnung, meiner Auffassung nach, nicht verflacht, sondern fördert.

Durch die Implementierung der Empathie *für die existenzielle Dimension* in der Untersuchung von Intersubjektivität, versucht der ISKEK *hermeneutisch* zur Wirksamkeitssteigerung psychodynamischer Psychotherapie beizutragen. Ich habe durch diese Untersuchung eine mögliche Antwort auf die Frage gefunden, *was*, im Sinne einer entsprechenden Haltung, erforderlich und *wie* jene

praxeologisch zu formulieren ist. Durch dieses Ergebnis können sowohl der *praxisbezogene* Satz von Erich Fromm, dass *der Therapeut in einer veränderungswirksamen therapeutischen Beziehung zum Patienten werden müsse* (Fromm 1971) als auch der von Dilthey aufgestellte *theoretische* Grundsatz hermeneutischer Forschung, *das Ich im Du zu entdecken* (Dilthey 1958), konkretisiert werden.

Auf Erich Fromm wurde an verschiedenen Stellen der Arbeit Bezug genommen⁸⁹. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die *zentrale Idee* - den ISKEK, zur Erweiterung des Empathiebegriffs, theoretisch und praxeologisch⁹⁰ als Betrachtungsinstrument für das Gelingen psychotherapeutischer Beziehungen *zwischen den Polen Getrenntheit und Verbindung* aufzuspannen - für mich auf Fromm zurückgeht. Zwei Aspekte des ISKEK⁹¹ stammen direkt von ihm: Erstens, weist er darauf hin, dass "das Erlebnis der Getrenntheit – der Abgesondertheit und der Ohnmacht -...existenzielle Angst...hervorrufen" und dass diese existenzielle Angst "einen fundamentalen Drang nach Vereinigung" nach sich zieht (Fromm 1962); und, zweitens, stellt er den Bezug zur praktischen Psychoanalyse her, indem er sagt, "dass die Psychoanalyse darauf abzielt, die wirklichen aber nicht bewussten [u.U. ungünstigen (Ergänzung DS)] Formen der Bezogenheit⁹² des Menschen zur Welt aufzuhellen "(a.a.O.)⁹³. Über Fromm hinausgehend schafft der ISKEK die konkrete mikroprozessuale *Abbildung* auf der Ebene des manifesten psychoanalytischen Diskurses und also die *Anwendung* beider von Fromm entliehenen zentralen Aspekte des ISKEK auf die psychoanalytische Praxis.

Auf Dilthey gehen drei Aspekte, die in die Konstruktion des ISKEK Eingang gefunden haben, zurück. Sie stammen aus seiner *Formulierung der Hauptthesen der Begründung der Hermeneutik* (Danner 1994, S. 85): Erstens, "Gegenstand der Geisteswissenschaften ist das *Verstehen der Bedeutung* innerer Zustände des Menschen [Hervorhebung DS]" (a.a.O., S. 86); zweitens, "das Verstehen ist ein Wiederfinden des Ich im Du" (a.a.O., S. 87), und, drittens, "Die methodische Überprüfung des Verstehens erfordert eigene, hermeneutische Methoden" (a.a.O., S. 87). Mit diesen drei Aspekten steht Dilthey einerseits Pate für den methodischen Ansatz der hier vorgelegten Untersuchung (aus welcher der ISKEK hervorgegangen ist). Andererseits drückt sich die subjektivitätsbasierte hermeneutische Haltung i. S. Diltheys in Konstruktion und *Anwendung*⁹⁴ des ISKEK aus. Der ISKEK ist also ein Instrument, welches *an sich* eine methodisch konkrete *Betrachtungshaltung* impliziert. Letztere stimmt insofern mit den von Dilthey formulierten Grundsätzen der Hermeneutik überein, als dass der ISKEK für *das Verstehen innerer Zustände* geeignet ist; radikaler als bisher *das Wiederfinden des Ich im Du* praktiziert, indem er, zum Beispiel, Selbstempathie des Therapeuten als Voraussetzung für das Verstehen des Gegenübers postuliert; und, schließlich, haben Diltheys Grundsätze sich konkret sowohl im in der Dissertationsarbeit angewandten Forschungsdesign als auch in der Heuristik des ISKEK niedergeschlagen, indem eine *erforderliche eigene hermeneuti-*

89 Siehe dazu auch 1.1.1. (Fußnote 1); 2.6.5.; 3.1.4.; 3.2.5.2.; 4.3.1.; 4.4.4.; 4.4.5.a

90 Siehe dazu 4.8., dort findet sich für den ISKEK noch die Formulierung ISAEGK

91 Diese beiden Aspekte finden sich in den letzten beiden Buchstaben, die für *Existenzieller Konflikt* stehen.

92 Synonym verstanden mit *Verbindung*

93 Alle Zitate von Erich Fromm in diesem Absatz wurden aus folgender Textstelle exzerpiert: "*Die Tatsache des menschlichen Selbst-Bewusstseins... resultiert in einem entscheidenden Phänomen und das ist in der Tatsache des Erlebnisses der Getrenntheit - der Abgesondertheit und der Ohnmacht - und dieses Erlebnis...ruft hervor... existenzielle Angst...die Angst, die dem Menschen eigen ist. Sie ruft hervor, mehr noch als die Angst, die Gefahr des Irreseins. denn der ganz getrennte, der ganz unbezogene Mensch, ist der irre Mensch, ist der ver-rückte Mensch, verrückt, weil er keinen Platz hat, weil er nicht bezogen ist auf etwas, wohin er gehört. Wenn diese existenzielle Angst, das Resultat der menschlichen Situation ist, dann wird es verständlich, dass der Mensch eine fundamentale Leidenschaft, oder, wenn Sie wollen, einen fundamentalen Drang hat, und das ist der Drang nach Vereinigung – Vereinigung mit dem Mitmenschen, mit der Welt, Vereinigung, die ihn rettet vor dem unerträglichen Gefühl des Getrenntseins und der Ohnmacht. Der Mensch, wenn er nicht verrückt werden will, muss erleben das Vereinigt-sein, das Bezogen-sein.... Und in der Tat...würde ich sagen, dass die Psychoanalyse darauf abzielt, die wirklichen aber nicht bewussten Formen des Bezogen-seins des Menschen zur Welt aufzuhellen, aufzudecken...*" (Fromm 1962)

94 Aufgrund der nach wie vor im Prozess befindlichen Konstruktion des ISKEK hat jener sowohl die Ergebnis- als auch die prozessurale Dimension (s.a. 4.8. zur Duplizität des ISAEGK [Vorform des ISKEK])

*sche Methode*⁹⁵ entwickelt wurde.

95 Die drei in diesem Satz kursiv gesetzten Begriffe beziehen sich auf die im vorangehenden Absatz bezeichneten Zitate zu Dilthey

6.1. Zusammenfassung

Ausgangspunkt: Das Anliegen der Arbeit ist, den Stellenwert von *Empathie in der psychoanalytischen Praxis* zu untersuchen und zur *theoretischen Schärfung des Begriffs 'Empathie'* beizutragen. Die zugrundeliegende Hauptthese ist: *Es gibt eine positive Korrelation zwischen der Fähigkeit des Therapeuten zur Selbstempathie und dem daraus resultierenden Gelingen therapeutischer Interventionen.*

Methode: Es wurde minutendauerndes, interaktionelles kasuistisches verbatim-Material mikroprozessual untersucht. Dabei kamen drei wissenschaftliche Methoden zur Anwendung: die *Psychoanalyse*, aus deren Praxis das Untersuchungsmaterial stammt und in deren wissenschaftstheoretischem Kontext die vorliegende Arbeit stattfindet; die von dem Rogers-Schüler Rosenberg entwickelte *Gewaltfreie Kommunikation* (Rosenberg 2005), die eine systematische Terminologie und Axiomatik zur Empathie bietet; und die *Grounded Theory* (Glaser und Strauss, 2010), welche, als übergeordnete qualitative Forschungsmethode, die Theoriegenerierung dirigiert. Als spezifischer methodischer Ansatz der Arbeit wird bei der empathiebasierten hermeneutischen Erforschung der vor- bis unbewussten Steuerung des therapeutischen Dialogs *auf das Therapeuten-Selbst fokussiert.*

Ergebnisse: a) prozessual: Methodologisch kongruent mit der Grounded Theory erweiterte sich die Ausgangsfragestellung *gegenstandsorientiert* und ließ en passant *Wesensmerkmale einer empathiebasierten therapeutischen Haltung* hervortreten, zu denen, unter anderen, *das Prinzip der gleichen Augenhöhe, Selbstmitteilung und die Desillusionierung des Heilsversprechens* zählen. b) inhaltliches Ergebnis dieses Prozesses ist die Ordnung der *Gesamtheit der ermittelten konkreten Motivationen (Bedürfnisse)* auf der Ebene des Therapeuten-Selbts nach den Polen *Vereinigung versus Getrenntheit*. Hermeneutisch kommt *jedem* der beiden Pole der Status eines *Grundbedürfnisses* zu, dessen Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung für das Schicksal des intersubjektiv-interaktionellen Geschehens im therapeutischen Diskurs hochrelevant ist. Eine nächsthöhere Stufe hermeneutischer Abstraktion stellt die Beobachtung dar, dass die *Gleichzeitigkeit* der Erfüllung dieser polaren Grundbedürfnisse innerhalb eines intersubjektiven Moments *an sich ein Grundbedürfnis* darstellt. Dessen Befriedigung wird von Patienten und Therapeuten gleichermaßen *als evident* erlebt. Dass Empathie damit auf *einen existenziellen Konflikt beziehbar* wird, während sie sonst als *ungerichtete* Einlassung konzipiert wird, ist charakteristisch für den Ansatz der Arbeit. Aus dem Ergebnis des grundsätzlichen Bedürfnisses der *gleichzeitigen* Erfüllung von Vereinigungs- und Getrenntheitsbedürfnissen resultierte die Ausrichtung der Untersuchung von Mikrobeziehungs-Momenten auf die *jener Polarität immanente Dialektik*. Dies ermöglicht ein vertieftes Verständnis für das *Gelingen bzw. Misslingen* von Beziehungs-Interaktionen und infolgedessen von therapeutischen Interventionen. Die Gesamtheit der auf diese Dialektik bezogenen empathierelevanten Beobachtungsergebnisse findet sich, im Sinne einer weiteren Abstraktion, im Begriff des *intersubjektiv-kommunizierten-existenziellen Konflikts – ISKEK* wieder. Letzterer ist Kondensat der prozessualen Zwischenergebnisse und zugleich generiertes Werkzeug und repräsentiert in ebendieser Duplizität das Ergebnis der Arbeit 1) als Gesamtheit der während der Untersuchung gewonnenen Beobachtungen bezüglich des Topos Empathie i.S. einer erweiterten intersubjektiven Haltung, und 2) als „Prisma“ a) für den Therapeuten, um sich in interaktionellen Mikroprozessen in der psychoanalytischen Praxis zu orientieren, und b) für den Wissenschaftler, um mikroprozessual zu untersuchen, wie Beziehungen gelingen können.

Diskussion: Durch die Betrachtung der therapeutischen Beziehung aus der dem ISKEK impliziten Perspektive des *existenziellen Konfliktes* und der *Selbstempathie des Therapeuten* wird der Therapeut im therapeutischen Interaktionsprozess selbst zu einem Interpretations-Bedürftigen. Diese Haltung ist konkordant mit dem hermeneutischen Forschungs-Diktum von Dilthey, demzufolge *Verstehen [anderer] als 'Das Wiederfinden des Ich im Du' beschreibbar ist* (Dilthey 1958). Resultierend ändert sich die Forschungshaltung bei der Untersuchung dessen, was im therapeutischen Prozess wirklich passiert, vom: *Wie behandle ich (den Anderen) richtig?* zum: *Was kann ich (als Therapeut) auf der Selbst-Ebene tun, um den Therapieprozess zu fördern?*

6.2. Summary

Starting point

The *central idea* of this thesis is to investigate the *significance* of empathy in psychoanalytic practice and to contribute to the theoretical definition of the term. Its main hypothesis is that *there is a positive correlation between the therapist's ability to empathise with his own self and the success of therapeutic interventions.*

Methods

The microprocesses of short spoken interactions were investigated using three scientific methods: *Psychoanalysis* whose practice provides the case material and defines the the general scientific framework of this thesis; *Nonviolent Communication* (Rosenberg 2005), which was conceptualised by Carl Rogers' student Marshall Rosenberg, and supplies a terminological and axiomatic concept of empathy; and *Grounded Theory* (Glaser and Strauss 2010) which governs the generation of theory in terms of an overarching qualitative method of research. The specific methodological approach of this thesis in the empathy-based hermeneutic investigation of what steers the therapeutic dialogue is *to focus on the therapist's self.*

Results

Process-related

In methodological congruence with Grounded Theory the issue initial research question was extended in a subject-oriented way and, en passant, disclosed *characteristics of an empathy-based therapeutic attitude* such as the principles of *meeting at eye level*, *self-revelation* and *the disillusionment of the healing promise.*

Content-related

The main content-related result of the above process is the organization of *specific motivations (i.e. needs)* on the level of the therapists self according to the poles *Connection* and *Separateness*. Each of these, from a hermeneutic perspective, qualifies as a basic need whose satisfaction is highly relevant for the outcome of the intersubjective interactional process within the therapeutic discourse. A further step in hermeneutic abstraction ist the observation that the simultaneous satisfaction of these diametrically opposed basic needs in a specific intersubjective moment is *a basic need in and of itself* and is experienced by both patient and therapist *as evident*. The fact that empathy, generally conceptualised as an undirected endeavour, thus refers to an existential conflict, is characteristic of the approach of this thesis. The recognition of the *simultaneous fulfilment* of the needs for Connection and Separateness as *a basic as such* led to the research being directed towards micro-relational moments in terms of the polarity's inner dialectics. This results an in-depth understanding of *success or failure* of relational interactions and, thence, therapeutic interventions. The observational results relevant to empathy that relate to these dialectics are further abstracted in the abbreviation of intersubjectively communicated existential conflict **ISCEC**, which represents the essence of the subtotals of the research process and a thus generated tool; and it represents within this duplicity the result of this thesis 1) all observations regarding the topos empathy form part of an extended intersubjective therapeutic attitude and 2) equally as a prism a) for the therapist to orientate himself within interactional microprocesses in psychoanalytical practice, and b) for the scientist to investigate, on a micro-processual basis, how relations can succeed.

Discussion: By investigating the therapeutic relation from the ISCEC-based perspectives of the *existential conflict* and of the *empathy of the therapist for his own self*, the therapist becomes one whose needs are to be interpreted. This attitude corresponds with the hermeneutic dictum of Dilthey, according to which *understanding [of others] can be described as reencountering my own (self) in the (self of) the other one* (Dilthey 1958; German orig., translated by DS). The stance of research investigating what really happens in the therapeutic process changes from: *How do I treat (the other one) correctly?* to *What can I do (as a therapist) regarding my own self in order to improve the therapeutic process?*

7. Abkürzungsverzeichnis [einschließlich der Verweise auf die Orte ihrer vorrangigen Verwendung]

- B / (B) : *Bedürfnis* [in den Fußnoten des 3. Abschnittes (kasuistische Untersuchung)]
- EGK : *Existenzieller Grundkonflikt*
- EZBK : *Existenzieller zentraler Beziehungskonflikt* [Erstversion der Formulierung des in der Arbeit generierten Parameters (s. Titel) zur Beurteilung des Gelingens von Beziehungen – Abschnitt 3.1.]
- ISAEGK : *Intersubjektiv ausgetragener existenzieller Grundkonflikt* [Im 3. Abschnitt (3.3.3.) generierte Weiterentwicklung des EZBK (s.o.)]
- ISKEK : *Intersubjektiv kommunizierter existenzieller Konflikt* [In Abschnitt V generierte Weiterentwicklung des ISAEGK (s.o.)]
- G / (G) : *Gefühl* [in den Fußnoten des 3. Abschnittes (kasuistische Untersuchung)]
- G : *Getrenntheit* [In den Tabellen von Kapitel 3.3. als polare Gegenüberstellung von "V" (s.u.)]
- GfK : *Gewaltfreie Kommunikation (nach Marshall Rosenberg)* [s.a. Abschnitt 2 der Arbeit, Verwendung im gesamten Text]
- MBM(s) : Mikrobeziehungsmoment(e)
- neg./pos. konnot. : *negativ/positiv konnotiert* (er Affekt) [In den Tabellen von Kapitel 3.3.]
- Pat. : *PatientIn* [In den mikroprozessualen Sitzungsprotokollen des 3. Abschnitt]
- s.a./o./u. : *siehe auch/oben/unten*
- Th. : *Therapeut* [In den mikroprozessualen Sitzungsprotokollen des 3. Abschnitt]
- V : *Vereinigung* [In den Tabellen von Abschnitt 3.3. als polare Gegenüberstellung von "G" (s.o.)]

Schrifttypen im kasuistischen Forschungsteil (3. Abschnitt):

kursiv Schriftgröße 10: *Einführende Kurzdarstellung zu Biographie, Setting und bisherigem Therapieprozess des jeweiligen Kasus (Darstellungsebene 1)*

Fettdruck: **"wörtliche Rede in der Vignette"**

Normalschrift: Szenische Kommentare innerhalb der Vignette

Unterstreichung Kennzeichnung der MBM

8. Literaturverzeichnis

- Ansbacher H (1995) Lebensstil. In: Wörterbuch der Individualpsychologie. R. Brunner, M. Titze (Hrg.) 2. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, S.286*
- Bauriedl T (1996) Leben in Beziehungen, von der Notwendigkeit, Grenzen zu finden. Herder Verlag, Freiburg:*
- Bion W (1967) Notes on memory and desire. The Psychoanalytic Forum, Vol.2, No.3*
- Bitschnau KI (2008) Die Sprache der Giraffen. Zur Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. Junfermann Verlag, S. 18.*
- Blohm F (2011) Das Unbehagen am Ausfallhonorar. Forum der Psychoanalyse (2011) 27: 61.*
- Brecht B (1971) Geschichten vom Herrn Keuner. Suhrkamp Taschenbuch, Bd. 16, Frankfurt*
- Buchholz M (1998) Vortrag "Die Psychoanalyse der Zukunft der Psychoanalyse" auf dem Kongress 50 Jahre DGPT, Tonkassette Auditorium Netzwerk*
- Caligor E, Kernberg O, Clarkin J (2010) Übertragungsfokussierte Psychotherapie bei neurotischer Persönlichkeitsstruktur. Schattauer, Stuttgart, S.122 ff*
- Danner H (1994) Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. In: Theorien der Erziehungswissenschaft. E. König, P. Zedler (Hrg.), 3. Aufl., Beltz Deutscher Studienverlag, Weinheim, S. 88*
- Dilthey W (1958) Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften. In: Gesammelte Schriften (4. Auflage) Bd 7 Stuttgart, S. 191. In: Theorien der Erziehungswissenschaft. E. König, P. Zedler (Hrg.), 3. Aufl., Beltz Deutscher Studienverlag, Weinheim, S. 86-87*
- Dulz B (2014) Borderline-Störung, Borderline-Persönlichkeit. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 134-139*
- Ermann M (1997) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Ein Leitfaden auf psychodynamischer Grundlage. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 75*
- Ermann M (2014) Gegenübertragung. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 296*
- Fromm E (1962) Vortrag: Die Grundpositionen der Psychoanalyse. Toncassette Auditorium Netzwerk 658. ISBN 3-89680-392-1*
- Fromm E (1971) Zen-Buddhismus und Psychoanalyse. Suhrkamp taschenbuch, Bd. 37, Frankfurt*

- Glaser B, Strauss A (2010) *Grounded Theory, Strategien qualitativer Forschung. 3. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.*
- Götze P (2000) *Suizidalität der Borderline-Patienten. In Handbuch der Borderline-Störungen. B. Dulz, O. Kernberg und U. Sachsse. Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 281-292*
- Gruen A (1999) *Der Verlust des Mitgefühls. 3. Auflage, Deutscher Taschenbuchverlag, München*
- Haubl R (2014) *Spiegeln. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 884*
- Hohage R *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. 2. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 12, 13*
- Itten T (2011) *Intuition und Wissenschaft in der Psychotherapie. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin 9, S. 31-42.*
- Kast V (1987) *Vortrag: Komplexe und Symbole. Toncassette Auditorium Netzwerk The World of Psychotherapy PC 5/2*
- Körner J (2014) *Progression – Regression. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 803-809*
- Lindner R (2008) *Ambulante psychodynamische Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsstörungen 12: 257-264*
- Luborsky L (1988) *Der zentrale Beziehungskonflikt: Ein Arbeitsbuch, PSZ-Verlag, Ulm*
- Mahler M, Pine F, Bergmann A (2008) *Die psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Individuation. 13. Auflage. Fischer Taschenbuch, Frankfurt*
- Malterud K (2001) *The art and science of clinical knowledge: beyond measures and numbers. Lancet 358, S. 397-400*
- Mentzos S (2009) *Lehrbuch der Psychodynamik. 3. Auflage, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.*
- Mentzos S (2014) *Autonomie Abhängigkeit. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 98-103*
- Milch W (2014) *Empathie, Einfühlung. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 196-200*

- Milch W, Hartmann HP (2014) *Selbstpsychologie. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 868-871*
- Müller-Pozzi H (1995) *Psychoanalytisches Denken. 2. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.*
- Nedelmann C (2014) *Psychoanalyse – Psychotherapie. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S.755*
- Rank O (2006) *Lebensangst und Todesangst. In Technik der Psychoanalyse Bd 3 (Neuauflage der Ausgabe von 1926). Psychosozial-Verlag, Gießen. S.423-440*
- Reif A (2015) *Psychiater im Gespräch "Unsere Patienten gelten als verrückt nicht als krank". Interview FAZ e-paper Gesellschaft 10.6.2015.*
- Rieber-Hunscha I (2005) *Das Beenden der Psychotherapie – Trennung in der Abschlussphase. Schattauer, Stuttgart*
- Rieff P (1990) *Kairos in Freuds Thought. In: The feeling intellect. The University of Chicago Press, Chicago S. 53-60*
- Rogers C (2015) *Der neue Mensch. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart*
- Rosenberg M (2005) *Gewaltfreie Kommunikation 6. Auflage Verlag Junfermann, Paderborn.*
- Rosenberg M (2005 B) *Vortrag und Workshop 'Grundlagen der Gewaltfreien Kommunikation'. DVD 710D Auditorium Netzwerk, Müllheim.*
- Rudolf G, Henningsen P (2008) *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik 6. Aufl., Thieme, Stuttgart, S 101.*
- Rycroft C (1995) *A Critical Dictionary of Psychoanalysis. 2nd edition, Penguin Books, London (GB)*
- Sartre JP (1977) *Sartre über Sartre - Autobiographische Schriften. Bd.2. Rowohlt Taschenbuch, Hamburg*
- Seidler G H (2014) *Scham. In: Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S.827 - 830*
- Schulz-Venrath U (2014) *Intersubjektivität. Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. W. Mertens (Hrg.) 4. Auflage (2014). Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 451-458*
- Strauss A, Corbin J (1996) *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim*

- Stern D (2010) Der Gegenwartsmoment. 3. Auflage; Verlag Brandes und Apsel, Frankfurt*
- Thomä H (2001) Intersubjektivität und Bifokalität der Übertragung. In: Die Gegenwart der Psychoanalyse. W. Bohleber, S. Drews (Hrg). Klett Cotta Verlag, Stuttgart*
- Tiedemann J L (2008) Die intersubjektive Natur der Scham. Forum der Psychoanalyse 24, 3: 246 – 263 (2008)*
- Wiedemann P (1995) Gegenstandsnahe Theoriebildung .In: Handbuch Qualitative Sozialforschung. U. Flick; E. v. Karhoff; H. Klupp; L. v. Rosenstiel, S. Wolff (Hrg.) Beltz Psychologische Verlagsunion, Weinheim, S. 440 - 445*
- Willi J (2012) Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg Neuausgabe, Erstaussgabe 1975.*
- Winnicott D (2006) Vom Spiel zur Kreativität. 11. Auflage. Klett-Cotta, Stuttgart*
- Yalom, Irvin (2008) In die Sonne schauen – wie man die Angst vor dem Tod überwindet. btb Verlag, München.*

9. Danksagung

Ohne die Betreuung meines Doktorvaters **Herrn Privatdozent Dr. med. Reinhard Lindner** hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Er führte mich in die Wissenschaftlichkeit qualitativer Forschung ein, korrigierte mit extremer Sorgfalt, Präzision und Geduld und ermutigte mich während der Durststrecken mit routinierter wie gleichzeitig leidenschaftlicher Geduld - nie bedrängend. Ich erlebte eine Angewiesenheit, die, da beidseitig freiwillig, eine besonders glückliche Form der Beziehungs-Erfahrung geworden ist.

Auf ganz andere Weise, quasi privat und im Hintergrund, dabei gleichzeitig ursächlich für die Insemination des Gedankens der Getrenntheit und Bildung der intersubjektiven Haltung sowie zahllose erweiternde Diskussionen des Topos Empathie verantwortlich, ist mein ehemaliger Lehranalytiker **Herr Professor Dr. Dr. Helmut Junker** in dem Entstehen dieser Arbeit unverzichtbar gewesen. Auch er korrigierte und regte an, sagte mehr als einmal "Stellen Sie die Arbeit fertig, es wird Ihnen gut tun".

Schließlich gab **Professor Dr. Ullrich Stuhr** den initialen Impuls, diese Dissertation zu schreiben – entstanden im Rahmen der gemeinsamen Erfahrung einer Intervisionsgruppe zur LAC-Studie. Angeregt durch meine in Falldarstellungen offen gelegte therapeutische Praxis fand er jene dokumentationswürdig und ermutigte mich, ein Thema zu suchen. Ihm, wie den beiden Erstgenannten schulde ich großen Dank dafür, mich vom universitären Kontext nicht abschrecken lassen zu haben, sondern darin eine Möglichkeit der Kommunikation in meinem Sinne erkennen zu können.

10.

Lebenslauf

Dirk Sieveking, geb. 1956 in Hamburg

Studium der Medizin in Hamburg	1980 – 1986
Assistenzarzt Unfallmedizin, Anästhesie, Innere Medizin in England und Deutschland	1987 - 1993
Facharztausbildung	
Psychiatrische Klinik Häcklingen	1994 - 1997
Niederlassung im Beauftragungsverfahren i.R. AP-Weiterbildung	1998
Facharzt Psychsom. Medizin und kassenärztliche Niederlassung	2001
Psychoanalytische Weiterbildung	1995 - 2003
Alfred-Adler-Institut Nord	
Psychoanalyse-Zusatztitel ÄK Hamburg	2001
Abschluss Institutstitel Psychoanalyse	2003
Dozent am Alfred-Adler-Institut Nord	2003 ff.
Lehranalytiker und Supervisor am Alfred-Adler-Institut Nord	2008 ff.
Lehrtherapien, Supervisionen und Dozententätigkeit an mehreren Instituten (ZAP-Nord, Instit. f. Psychoth. Univ. Hamburg, John Rittmeister-Institut, Hafencity-Universität Hamburg Psychotherapieausbildung)	2011 ff.

11. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

Anhang: Erklärung zum Datenschutz

Nach intensiver Auseinandersetzung mit dem Aspekt des Datenschutzes, insbesondere mit dem Aspekt des *Informed Consents*, hat der Autor die Entscheidung getroffen, die Patientendaten vollständig zu anonymisieren und die drei Patienten, deren vom Therapeuten rekonstruierte Interaktionen mit dem Therapeuten Grundlage der qualitativen Untersuchung in dieser Arbeit geworden sind, um Genehmigung zur Nutzung in einer wissenschaftlichen Untersuchung zu bitten. Dem wurde in allen drei Fällen ohne Vorbehalt zugestimmt.