

**Ich-psychologische Überlegungen zu den gestalterischen Therapieverfahren  
in der Psychiatrie.**

W. Tress

"Gestalterische" Verfahren fördern im Patienten Aktivitäten, "die ein schöpferisches Moment enthalten und dadurch etwas von der Persönlichkeit und den Erlebens- und Reaktionsweisen wiedergeben (FRANZKE 1977).

Mit dieser Definition von FRANZKE im Hintergrund konzentrieren sich die folgenden Betrachtungen zu den Ich-psychologischen Grundlagen der gestalterischen Therapien auf die psychotischen und grenzpsychotischen Persönlichkeitsstörungen und klammern das Neurotische explizit aus. (Nach psychoanalytischer Auffassung entstehen neurotische Symptome, wenn Konflikte zwischen den Triebimpulsen aus dem Es und den moralischen Werten, der Selbstachtung sowie der äußeren Wirklichkeit unökonomisch und realitätsfern gelöst werden, indem der gefährliche Impuls aus dem Bewußtsein verdrängt wird.)

Neurotische Triebabwehrkonflikte entbrennen stets im intrapsychischen Spannungsfeld zwischen den Vorstellungen über die eigene Person und den Vorstellungen über die davon abgegrenzten Bezugspersonen, oder in psychoanalytischer Terminologie: Die Repräsentanzen der eigenen Person und die der Objekte sind zwar konflikthaft aufeinander bezogen, aber dennoch in der Vorstellung voneinander getrennt. Deshalb bewahren die Ich-Funktionen neurotischer Patienten ihr reifes Niveau: Unentstellt bleiben die Fähigkeiten der Wahrnehmung, des Urteils, der Antizipation, des Willens, der Realitätsprüfung und der Sprache.

Dagegen werden gerade diese Ich-Funktionen von den Psychosen betroffen, indem psychotisches Denken und Phantasieren auch hinsichtlich der formalen Entwicklungsstufen regrediert: Die wahrnehmungsmäßige Trennung von Innen und Außen versagt. Äußere Rea-

lität als das, was durch motorische Aktion oder ihre Surrogate beeinflusst werden kann, verschmilzt mit den inneren Wünschen und Ängsten, mit der inneren Realität. Im psychotischen Weiterleben konfluieren eigene und fremde Persönlichkeitsanteile, sie werden sowohl projiziert als auch introjiziert, um das Gute vom Schlechten zu scheiden. An die Stelle der Realitätsprüfung treten Wahnideen und Halluzinationen.

Zwischen dem psychotischen und neurotischen Niveau der Ich-Entwicklung liegt das des Borderline-Patienten. In seinen Vorstellungen ist das Bild seiner selbst von den Bildern seiner Objekte, seiner relevanten Bezugspersonen getrennt. Er unterscheidet zwischen psychischen Repräsentanzen seiner eigenen Person und denen seiner Beziehungspersonen. Ihm fehlt indessen die Objektivität, worunter wir die Vereinigung auch der emotionalen Ambivalenzen bezüglich ein- und derselben Person zu einem ganzheitlichen Bild dieser Person meinen. Das Erleben des Borderline-Patienten spaltet zwischen hoch idealisierten Engeln und teuflischen Verfolgern. Er kann unmöglich vereinbaren, daß ein und derselbe Therapeut sich zumeist ihm ganz zuwendet und doch derselbe ihn zur Urlaubszeit verläßt. Deshalb bildet sich der Patient eine gute und eine böse Version seines Therapeuten, von denen er immer nur jeweils eine psychisch realisiert. Der Borderline-Patient kennt seinerseits nur den Zustand des Hasses oder der glühenden Verehrung. Sein Selbstgefühl schwebt auf Wolken oder ertrinkt in Selbstverachtung. Er lebt in einer Welt von emotional gespaltenen Objektteilen, in primitiven Schwarz-Weiß-Klischees.

Weil er noch nicht über die Verdrängungsmechanismen des Neurotikers verfügt, spaltet er seine Vorstellungen von seinen Mitmenschen in völlig gute und ganz böse Repräsentanzen, die niemals psychisch miteinander Verbindung aufnehmen dürfen, damit nicht die absolut bösen und verfolgenden Objektanteile die lebenswichtigen guten und hoch idealisierten zerstören. Der Neurotiker hingegen kann gerade diese ambivalenten Aspekte in einem konstanten Objektbild vereinigen, da er in die überlegene Stärke der beruhigenden und sichernden Anteile seines Selbst und seiner Mitwelt

zu vertrauen gelernt hat.

Aus dem Gesagten erwächst für die gestalterischen Therapieverfahren die Aufgabe, die angeführten formalen Regressionen und Stagnationen der Ich-Entwicklung aufzulösen. Zum Verständnis dieses meist intuitiv ablaufenden, weil an unser elterliches Vermögen anknüpfenden Vorganges, verhilft die Kenntnis der analytischen Entwicklungspsychologie, bekannt als Ich-Psychologie. Die psychische Instanz des Ichs ist nicht stationär und dinglich, sondern als dynamischer Prozeß zu denken, der die Funktionen des Ichs organisiert (BLANCK 1980). Die Ich-Funktionen vermitteln zwischen den Erfordernissen der Triebspäre, der verinnerlichten Ideal- und Moralforderungen sowie den Notwendigkeiten der Umwelt. Die Strukturen, entlang derer sich die Ich-Funktionen immer kohärenter ausdifferenzieren, sind die Objektbeziehungen. Sie regulieren die Triebe und wählen die Kanäle der Triebbefriedigung.

Zunächst organisiert das Ich das Wechselspiel zwischen den angeborenen Bereitschaften des Säuglings (undifferenzierte psychophysische Matrix - HARTMANN 1965) und dem Angebot seiner Empfangswelt, in welcher das Kind die Interaktion mit seinen Pflegepersonen körperlich erfährt.

Der körperliche Austausch, die Praxis von Mutter und Kind (LORENZER 1979) prägt sich nicht als Ganzes, sondern in seinen verschiedenen positiv und negativ erlebten Modalitäten ein. Später werden die positiv getönten Interaktionen mit der Mutter zusammengefaßt und von den ihrerseits integrierten negativen Erfahrungen abgetrennt. In der psychischen Realität des Kindes existieren damit, wie Melanie KLEIN (1962) uns lehrte, zwei Mütter, eine gute gespalten von einer bösen. Erst der nächste Schritt der Ich-Entwicklung vereinigt unter dem Primat des guten und beruhigenden Objektes dieses mit dem feindlichen zur Einheit des konstanten Objekts. Das Kleinkind erfaßt jetzt auch emotional seine eine Mutter in ihren angenehmen und unangenehmen Aspekten.

Der gezeigte Entwicklungsschritt beruht auf der angeborenen Bereitschaft zur Beziehungsaufnahme, zunächst zur Pflegeperson in

einer dyadischen Beziehung, zur Mutter. Die primäre Dyade lebt im wechselseitigen körperlichen Austausch, aus dessen inneren Abbildungen später alles Kognitive und Emotionale vorgeht. Grundlegend für die Entwicklung der schicksalshaften Ich-Strukturen als in Symbolik organisierter, verinnerlichter Erfahrung gestaltet sich das konkrete, leibliche Wechselspiel von Mutter und Kind. Von hier aus entfaltet sich die angeborene Fähigkeit, die primär als leib-seelische Abläufe erfahrenen Interaktionen in immer vielschichtigeren und zusammenhängenden Repräsentanzen der eigenen Person und der Bezugswelt zu ordnen und zu verinnerlichen. Die Entwicklung unserer seelischen Struktur beginnt mit dem leiblichen Erleben der Handlungseinheit von Mutter und Kind, schreitet fort zur seelischen Repräsentation der jeweiligen Handlungsmodalität, um diese Erfahrungen zu kohärenten Strukturen, Objektrepräsentanzen zu vereinigen, in denen ein facettenreiches, in sich selbst durchaus widersprüchliches, aber doch ganzheitliches Bild der eigenen Person, der wichtigen Mitmenschen und der dazugehörigen affektiven Befindlichkeit mit eingehen. KOHUT und WOLF (1980) sprechen von der umwandelnden Verinnerlichung realer Objektbeziehungen in psychische Strukturen, welche Vorstellungen und Gefühlsleben steuern. Vom außengelentkten Verhalten entwickeln wir uns hin auf innengelentktes Handeln.

Wie betont, basiert dieser Prozeß der Selbst-Objekt-Differenzierung und der wachsenden Objekt Konstanz auf dem Überwiegen der guten Objekt- und Selbst-Qualitäten. In angelsächsischer Schlichtheit: Die Mutter muß gut genug sein. Das reicht dem kindlichen Ich zum Wagnis, die guten Seiten der Mutter als Träger zukunftsgerichteter Hoffnungen mit den schlechten, enttäuschenden zu vereinigen. Störungen auf diesem Wege führen zu vorzeitigem autistischen Beziehungsabbruch oder symbiotischer Fixierung. Die dauerhafte Spaltung der guten und schlechten Objektteile legt den Grundstein zu anhaltender, ungesteuerter und inadäquat negativer Affektabfuhr, zu psychotischer Erhöhung oder Verzweiflung, zu bedrohlichen Gefühlen der Vernichtung und des Untergangs. Gefangen in den infantilen Interaktionsweisen bestehen die verzerrten kindlichen Objekte fort, anstatt in der qualitativen Umbildung innerseelischer Strukturen aufgehoben zu werden.

Abschluß und Synthese bisheriger Erträge psychoanalytischer Ich-Psychologie verdanken wir Margaret S. MAHLER (1972, 1975). Sie beschreibt drei Phasen der Ich-Entwicklung, welche im vierten Lebensjahr zu eigenständiger Individualität, zu persönlicher Identität führen können. Einer ersten autistischen Phase folgt die symbiotische Phase und später die Phase der Trennung und Individuation. Das mit einer undifferenzierten Matrix psychophysischer Anlagen geborene Kind trifft zumeist eine durchschnittlich zu erwartende Umwelt an, in der Regel seine leibliche Mutter. Zunächst aber nimmt das Kind diese seine Mutter nicht wahr, sondern verharrt in primitiver halluzinatorischer Desorientiertheit, in der es autistisch-objektlos und allmächtig seine Bedürfnisse selbst zu befriedigen wähnt. Allmählich lernt es dann, selbst erzeugte Befriedigung zu unterscheiden von der pflegenden Zuwendung seiner Mutter, es trennt auch lustvolle von schmerzlichen Erfahrungen und beginnt allmählich ganz dunkel das primäre Objekt, die bedürfnisbefriedigende Mutter als ein "Nicht-Ich" wahrzunehmen. Damit geht die autistische in die symbiotische Phase über, das Bild der Mutter entsteht als Anteilige Zone innerhalb des kindlichen Selbst. Mit ihr glaubt es sich halluzinatorisch und illusorisch in leib-seelischer triumphaler und ewiger Fusion. Schmerzliche Erfahrungen in dieser Phase werden außerhalb der omnipotenten Mutter-Kind-Einheit angesiedelt.

Die Phasen des Autismus wie die der Symbiose bei MAHLER stimmen inhaltlich mit dem primären Narzißmus bei FREUD (1914) überein.

Wesentlich für die Entwicklung des Säuglings scheint die optimale symbiotische Befriedigung. Das Kind muß ausreichend in seinem symbiotischen "Wahn" schwelgen dürfen. Wenn ein extremes, wie auch immer bedingtes "Nichtzusammenpassen" von Mutter und Kind die symbiotische Phase beeinträchtigt, präformiert das eine mögliche spätere Entgleisung in symbiotische bzw. autistische Psychosen. Entweder verfällt der Patient der Objektlosigkeit, oder er sucht die Verschmelzung mit den guten Objektanteilen, um die projizierten schlechten Verfolger abzuwehren. Gelingt aber die Phase der Symbiose, so formt sich ein zunächst leibliches Selbstbild parallel zur Unterscheidung von inner und äußerer Wahrnehmung. Erste Ansätze zum Befriedigungsaufschub treten auf. Die

Erfahrung von Lust verknüpft sich mit der, durch die Mutter versorgt zu werden, die Erfahrung von Entbehrung mit ihrer Abwesenheit. Von da führt die Entwicklung zur Phase der Trennung und Individuation mit ihren das weitere Schicksal bestimmenden Implikationen. Die Phase der Trennung und Individuation gliedert sich in die Subphasen der Differenzierung, der Übung und der Wiedernäherung. Im späteren Leben wiederholt sich dieser Zyklus ungezählte Male und begründet die Erfahrung von Identität und Individualität und damit die Objektkonstanz. In diesem Zyklus scheitern die Borderline-Patienten im Gegensatz zu den Neurotikern und den sogenannten Gesunden.

Die erste Subphase, die der Differenzierung, beginnt mit den knospenden motorischen Möglichkeiten des Kindes. Es verläßt den symbiotischen Bereich und lernt, Selbst- und Objektrepräsentanzen zu unterscheiden. Vorsichtig riskiert es dann in der Übungsphase die vorübergehende Trennung von der Mutter und übt die selbständige Erforschung und Meisterung seiner kleinen Welt. So die Mutter die Versuche der Eigenständigkeit ihres Kindes freudig begleitet, spiegelt und weiter anregt, vermag das Kind seine individuellen Selbstrepräsentanzen mit stolzen, guten Gefühlen zu versehen und legt so die Grundsteine eines gesunden Selbstwertgefühls, eines gesunden Narzißmus. Das Kleinkind erlebt mit größtem Stolz seine wachsenden autonomen Fähigkeiten der Motorik, des selbständigen Handelns und des Denkens. Gleichzeitig befürchtet es aber, da es aus der Symbiose mit der Mutter heraustrat, deren erzürnte Abkehr, den Objektverlust. Unter günstigen Umständen beruhigt die Mutter diese Angst durch emotionale Nähe und Verfügbarkeit. Sie kann aber auch die keimende Selbständigkeit ihres Kindes zum Zwecke der eigenen Entlastung begrüßen und damit ihr Kind zumindest psychisch verlassen. Ihm fehlt dann Rückhalt gebendes Vertrauen und narzißtische Bestätigung, die es zur Eroberung seiner Welt und zur mutigen Bewährung in ihr benötigt. Die Verarbeitung eines zu frühen Objektverlustes führt allenfalls in eine Scheinautonomie, in eine brüchige Notreife.

Unabwendbar stößt das Kind im Verlauf der Übungsphase an die realen Grenzen des eigenen Könnens. Der Höhenflug magischer Omni-

potenz verrauscht, das Kind sehnt die tröstende mütterliche Geborgenheit zurück und sucht sie in der Phase der Wiederannäherung aktiv auf. Nun hängt alles von der mütterlichen Einstellung ab. Reagiert sie mit Widerstreben und Enttäuschung auf den vermeintlichen "Rückfall" in die Säuglingszeit ihres schon so selbständig gewesenen Kindes, so disponiert das zu depressiven und narzißtischen Deformationen und Erkrankungen (JACOBSON 1977). Trifft das Kind hingegen auf das liebevolle Verstehen einer unbeschadet aller kindlichen Unvollkommenheit zufriedenen und stolzen Mutter, die auch seine Selbstständigkeitsbestrebungen fördert, dann vermag es die bisherigen Größenphantasien aufzugeben, die Kränkungen der Übungsphase zu verschmerzen, um statt dessen realistische Repräsentanzen seiner überwiegend guten Bezugspersonen und davon getrennt seiner selbst aufzurichten und auszudifferenzieren. Die kompensatorischen Omnipotenz-Phantasien einer triumphalen Mutter-Kind-Einheit weichen der Selbstachtung und der Liebe zu den primären Partnern. Die Entwicklung der Objektbeziehung erreicht damit das Stadium der Objektkonstanz und der individuellen Identität. So gerät die Subphase der Wiederannäherung zum Schmelztiegel von Narzißmus und Objektbeziehungen.

Selbstachtung und Objektliebe geben auch Raum für häßliches, schmerzliches Erleben, für Unvollkommenheiten, da die sichere Hoffnung auf überwiegend gute Erfahrungen in den Begegnungen mit der Mutter, der Familie und den relevanten späteren Personen obsiegt. Unsere inneren, vorwiegend guten Objekte "puffern" die Stöße des Schicksals ab und verleihen uns jene innere Struktur, unsere Persönlichkeit, dank derer wir allen Wechselfällen zum Trotz unserem Lebensentwurf handelnd nachfolgen. Die anerkannte Welt äußerer, vom Kind unabhängiger Objekte stachelt seinen Ehrgeiz an und stimuliert die Entfaltung der Ich-Funktionen. Die Symbiose des Kindes mit den frühen Partnern liegt in der Vergangenheit, nun will es realiter werden wie die bewunderten Erwachsenen. Ehrgeizig sucht es den Wettbewerb und identifiziert sich darin selektiv mit den erstrebten Aspekten der geliebten Konkurrenten. Erst werden die Eltern imitiert, dann selektiv verinnerlicht zu strukturellen Bestandteilen der Ich-Funktionen und des Selbstbildes.

Der aufgezeigte Entwicklungsgang muß scheitern, wenn während der Subphase der Wiederannäherung aufgrund konstitutioneller Ich-Defekte oder einer unzureichenden Umwelt die Mutter insgesamt eher schlecht als gut erlebt wird, wenn also kein Primat der guten Teilobjekte vorherrscht, unter das sich auch die schlechten stellen können. Dann verfehlt die Entwicklung ihr Ziel der guten und ganzheitlichen Objekte, die Ambivalenzen bestehen ungeschmälert fort. Um den idealisierten, guten Teil ihrer Objektwelt zu schützen, muß die Borderline-Persönlichkeit charakteristischerweise die destruktiven verfolgenden Objektanteile weiterhin abgespalten halten. Statt eines geschätzten, ganzheitlichen Objektes besetzt die Libido des Patienten infantile, zumeist leibliche Selbstrepräsentanzen. Narzißtisch-grandiose Grotesken ersetzen die von Selbstvertrauen und Selbstachtung getragene Begegnung mit anerkannten Personen und Werten.

Fassen wir zusammen: Das Kind lebt zunächst in seiner undifferenzierten autistischen Leiblichkeit. Später existiert es psychisch in den positiven und negativen Modalitäten der Mutter-Kind-Interaktion. Hieraus taucht das Bild der guten Mutter in Verschmelzung mit dem kindlichen Selbst auf, während alle schlechten Mutter-Kind-Aspekte abgetrennt bleiben. Schließlich werden auch die Selbst- von den Objekt-Anteilen separiert, das Innen vom Außen getrennt. Bei ausreichendem Vertrauen in eine gute Welt vereinigen sich dann die guten und die schlechten Aspekte zu ganzheitlichen Vorstellungen der eigenständigen Person und der davon losgelösten Objekte und begründen derart individuelle Identität. Das Leben in der omnipotenten dyadischen Einheit weicht der Objektliebe und der Selbstachtung, das Leben in der Interaktion verinnerlicht sich zum Leben in der Struktur.

Wie verstehen wir nun im Lichte der Ich-Psychologie den Einfluß gestalterischer Therapieverfahren auf psychiatrische Patienten? Zunächst reproduziert der Patient im therapeutischen Setting exakt sein Scheitern der Ich-Entwicklung, die Stufe seiner Fixation und Regression. Befindet er sich im Zustand des grandiosen omnipotenten Autismus? Oder steht er auf der Ebene der leiblichen Interaktionen? Will er sich mit seinem idealisierten Thera-

peuten psychisch vereinigen, oder ringt er schon reife Objektbeziehungen in einer der Subphasen von Trennung und Individuation? Seinen verlorenen Faden wieder aufzunehmen, vermag der Patient nur in einem tragenden Gefühlsklima von Empathie und Besänftigung durch den Therapeuten und den Überwiegenden Teil der Patientengruppe. Auf dem Wege selektiver Identifikation mit dem innen-gesteuerten Handeln seines Therapeuten erwirbt der Patient die Fähigkeit zur Selbsteinfühlung und Selbstbesänftigung angesichts bislang nicht zu bewältigender Ängste vor dem Leben in einer Welt von unabhängigen und ambivalent erlebten Individuen.

Auch in den gestalterischen Therapien geht es wie in der Mutter-Kind-Beziehung um das Angebot von Kontakt an einen vielleicht noch autistischen Patienten mit der Möglichkeit der vorübergehenden Verschmelzung und der darauffolgenden Entflechtung eigener von fremden Persönlichkeitsaspekten. Sodann muß Raum entstehen zur kreativen Selbstentfaltung, zur Lösung aus der Einheit mit dem Therapeuten und der Gruppe, der selbständigen Übung, der versuchten Autonomie, der Meisterung des eigenen Leibes, des Geistes und der äußeren Objekte angesichts von emotionalen Impulsen. Das gesteigerte Hochgefühl des Patienten ob seiner Entwicklungsschritte muß anerkennende Aufnahme finden, so bizarr es vielleicht erscheinen mag. Folgen dann Zustände der Isoliertheit und der Enttäuschungen am eigenen Vermögen, bedarf der Patient der liebenden Wiederaufnahme bei Therapeut und Gruppe, die ihm bei aller Unvollkommenheit den realen Fortschritt aufzeigen, den dann der Patient in seinem Selbstbild festhalten und feiern kann.

Immer geht es dabei um die Handhabung von Angst, die Differenzierung von Affekten, den Umgang mit Enttäuschungen und die Auflö- sung von Depressivität durch Trauer, Trauer über das Nichter- reichte, und das Anerkennen des Widersprüchlichen. So gerät der Patient in den Stand, ein ganzheitliches Bild seiner durchaus widersprüchlichen Person von ebensolchen Repräsentanzen seiner Mitpersonen getrennt zu halten, wohl aber verbunden durch wirk- lichkeitsnahe Leitbilder des befriedigenden Umgangs miteinander, in der erlebten Bewußtheit eigener und fremder Ambivalenz.

Die gestalterischen Therapieverfahren katalysieren die Reorganisation der psychischen Struktur durch das Angebot, Objektbeziehung zu wiederholen und erlebend weiterzuentfalten. Sie fördern das Selbstwertgefühl des Patienten auf dem entbehreungsreichen Weg aus der primären Dyade, tolerieren den befremdlichen Anachronismus notwendiger Objektsplaltungen und ermutigen zur autonomen Übung eigener Fähigkeiten. Therapeut und Patientengruppe bestätigen und trösten gerade dann, wenn der Patient an seinen eigenen Grenzen scheitert. Das Vorbild des in seinem situationsbezogenen Handeln elastischen, in seinen Zielen aber festen und dabei stets um Verständnis bemühten Therapeuten verinnerlicht der Patient zur Fähigkeit der Selbstbesänftigung und der realistischen Beurteilung prekärer Situationen, anstatt wie früher der Panik und Spaltung, der Symbiose oder dem Rückzug zu verfallen.

Gerade dem in psychiatrischen Institutionen arbeitenden Therapeuten verhilft die psychoanalytische Entwicklungslehre zum vertieften Verständnis seiner immer schon geleisteten Arbeit. Das Wissen um die notwendige Abfolge von Autismus, Symbiose und individualisierender Trennung mit nachfolgender temporärer Wiederannäherung sensibilisiert für den Umgang mit Psychotikern und Borderline-Patienten, für ihre jeweils spezifischen Bedürfnisse im Kampf um den Fortschritt ihrer geschädigten Ich-Entwicklung. Solches Wissen läßt den Therapeuten schier unerträgliche Idealisierungen, Enttäuschungen und monströse Gefühlsausbrüche aushalten und macht absonderliche Wahrnehmungsverzerrungen verstehbar als tatsächlichen Entwicklungsfortschritt.

Derart erwächst dem Patienten eine Chance, anstelle früherer Götter und Teufel die innere Vergegenwärtigung seiner tatsächlichen Mitmenschen zu entwickeln, in der diese sich auch selbst wiedererkennen. In gefestigter Selbstachtung und seiner Mitwelt zugewandt, entwickelt der Patient seine körperlichen, emotionalen und auch geistigen Fähigkeiten in handelnden Bezügen weiter. Dank neuer interpersonaler und schließlich intrapsychischer Kompetenz verlieren die Gefahren eines ungesteuerten Trieblebens und einer schutzlosen Kränkbarkeit ihren übermächtigen Charakter.

Gestalterische Therapien beginnen demnach auf der Ebene sinnlich-leiblichen Umgangs und sichern die atmosphärischen Voraussetzungen zur Umwandlung solcher Erfahrungen in handlungsstiftende Strukturen, die sich auch außerhalb der Therapie-Situation bewähren. Wie weit der Patient auf diesem Weg gelangt, ob er die Trennung seines einheitlichen Subjektes von den ganzheitlich-ambivalenten Objekten erreicht, hängt nicht allein von der Kompetenz des Therapeuten ab. Zahlreiche Patienten werden Enttäuschung und Versagung bescheren, deretwegen auch der Therapeut eines Rückhaltes in der institutionalisierten Therapiegemeinschaft gedarf, damit seine professionelle Zuversicht nicht seinen Realitätssinn besiegt. Solcher bestätigende Rückhalt verhindert depressive Selbstanklagen angesichts gescheiterter Hoffnungen oder die Identifikation mit dem idealisierten, von einer "bösen Gesellschaft" beschädigten Patienten. Der von seiner Bezugsgruppe verlassene Therapeut unterläge dann auch den Spaltungsmechanismen seiner Patienten und projizierte in diesem Solidarisieren seine Enttäuschung am Patienten als Haß auf eine vermeintlich übermächtige und zerstörende Mediziner-Psychiatrie - die Krankheit würde zur Waffe verkehrt.

#### Literatur

- BLANCK, G.U. R. (1980):  
Ich-Psychologie II.  
Stuttgart: Klett-Cotta
- FRANZKE, E. (1977):  
Der Mensch und sein Gestaltungserleben.  
Bern-Stuttgart-Wien: Huber
- FREUD, S. (1914):  
Zur Einführung des Narzißmus. In: Gesammelte Werke, Bd. X.  
Frankfurt: Fischer 1960
- HARTMANN, H. (1965):  
Ich-Psychologie und Anpassungsproblem.  
Stuttgart: Klett
- JACOBSON, E. (1977):  
Depression. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- KLEIN, M. (1962):  
Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett

- KOHUT, H. u. E.S. WOLF (1980):  
Die Störungen des Selbst und ihre Behandlungen.  
In: U.H. Peters (Hrsg.): Ergebnisse für die Medizin (2)-  
Psychiatrie. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. X.  
Zürich: Kindler
- LORENZER, A. (1979):  
Sprache, Persönlichkeitsstruktur und psychoanalytisches  
Verfahren. In: K.P. Kisker u.a. (Hrsg.): Psychiatrie der  
Gegenwart, Bd. I/1, 577-598  
Berlin-Heidelberg-New York: Springer
- MAHLER, M.S. (1972):  
Symbiose und Individuation  
Stuttgart: Klett
- MAHLER, M.S. (1975):  
Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses  
für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen.  
Psyche 29, 1078-1095.