

## PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE

# Anstrengende Wiederbegegnung

Mit Patienten deren Kinderfotos zu betrachten, kann hilfreich sein: zum besseren Verstehen der Vergangenheit, zum Ertragen des Geschauten, zur Überwindung von Scham, der Fremdheit mit sich selbst und der Familie oder zum Zulassen von nie wirklich riskiertem Stolz.

Tilmann Moser

**M**anche Patienten sind vollkommen erstaunt, wenn ich als Analytiker frage: „Wollen oder können Sie nicht einmal Kinderfotos mitbringen?“ Auf ein leichtes Zögern folgt meist eine rasche Bereitschaft, und dennoch kann es manchmal Wochen oder Monate dauern, bis eine kleine Auswahl mitgebracht wird. Andere kommen von sich aus auf die Idee, weil so viel von ihrer Kindheit die Rede ist. Oder weil sie den Eindruck haben, dass sie die Geschwisterreihe und die Rangprobleme doch noch nicht so ganz verstehen, oder einen wiederkehrenden mürrischen Ge-

sichtsausdruck der Mutter erkennen, oder das majestätische Thronen eines Großvaters.

## Nicht viele Glücksmomente

Es gibt viele Anlässe, mit dem Thema umzugehen. Es kann viel Zeit verstreichen, bis eine Auswahl getroffen ist, es kann sich Scham einstellen oder Trauer, wenn Lebensstadien der eigenen Person oder der Familie plötzlich wieder lebendig werden. Da wir es mit neurotisch gestörten oder traumatisierten Patienten zu tun haben, ist es weniger wahrscheinlich, dass allzu viel Glücksmomente oder heitere Fami-

lienkonstellationen zu finden sind. Es gibt Explosionen von Wut auf die eigene Familie, auf das unechte Arrangement, das Gestellte, Scham über die Familie, aus der man stammt, und von der man sich noch nicht ganz lösen konnte und deren Erbe man in sich trägt. Einige sagen: „Da will ich gar nicht hingucken, ich ertrage den Anblick nicht, auch nicht den meiner eigenen Person.“ Es kommt Scham hoch, manchmal sogar Ekel – ich spreche zuerst natürlich von den Traumatisierten. Sie entdecken widerwillig ihre geringe Selbstliebe, fürchten plötzlich wieder, dass auch der Therapeut sie nicht mag oder gar widerwärtig findet. Viele haben jahre- oder jahrzehntelang die Bilder nicht



betrachtet und reagieren schockiert, im besten Fall erstaunt, skeptisch, die Bilder sind noch einmal frühe Symbole für ein Selbst, das nicht liebenswert erschien oder das einem auch fremd geworden ist.

In ganz unterschiedlichen Stimmungen oder mit unterschiedlichen Haltungen werden die Bilder überreicht, wenn sie denn schon zögernd oder verlegen oder hastig ausgepackt sind. Man spürt, es sind Schätze, positive wie negative, ambivalent wiederbesichtigte. Es gilt, den Vertrauensbeweis zu würdigen, den das Mitbringen bedeutet, und es ist wichtig, zu bedenken oder zu beobachten, mit welchen Erwartungen auf die Reaktionen des Therapeuten sie überreicht werden. Denn es wird ja ein Teil des eigenen Selbst übergeben, in Papierform, soweit er sich in den Fotos wiederfindet.

Oft schwingt die bange Frage mit: Wird er oder sie mich ebenso sehen wie ich mich selbst sehe, oder sehen möchte, oder wie mich andere, Familienmitglieder oder Verwandte oder Freunde gesehen haben, mich heute sehen oder mich sehen sollten? Es kommen neue Übertragungsformen auf den Therapeuten zum Vorschein, oder alte verdichten sich plötzlich. Und es finden auf beiden Seiten Prüfungen statt: Wird er oder sie mich erkennen, verstehen, meine Situation erkennen, meine Not mitfühlen? Wird er sagen: Das sieht alles gar nicht so schlimm aus. Oder eben: „Jetzt versteh ich Ihre Probleme besser.“ Oder: „Das sieht wirklich wie ein sehr dominanter Bruder aus.“ Oder unendlich viel mehr, je nach den Familienkonstellationen, die in einem Moment zusammengefasst wurden.

Die Prüfungen des Therapeuten können so aussehen: „Kann ich die Erwartungen und Gefühle erraten oder erspüren, die er oder sie an mich heranträgt?“ Manche Erwartungen können atmosphärisch bedrückend sein: „Habe ich recht gehabt mit meinen Berichten oder meinen Anschuldigungen, oder sieht er alles plötzlich ganz anders?“ „Ergreift er gar ganz anders Partei, als ich es mir immer gewünscht habe?“ „Wen

würde er vorziehen? Sieht er, wie ich mich hinter meiner Schwester verstecke? Wie sich meine Mutter im Bild vor den Vater drängt? Findet er meine Familie genau so grotesk wie ich, oder so angeberisch?“

Muss ich mir ein wenig Zeit gönnen, um meinen kleinen Patienten auf dem Bild überhaupt zu erkennen? „Ach, Sie sind das, auf dem Schoß der Großmutter?“ Und dann die unausgesprochenen Grundfragen: „Sehen Sie, wie traurig ich damals schon schauete?“ Und: „Sehen Sie, wie ich mich damals fühlte oder gefühlt haben muss?“ Es gibt ausgesprochene Fragen und scheue, lauernde, unausgesprochene, aber nicht weniger dringliche.

### Wortlose Blickkontakte

Und doch kann die Atmosphäre auch ganz entspannt sein: „Jetzt sieht er oder sie endlich, wie es bei uns ausgesehen hat. Wie man mich gleich nach der Geburt fotografiert hat. Sieht man, wie willkommen oder unwillkommen ich war? Wie ich gehalten werde? Wie ich ausgestattet oder herausgeputzt wurde? Sieht man, wer wen anschaut oder wer wegschaut? Kann man die wortlosen Blickkontakte erkennen, die dauernd hin und her gingen, das strahlende oder das falsche Lächeln, auf meinem und den anderen Gesichtern? Sieht man Stolz oder Liebe der Eltern, oder kühle Distanz? Steht die Familie liebevoll zusammen, als bergende Einheit, oder ahnt man die Risse, die sie durchziehen?“

Die Patientin Hannah aus meinem Buch „Der grausame Gott und seine Dienerin“, eine sehr schwierige Behandlungsgeschichte, schrieb mir, als ich ihr nach ein paar Jahren diesen Text schickte, zu ihrem strahlenden Kinderbild der Dreijährigen, das noch immer über meinem Schreibtisch hängt: „Ihr Text zum Anschauen von Kinderbildern in der Therapie ist sehr interessant. Aber ich vermisse ein wenig das Positive, das auf den Bildern beim gemeinsamen Anschauen auch entdeckt werden kann. Mir hat es damals geholfen, mich als kleines fröhliches Kind zu sehen als auch zu merken ... dass ich mich als kleines Kind mag. Außerdem kommt

es auch auf die Stimmung an, in der man die Bilder anschaut.“

Man merkt es als Therapeut nicht immer gleich, wie angespannt oder entspannt ein Patient bei dieser so neuen Aktion ist, und man tut gut daran, sich „nach seinem Befinden“ zu erkundigen. Manch einer versucht, unseren Gesichtsausdruck zu erforschen, unsere Spontanreaktion hinter den möglicherweise nur professionellen Beobachtungen oder abwiegelnden oder scheinempathischen oder doch auch echten, mitfühlenden Sätzen. „Hilft er mir, das Erschrecken, die Trauer, die Scham, auch die Freude, den Stolz zu ertragen oder zu teilen?“

Wer hat wen in welcher Position, in welchem Gefühl, in welchem Selbstdarstellungswillen fotografiert? Wie ist die Familie mit dem Fotografieren umgegangen? Spürt man einen liebevollen, einen gleichgültigen, distanzierenden oder stolzen Blick? Wurde die Kamera als freundlich oder entlarvend erlebt, bewirkte sie Verlegenheit oder affigen Stolz, affektiertes Gebaren oder ein allzu gewinnendes, werbendes Lächeln? Wie viel Verrat und Selbstverrat, Verbergen und unbedachtes Enthüllen kommt zum Vorschein? Wie viel Schüchternheit und wie viel forsches Auftrumpfen? Oder kann man beruhigt auf einen gelassenen Clan schauen, der sicher und solidarisch in der Landschaft steht? Neigt der Therapeut zum Glätten oder zum Verharmlosen, zum Dramatisieren oder gar zum Dämonisieren? Äußert er Sympathie mit den Dargestellten, was herzlich willkommen wäre, wenn es nicht gleich wieder als Bruch der Solidarität mit dem leidenden Patienten erlebt wird?

### Veränderung des Settings

Aber bevor sich diese Fragen und Gefühle, Erwartungen und Prüfungen vollziehen, müssen vorher andere Probleme gelöst werden: „Wie setzt oder gruppiert man sich, um gemeinsam auf die oft ziemlich kleinen Bildchen zu schauen?“ Hat ein Analysepatient, wie es sich fürs klassische Setting gehört, gelegen, wie vollzieht sich die Veränderung des Settings: Die beiden sind nicht

einmal gewohnt, sich zu sehen, gar nebeneinanderzusitzen. Oder setzt sich der Patient auf den Stuhl gegenüber, und die Bilder wandern umständlich hin und her, und keiner weiß genau, was der andere gerade sieht? Stellt man die Sessel nebeneinander, und wie eng? Wer hält die Bilder, wer bestimmt das Tempo des Wechsels? Wie lange soll der Blick des Therapeuten auf einem Bild verweilen? Was sagt das über sein besonderes Interesse aus? Die Fragen mögen haarspalterisch klingen, aber sie stammen aus vielfältigem Erleben. Berührt man sich beim Nebeneinandersitzen? Wie löst man sich wieder aus der gemeinsamen Betrachtung?

Studiert man die Bildunterschriften, die stolze, verliebte oder skeptische Mütter oder Väter unter die Fotos geschrieben haben? Versteht der Therapeut den Klang der stummen Sätze, die so viel aussagen über die familiäre Atmosphäre? Über Zuneigung, Faszination über ein Erstgeborenes, Routine über ein fünftes Kind mit schlichteren Einwortsätzen, Faszination über die ersten Dreiwortsätze oder drollige Bemerkung oder erste Anzeichen von Genialität. „Ganz der Vater“, brüllt geradezu der Papa, oder die Oma sieht ihre Gesichtszüge fortgesetzt in eine glücklichere Zukunft.

### Ertragen des Geschauten

Wozu kann das Bilderbetrachten dienen? Zum gemeinsamen Forschen über die Vergangenheit? Zum besseren Verstehen des schon vielfach Berichteten? Zur Hilfe beim Ertragen des Geschauten, zur Hilfe bei der Selbstannahme? Zur Korrektur von Erinnerungen? Oder als Stimulus bei Patienten, die sich nicht erinnern können? Zur allmählichen Überwindung von Scham, Fremdheit mit sich selbst und mit der Familie? Zum Zulassen von verborgener Freude und nie wirklich riskiertem Stolz?

Ich wähle ein Beispiel aus: Eine knapp fünfzigjährige Frau mit viel analytischer Erfahrung auf mehreren Couchen spricht oft über diffus schmerzliche Gefühle im Zusammenhang mit ihrer Mutter, die ihr immer wieder unverständlich bleiben. Mal spricht sie von tiefem Un-

behagen, mal von Verzweiflung, mal von Bodenlosigkeit in Bezug auf ihre frühen Jahre. Dann zeigt sie mir ein Bild von sich als wenige Wochen alten Säugling und ihrer Mutter, die ihr die Flasche zu geben versucht. Stillen soll kaum stattgefunden haben. Der Säugling liegt auf dem Rücken, die Mutter steht angespannt über ihn gebeugt und zielt geradezu mit der Flasche auf den Mund, in einer Entfernung von vielleicht drei Handbreit. Der Gesichtsausdruck scheint neutral, die Haltung angestrengt, man weiß nicht, ob sie den Blick der Kleinen sucht oder den Zielpunkt des Mun-

Verstehens für Erschöpfung und erstickende Dauerverzweiflung, auf den wir immer wieder rekurren konnten. Und es ergab erstaunliche Ausblicke über die Struktur ihres gegenwärtigen Familienlebens.

Aber es geht oft nicht nur um Kinderbilder. Die Patienten sind interessiert an der emotionalen Vorgeschichte der Paarbildung der Eltern. Hochzeitsbilder sind beliebte Mitbringsel, wenn es um Fragen des Zusammenpassens der Eltern geht. Was lässt sich schließen aus der Neigung des Brautköpfchens hin zum strammen, verheißungsvollen Jungmann? Wer hat wen sich gegangelt, und sieht

## **Kinderbilder in einer Therapie sind ein Abenteuer für beide Partner des emotionalen Dialogs. Meist vertieft sich die Beziehung, vor allem dann, wenn beide nebeneinandersitzen und Rückschau halten, gemeinsam auf etwas Drittes . . .**

des. Die Kleine schaut jedenfalls nicht in ihre Augen, sondern an der Stirn vorbei, man meint zur Decke oder zum Himmel. Die Verfehlung der Blicke scheint jedenfalls himmelschreiend. Die Miene des Säuglings sieht verquält aus, fremd und ohne Halt am Gesicht der Mutter.

Wir beobachten das mit vereinten Einfällen, teilen die vermutliche Stimmung beim Vorgang, und die Patientin scheint dankbar zu spüren, wie mich die kleine Szene berührt und wie ich mich bemühe, die vermutlichen Protoeffekte der Kleinen zu entziffern. Dann kann sie das Gesehene doch noch anreichern durch spätere Eigenschaften der Mutter, die sie erinnert: Sie war oft depressiv, und sie habe sich häufig wie zum eigenen Trost an die Kleine geklammert. Die Patientin stimmt zu, sie könne früh die Trostbedürftigkeit der Mutter gespürt und sich als Container zur Verfügung gestellt haben. Ich erwähne die frühe Erschöpfung, zu der das emotionale Arrangement geführt haben könnte, und ich deute: Die frühe Umkehr der Fürsorge könne zu einem Lebensskript der Versorgung von anderen, der Wehrlosigkeit gegenüber ihren Bedürfnissen geführt haben. Das Bild und die Assoziationen dazu wurde zu einem Fixpunkt des

man der Schwiegermutter an, dass sie den Diebstahl ihres Sohnes nicht wird verzeihen können? Brautbilder sind noch spannender für manche Patienten, einige sagen: „Die waren doch mal glücklich und hoffnungsvoll, meint man zu sehen.“ Oder, zum Therapeuten gefragt: „Können Sie sich vorstellen, dass ich von diesen schrägen Typen abstamme?“ Da ich weiß, mit welcher Faszination ich die mir erst spät zu Gesicht gekommenen Brautbilder meiner Eltern untersuchte: „Was hätte aus denen werden können, ohne den und den Unglücksfall oder die Eingriffe der Eltern oder Schwiegereltern?“ Sieht der Therapeut die kommenden Schatten auf den Gesichtern, oder weiß nur ich von der drohenden Untreue des Vaters und der anstehenden Scheidung?

### Empörte Identifizierung

Und dann gibt es noch den Rückblick auf Bildern über ganze Lebensphasen des Patienten, voll Stolz oder voller Scham, ja Verzweiflung: als die Pubertät so grauenhaft schüchtern absolviert wurde, ein Studienerfolg sich nicht einstellen wollte, eigene Depression oder Krankheit in der Familie den Patienten als Schicksal heimsuchte. Der Therapeut soll helfen beim Ertragen

der Rückschau und der Bilanz. Eine Patientin brachte ein ganzes Konvolut von Bildern, die sie selbst geknipst hatte, als der Ehemann sich mit einer Freundin eng umschlungen vor ihren Augen auf dem Rasen herumkugelte, ohne dass sie spürte, was sie sich damals gefallen ließ. Die Gefühle, die sie damals nicht hatte, müssen erst mühsam bei der Betrachtung der Bilderserie nachgeholt werden, und es braucht die empörte Identifizierung des Therapeuten mit der damals Betrogenen, die sich zum ersten Mal der dokumentierten Erinnerung stellt.

Kinderbilder in einer Therapie sind ein Abenteuer für beide Partner des emotionalen Dialogs. Meist vertieft sich die Beziehung, vor allem dann, wenn beide nebeneinandersitzen und Rückschau halten, gemeinsam auf etwas Drittes, „das sie sich zu Gemüte führen“, wie es verharmlosend heißt. Aber es ist nicht harmlos, sondern oft eine anstrengende Wiederbegegnung mit verschwundenen, aber im Innern noch sehr präsenten Zeiten, wenn nicht konkret erinnerlich, so oft viel wirksamer im Unbewussten, schicksalssteuernd und manchmal unausweichlich wirksam in einer Biografie, die schließlich in eine Therapie einmündet, oft genug nach langem Zögern und immer wieder aufgeschobener Suche nach Hilfe.

Für manche Therapeuten ist es längst Routine, nach Kinderbildern zu fragen. Viele andere wagen es nicht, aus Scheu, oder weil man angeblich lege artis nichts erfragen oder erbitten soll, oder weil sie die neue Nähe fürchten, die beim Betrachten entsteht, oder weil sie sich nicht trauen, sich ihren spontanen Gefühlen und Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen zu überlassen, während der Patient sie gespannt beobachtet. Oder, wie Freud es nannte, forschend „anstarrt“, weshalb er sie ja auf die Couch verbannt hat und sich in den Sessel dahinter zurückzog.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
PP 2013; 12(8): 352–5

**Anschrift des Verfassers**  
Tilmann Moser  
Aumattenweg 3  
79117 Freiburg

## REFERIERT

### DEPRESSIONEN

#### Begünstigt durch geringes Selbstwertgefühl

Ein geringes Selbstwertgefühl geht oft mit Depressionen einher. Allerdings war die Richtung des Zusammenhangs bisher unklar. Aus diesem Grund gingen die Schweizer Psychologen Julia Friederike Sowislo und Ulrich Orth von der Universität Basel mit Hilfe einer Metaanalyse von Langzeitstudien der Frage nach, ob ein geringes Selbstwertgefühl Depressionen begünstigt oder ob umgekehrt ein geringes Selbstwertgefühl eine Folge von Depressionen ist. Außerdem untersuchten sie die Richtung des Zusammenhangs zwischen geringem Selbstwertgefühl und Ängsten. Die beiden Wissenschaftler gingen davon aus, dass sich ein geringes Selbstwertgefühl in einer negativen Einstellung gegenüber sich selbst zeigt. Es findet zum Beispiel seinen Ausdruck in dem Gefühl, wertlos zu sein, sozial nicht eingebunden zu sein und von anderen nicht geschätzt zu werden. Da sozialer Kontakt, Eingebundenheit und Wertschätzung grundlegende menschliche Bedürfnisse sind, kann es sich negativ auf das psy-

chische Wohlbefinden auswirken, wenn diese nicht befriedigt werden.

Anhand von insgesamt 95 einschlägigen Studien fanden Sowislo und Orth heraus, dass ein geringes Selbstwertgefühl als eine Ursache von Depressionen angesehen werden kann. Umgekehrt sind Depressionen jedoch nur in einem relativ geringem Ausmaß für ein vermindertes Selbstwertgefühl verantwortlich. Zwischen Ängsten und Selbstwertgefühl gibt es eine schwache, wechselseitige Wirkung. Ein geringes Selbstwertgefühl kann somit als Vulnerabilitätsfaktor insbesondere für Depressionen, aber auch für Ängste angesehen werden. Die Autoren plädieren daher für eine Förderung des Selbstwertgefühls im Rahmen von Psychotherapien bei Depressionen und Ängsten. Dadurch könnten nicht nur kurzfristige Erfolge, sondern auch langfristige, positive Effekte erzielt werden. ms

Sowislo J, Orth U: Does low self-esteem predict depression and anxiety? *Psychological Bulletin* 2013; 139(1): 213–40.

### PSYCHOTHERAPIEN

#### Warnhinweise für einen negativen Therapieverlauf

Nicht alle Psychotherapien verlaufen erfolgreich. Welche Hinweise es für einen potenziell ungünstigen Therapieverlauf geben könnte, haben österreichische Psychotherapieforscher um Anton Leitner von der Donau-Universität Krems untersucht. Sie führten eine Internetbefragung unter 2 056 österreichischen Psychotherapiepatienten durch und stellten fest, dass die Mehrzahl mit der therapeutischen Beziehung keine Probleme hatte, keine Belastungen durch die Therapie beklagte und die Therapie erfolgreich beendete.

22 Prozent waren jedoch mit der therapeutischen Beziehung unzufrieden, 13 Prozent fühlten sich durch die Therapie belastet, und 18 Prozent hatten eine Abhängigkeit vom Therapeuten entwickelt und fühlten sich vom sozialen Umfeld nicht genügend unterstützt. 32 Prozent hatten die Therapie vorzeitig abgebrochen.

Patienten, die mindestens drei der genannten Probleme aufwiesen, galten als Hochrisikogruppe für einen negativen The-

rapieverlauf. In dieser waren vor allem weibliche Patienten mit männlichen Therapeuten sowie Patienten, die mit psychoanalytisch-psychodynamischen Verfahren behandelt wurden. „Andere Geschlechtskonstellationen zwischen Patient und Behandler und die Behandlung mit kognitiv-behavioralen, systemischen oder humanistischen Verfahren gingen hingegen nur selten mit Unzufriedenheit, Belastungen, Abhängigkeiten und vorzeitigen Therapieabbrüchen einher“, sagen die Autoren. Sie plädieren dafür, die Geschlechtskonstellation in Therapien stärker zu berücksichtigen und – falls möglich – geeignetere Konstellationen als „männlicher Therapeut – weiblicher Patient“ auszuwählen. Darüber hinaus nehmen potenzielle Risiken und Misserfolge zu, je länger Therapien andauern. ms

Leitner A, Märtens M, Koschier A et al.: Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2013; 43(2): 95–105.