

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry

Vol. 39. Jahrgang

2006 • 3

Nr. • no. 218

Dynamic Psychiatry

Acting in Psychotherapy

Egon Fabian (München)

Agieren aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie
Acting Out – A Dynamic Psychiatric View

Raymond Battegay (Basel)

Psychodynamische Aspekte des Agierens
Psychodynamic Aspects of Acting-Out

P. Joraschky, K. Petrowski, C. Leonhardt (Dresden)

Agieren als narzisstischer Schutzmechanismus

Andreas Bilger (Ulm)

Agieren und Resonanz. Überlegungen zur Behandlungstechnik und
Beziehung in der psychoanalytischen Psychotherapie
Acting out and Resonance. Clinical and theoretical considerations

ISSN 0012-740 X

‘Pinel’ Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH • Berlin

Dynamische Psychiatrie • *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry
Vol. 39. Jahrgang, 2006, Nr. 218, pp. • S. 247-332.

Gastherausgeber dieses Heftes • Guest editor of the present issue: Egon Fabian

Inhalt • Contents

Editorial (Egon Fabian)	247
<i>Egon Fabian (München)</i>	
Agieren aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie	250
– Acting Out – A Dynamic Psychiatric View (summary)	263
<i>Raymond Battegay (Basel)</i>	
Psychodynamische Aspekte des Agierens	269
– Psychodynamic Aspects of Acting-Out	287
<i>P. Joraschky, K. Petrowski, C. Leonhardt (Dresden)</i>	
Agieren als narzisstischer Schutzmechanismus	291
Summary	305
<i>Andreas Bilger (Ulm)</i>	
Agieren und Resonanz. Überlegungen zur Behandlungstechnik und Beziehung in der psychoanalytischen Psychotherapie	309
– Acting out and Resonance. Clinical and theoretical considerations	316
Nachrichten	
Bericht über das Symposion ‘Der agierende Patient – Verständnis und Behandlung’ (Thomas Bihler, München)	319
Report from the Symposion ‘The Acting-Out Patient – Understanding and Treatment’ (Thomas Bihler, Munich)	325
Ankündigung	331

Editorial

Dieses Heft beinhaltet Vorträge die zum 1. Symposium im Rahmen der Menterschwaiger Psychotherapiegespräche mit dem Thema 'Der agierende Patient – Verständnis und Behandlung' am 7. April 2006 in der Klinik Menterschwaige in München gehalten wurde. Das Thema ist gegenwärtig von wachsender Bedeutung, weil die ambulante und stationäre Therapie der Persönlichkeitsstörungen insgesamt an Bedeutung gewinnt und eng mit der Problematik des Ausagierens oder Enactments verbunden ist. Nicht selten 'kompliziert' das Ausagieren die therapeutische Arbeit erheblich und bringt sie sogar zur Stagnation oder zum Abbruch bis hin zur vitalen Gefährdung des Patienten.

Die vorliegenden Arbeiten betonen alle den Wandel in der Rezeption des Begriffs 'Agieren' in der Literatur mit der heutigen Tendenz, dass Agieren auch oder vorwiegend unter seinen konstruktiven, kreativen und kommunikativen Aspekten – und nicht nur als Störfaktor der Therapie – zu sehen.

Darüber hinaus hat uns die therapeutische Arbeit mit schwer agierenden Borderline-Patienten und auch das oft schwer zu vermeidende Mitagieren des Therapeuten gelehrt, dass Agieren ein eminent interpersonelles Geschehen ist, ein Teil des 'Borderline-Dialogs' (GREENACRE 1963). Alle Arbeiten in diesem Heft betonen diesen interpersonellen Aspekt.

In seinem Artikel über das 'Agieren aus der Sicht der dynamischen Psychiatrie' betont der Verfasser den komplexen Prozess in der Übertragungs- und Gegenübertragungssituation, der unter drei Aspekten verstanden werden kann: erstens als Reinszenierung früher symbiotischer Bindungen, zweitens als Herausforderung an den Therapeuten zur Wiedergutmachung und drittens als eine Chance von Seiten des Patienten für wichtige Identitätsschritte. Die Arbeit bezieht sich insbesondere auf das Agieren in Gruppen, in denen die gruppendynamische Dimension des Agierens widergespiegelt wird und besondere Bedeutung in der gruppentherapeutischen Arbeit wie in der stationären Therapie erlangen kann.

Alle Formen von Misshandlung oder Missbrauch, von Projektion, Instrumentalisierung, Parentifizierung werden durch meist unbewusste gruppendynamische Prozesse vermittelt, die oft auch transgenerationale Aspekte beinhalten und sich in den therapeutischen Gruppen, so auch in der stationären Situation, wiederholen. Die Arbeit an diesen Dynamiken in den vielfältigen Gruppen der Klinik Menterschwaige wird anhand von Fallgeschichten die zentrale Bedeutung der Kontrollarbeit mit dem Therapeutenteam, um das Mitagieren zu ver-

stehen und zu bearbeiten, illustriert und verdeutlicht.

BATTEGAY geht der historischen Entwicklung des Begriffs Agieren nach und spricht von der Problematik „einer in gegenseitigem Agieren sich ausdrückenden Kollusion zwischen Patient und Therapeut“ in der Borderline-Therapie, die Einsichtsprozesse in Gang setzen kann. BATTEGAY plädiert für das Ernstnehmen des Patienten in seiner Eigenart und Verhaltensweise, unabhängig von der Methodik, die der Borderline-Therapie zugrunde liegt, und belegt seinen Appell durch besonders plastische Fallbeispiele. Auch Beispiele von Agieren in Therapiegruppen werden gegeben, wobei BATTEGAY die parallel zur Einzeltherapie stattfindende Gruppentherapie bei Borderline-Patienten für notwendig hält. Insgesamt sollte die analytisch orientierte Psychotherapie den Borderline-Patienten helfen, „ihr wahres Selbst zu stärken und Ihnen zu helfen, das nicht selten vorhandene [...] falsche Selbst als Fehllösung zu identifizieren helfen“.

Das Anliegen von JORASCHKY, PETROWSKI und LEONHARDT ist es u. a., die interpersonelle Dimension des Agierens am Beispiel eines detailliert ausgearbeiteten Therapieberichtes zu verdeutlichen. Hier half das Agieren durch ‘Machtinszenierungen, über die Differenzierung der Ohnmachtsgefühle die Verlassenheitsängste der Patientin zu verstehen’. Indem sie ‘Aktionsräume’ zwischen Therapeut und Patient entstehen lassen, beschreiben sie, wie „grenzüberschreitende Interaktionen neue, wichtige Selbstentwicklungen anstoßen, aber auch harte Grenzsetzungen bis hin zur Entlassung“ bei Borderline-Patienten auslösen können. Bei traumatisierten, narzisstisch gestörten Patienten kommt dem Agieren im zwischenmenschlichen Bereich eine regulierende, das Selbst schützende Funktion, zu, deren Beachtung einen Wendepunkt in der Therapie herbeiführen kann.

Gerade angesichts der Komplexität des interpersonellen Geschehens und der sensiblen Prozesse, die dadurch gesteuert werden, plädiert auch BILGER für die Einführung des Begriffs ‘Resonanz’ als „intersubjektiv-interaktionelles Prinzip“ als „Gegenstück zur Abstinenz bzw. Neutralität als Hauptprinzip auf den beiden Seiten des psychoanalytischen Dialogs“. Anhand von Beispielen stellt der Verfasser dar, wie die empathische Reaktion des Therapeuten, das „Mitschwingen, Antworten, Kommunikation aus der Gegenübertragung“ – die aktive ‘Resonanz’ – zur Präzisierung und Relativierung des Begriffs der Abstinenz führt und als „günstige Haltung und Voraussetzung für jeden psychoanalytischen Prozess“ von Bedeutung ist.

Das vorliegende Heft schließt mit einem Bericht von BIHLER über das Symposium in der Klinik Mengerschwaike, bei dem im Anschluss an die vorlie-

genden Vorträgen eine Podiumsdiskussion mit Klinikleitern aus München und Umgebung stattfand, die wichtige Beiträge über ihre therapeutischen Erfahrungen mit der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in die Diskussion einbrachten.

Egon Fabian (München)

Agieren aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie

Egon Fabian (München)

FERENCZI, BALINT, FENICHEL and WINNICOTT helped reveal creative dimensions of acting out behavior and its implicit chances for therapy. This trend was continued by later authors such as ROHDE-DACHSER, GRINBERG and AMMON, the latter emphasizing the importance of the therapist's understanding and using his knowledge of countertransferential reactions and of his being a most important therapeutic instrument. For group therapy, the central importance of acting out, in its verbal and non-verbal aspects, was early recognized. The author presents five different aspects of acting out in groups. The understanding of acting out in the concept of Dynamic Psychiatry is exemplified in the inpatient work with severely ill pre-oedipal patients in the Dynamic Psychiatric Hospital Menter-schwaige and illustrated by two case vignettes.

Keywords: acting out, psychotherapy, grouptherapy, inpatient treatment, milieu therapy, Dynamic Psychiatry

Agieren in der psychoanalytischen Literatur

MERTENS schrieb 1993:

Ängstlich ermahnende Kommentare über das Agieren gehören zum Alltag der psychoanalytischen Praxis und zeigen an, dass das Agieren lange Zeit und vielleicht auch immer noch als etwas Unerwünschtes anzusehen ist, das der Analytiker schleunigst anzusprechen und zu unterbinden habe. Damit ist aber auch vergessen, dass das Agieren ursprünglich einen immanenten Vorgang der psychoanalytischen Behandlungsphilosophie, eine 'Spezialform des Erinnerns und Wiederholens in der Analyse' (SCHEUNERT 1973, S. 5) bezeichnete. Heutzutage gehört das Agieren zu den meist überfrachteten psychoanalytischen Konzepten. (MERTENS 1993, S. 161)

Seit den späten 1980er Jahren wird das Thema positiver aufgenommen und freundlicher diskutiert, jedoch ohne einen breiten Konsens zu finden. Ein Arbeitskreis der APA über das Agieren löste sich 1982 nach zwei Jahren ohne befriedigendes Ergebnis auf (BOESKY 1982).

BILGER (1986) definiert das Agieren als:

ein vielfach determiniertes Phänomen in der Kommunikation zwischen Patient und Analytiker, wie auch außerhalb der Analyse [...] eher ein quantitatives Problem, ein Phänomen im Übergang zwischen Handlung und Sprache, zwischen projektivem Abreagieren eines inneren Themas und kreativem Handeln, zwischen Regression und Entwicklung. Die 'Diagnose' erfolgt weniger im

Beobachten des Verhaltens, sondern im Erleben der Interaktion, also in der Gegenübertragung. (BILGER 1986, S. 11)

FREUD benutzte den Begriff zum ersten Mal in seinem 'Fall Dora' (Bruchstück einer Analyse) von 1905: „Dora agierte ein Stück ihrer Erinnerungen, anstatt es in der Kur zu reproduzieren“ (FREUD 1905, S. 187). Seit 1914, mit seiner Arbeit 'Erinnern, wiederholen und durcharbeiten' versteht FREUD unter Agieren 'wiederholen', und das Wiederholen verbindet er mit Widerstand: „Je größer der Widerstand ist, desto ausgiebiger wird das Erinnern durch das Agieren (Wiederholen) ersetzt sein“ (FREUD 1914, S. 130). FREUD riet deshalb dazu, dem Patienten bei der Vorbesprechung nahezulegen, keine lebenswichtigen Entscheidungen während der analytischen Behandlung zu treffen.

Seit der Beschreibung des Wiederholungszwangs in 'Jenseits des Lustprinzips' (1920) wird das Agieren mit dem Wiederholungszwang – einem aktiven Vorgang – in Verbindung gesetzt. 1926 schreibt FREUD (in 'Hemmung, Symptom und Angst'): „Das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, wiederholt nun aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, den Ablauf selbsttätig leiten zu können“ (FREUD 1926, S. 200).

In einem seiner letzten Werke, dem 'Abriss der Psychoanalyse' von 1938 schreibt FREUD:

Es ist uns sehr unerwünscht, wenn der Patient ausserhalb der Übertragung agiert anstatt zu erinnern; das für unsere Zwecke ideale Verhalten wäre, wenn er sich außerhalb der Behandlung möglichst normal benähme und seine abnormen Reaktionen nur in der Übertragung äußerte. (FREUD 1938, S. 103).

BALINT, und später WINNICOTT, greifen diesen Gedanken auf. BALINT folgt FERENCZI mit der Auffassung, dass der in seiner frühen Kindheit real traumatisierte Patient 'in der Gegenwart der Übertragungsbeziehung' wieder einmal lernen muss, 'arglos, bedingungslos lieben zu können'. 'Dieses Fallenlassen der Bedingungen nenne ich Neubeginn' ('Charakteranalyse und Neubeginn' 1934, 'Urformen der Liebe' 1960). WINNICOTT (1969) führt in das Konzept des 'Neubeginns' die Begriffe 'Übergangsphänomene und Übergangsobjekt' ein. Er verbindet Agieren mit Spiel (1973). Zunächst durch Spiel, später durch handeln, versucht der Mensch zu kontrollieren, was außen ist, „da es nicht ausreicht, zu denken oder zu wünschen. Handeln braucht Zeit, Spielen ist handeln“. (WINNICOTT 1973) In beiden, dem Spiel wie im Agieren des Erwachsenen, handele es sich um ein „natürliches, entwicklungsgemäßes Überschreiten von Grenzen im Prozess der Individuation, des Neinsagens, der Autonomie.“ (WINNICOTT 1973, S. 52)

Spätestens mit diesen Autoren wird neben der Auffassung des Agierens als Widerstand das Verständnis des Agierens als eines kreativen Aktes geschaffen, eines kreativen Aktes, der vom Therapeuten verstanden und dem im Prozess der Analyse ein wichtiger Stellenwert zukommen soll. In der Folge bestehen beide Auffassungen nebeneinander.

Die beiden Aspekte des Agierens werden in der englischsprachigen Literatur weiter differenziert: Es wird zwischen 'acting out' und 'enactment' unterschieden. 'Acting out' bezeichnet die 'Aktualisierung eines Impulses durch motorische Aktion'; es ist im Rahmen der klassischen Triebtheorie und der Ein-Personen-Psychologie zu verstehen. Demgegenüber wird unter 'enactment' eine Zwei-Personen-Situation verstanden, in der der Analytiker "in seiner Subjektivität unweigerlich beteiligt ist". Das Enactment wird "eher als Möglichkeit denn als Widerstand der Analyse" betrachtet (PERELBERG, LEVINSON 2001, S. 151). Die zusätzliche Erweiterung des Agieren-Verständnisses verdanken wir zahlreichen Autoren: EKSTEIN, FRIEDMAN (1957), STONE (1973), FENICHEL (1977), GRINBERG (1968) u. a.. GRINBERG (1968, S. 177) nennt das Agieren einen „Traum, der nicht geträumt werden kann“. Er hebt hervor, dass das Acting-Out immer einen bipersonellen Aspekt hat, in dem der Patient versucht den Analytiker zum Mitagieren zu verführen.

FERENCZI führte 1919 einen Gedanken ein, der später in der Behandlung der Frühstörungen Bedeutung erlangen soll. Er weist darauf hin, dass es unmöglich ist etwas zu erinnern, was niemals bewusst gewesen ist, und deshalb wird in der Übertragung nur eine handlungsmäßige Inszenierung möglich. Zu dieser Inszenierung gehören „frühe Introjektionen aus dem sensomotorisch erfahrenen Dialog mit der Mutter“ (FERENCZI 1970a, S. 276). FERENCZIS erweitertes Konzept führte zur Beschäftigung mit der Bedeutung des Mitagierens des Therapeuten, das wiederum eng verbunden ist mit der Bedeutung der Gegenübertragung. GREENACRE greift diesen Aspekt auf und spricht vom „vorsprachlichen Charakter des agierenden Verhaltensmusters, bei dem das 'motorische Ausagieren' Inhalte ausdrückt, deren Übersetzung in sprachliche Vorstellung verwehrt ist.“ (GREENACRE 1963, S. 277) Er spricht vom sogenannten 'Borderline-Dialog' (GREENACRE 1963, S. 176).

FENICHEL erkannte auch, dass das Agieren in bestimmten Fällen „gegen Angst und Schuldgefühle Sicherheit bietet“ (FENICHEL 1977, S. 113). Für den frühgestörten Patienten spielt die Abwehr der Angst eine zentrale Rolle. Auch BATTEGAY gibt ein Beispiel in seiner 'Neurosenlehre' von 1971:

So sagte mir ein Patient in der 557. Sitzung, dass er nicht von seinem aggressi-

ven Agieren und von seinem omnipotenten Verhalten seiner Frau gegenüber ablassen könne, obwohl er dessen kompensatorischen Charakter kenne. Auf meine Frage, weshalb er es nicht könne, antwortete er: 'Ich wäre dann ein ganz anderer Mensch, es macht mir Angst'. (BATTEGAY 1971, S. 277-278).

FENICHEL fasst die Auffassung des doppelten Charakters des Agierens, sowohl als Katalysator, als auch als Widerstand in der Analyse, zusammen:

Das Ausagieren, das das Ich daran hindert, mit dem unbewussten Material konfrontiert zu werden, bietet dem Analytiker häufig wertvolle Einblicke. Es ist aber im Prinzip von keiner geringeren Gefahr als der gegenläufige Widerstand, bei dem in einer rein theoretischen Analyse nur über die Vergangenheit geredet wird, ohne dass ihr Fortwirken in der Gegenwart zur Kenntnis genommen würde. Denn das 'Ausagieren' bezieht sich nur auf die Gegenwart und verleiht dem Patienten nicht das Bewusstsein, von seiner Vergangenheit beherrscht zu werden. Die Analyse aber sollte ihm zeigen, dass die Vergangenheit in der Gegenwart noch wirksam ist. (FENICHEL 1977, S. 171)

Die zwei Gesichter des Agierens werfen die wichtige Frage der Grenzsetzung in der Therapie auf, die in der Behandlung von Borderline-Patienten später große Bedeutung erlangen wird (vgl. KERNBERG 1984; ROHDE-DACHSER 1989; GREENE, ROSENKRANTZ, MUTH 1986; STREEK 2000; ENGEL 2001; WEISS 2002 u. a.). KERNBERG schreibt:

Es sollen Grenzen festgesetzt werden, um ein Ausagieren der Übertragung zu hemmen, und das Leben des Patienten außerhalb der Sitzungen sollte soweit strukturiert werden, wie es erforderlich ist, um die Neutralität des Therapeuten zu schützen. Die technische Neutralität des Therapeuten ist für die Behandlung von entscheidender Bedeutung, auch wenn Interventionen im Leben des Patienten außerhalb der Behandlung manchmal notwendig sein können. (KERNBERG 1984, S. 156-157).

ROHDE-DACHSER sagt dazu:

Das Problem der Grenzsetzung ist in der Borderline-Therapie deshalb relevant, weil Borderline-Patienten oft eine verminderte Steuerungsfähigkeit ihrer Triebimpulse aufweisen, weil sie ihre Konflikte sehr viel häufiger agieren statt reflektieren, und weil sie die Auswirkungen dieses Agierens oft hartnäckig vor sich und anderen verleugnen. (ROHDE-DACHSER 1989, S. 210-211)

Sie bemerkt auch, dass der Analytiker mit der Grenzsetzung stellvertretend für den Patienten die Steuerungsfunktionen, die diesem (noch) fehlen, übernimmt.

Borderline-Patienten setzen den Analytiker zu Beginn der Therapie oft in die Rolle einer Elternfigur mit unerschöpflichen Hilfsquellen ein, der alles für sie zum Besten wenden könnte, wenn er nur wollte, und der Analytiker identifiziert sich nicht selten mit dieser Phantasie. Dies ist die Ausgangslage, von der aus der Patient seine aggressiven und autodestruktiven Manöver startet, um vom Analytiker auf diese Weise die vorenthaltene Hilfe zu erpressen. (ROHDE-DACHSER 1989, S. 211).

Schon hier wird deutlich, welche wichtige Rolle die Gegenübertragung des oft 'manipulierten' oder 'verführten' Therapeuten spielt.

AMMON (1974) weist auf die zentrale Bedeutung des Therapeuten im komplexen Geschehen des Agierens im Rahmen des Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesses hin:

Die psychoanalytische Therapie unterscheidet sich von den meisten therapeutischen Techniken dadurch, dass sie jedes menschliche Verhalten als Mitteilung versteht und somit auch im Symptomverhalten einen misslingenden Versuch der Kommunikation erkennt, der verstanden und bearbeitet werden kann. Gegenstand der Therapie wird hierdurch neben den Lebensschwierigkeiten des Patienten insbesondere seine aktuelle Beziehung zum Therapeuten in der Übertragung. [...] der Analytiker wird in seinen mehr oder minder kontrollierten Handlungen und Reaktionen selbst zum Instrument der Therapie. Dieses 'Instrument', ein Mensch mit eigener Lebensgeschichte und evtl. eigenen unbewältigten Konflikten, kann den unbewussten Manövern des Patienten inadäquat begegnen, so etwa die ihm von Patienten in der Übertragung zugeschriebene Rolle unbewusst akzeptieren. Kunstfehler in der psychoanalytischen Therapie haben im Wesentlichen ihre Ursache einmal im Unbewussten des Analytikers, d. h. in der unkontrollierten Gegenübertragung, oder in der direkten Übertragungsreaktion des Therapeuten auf den Patienten. (AMMON 1974, S. 128).

Gleichzeitig weist der Autor auf die zentrale Bedeutung der Ausbildung und der Supervision des Therapeuten hin.

AMMON (1979) betont den Aufforderungscharakter des Ausagierens an die Therapeuten. Die Umwelt wird aufgefordert, die Funktion der Ich-Abgrenzung sowie weitere Hilfs-Ich-Funktionen für den ich-strukturell Geschädigten zu übernehmen. Deshalb empfindet der Patient seine Symptomatik ich-synton:

Es ist für die archaischen Ich-Krankheiten charakteristisch, dass die Patienten ihre Symptomatik im Hier und Jetzt des Ausagierens nicht als ich-fremd und pathologisch erleben, obwohl ihr Symptomverhalten zumeist in krassem Gegensatz zur überangepassten Fassade ihrer destruktiven Identitätsentwicklung steht. Sie leben ihren unbewussten Konflikt bzw. ihr reales Defizit traumhaft in die Realität hinein aus, die dadurch zur Bühne ihrer frühkindlichen Symbiose wird. (AMMON 1979, S. 291).

Deshalb ermöglicht das Verständnis des Ausagierens von Seiten des Therapeuten, der damit die Steuerungsfunktion 'guter Eltern' vom Patienten übernimmt, das 'Wiederholen und Wiedergutmachen'.

Hier wird bereits auf Aspekte hingewiesen, die in der dynamisch-psychiatrischen Auffassung des Agierens und der Behandlung frühgestörter Patienten von zentraler Bedeutung werden:

1. das Agieren als 'Inszenierung' der defizitär verlaufenden frühkindlichen Symbiose, in Anlehnung an FERENCZIS 'sensomotorischen Dialog' mit der

Mutter; später wird dieser Dialog auf die unbewusste Dynamik der gesamten Primärgruppe erweitert;

2. die Bedeutung des wiedergutmachenden Aspektes im 'kontrollierten' Umgang mit der Gegenübertragung des Therapeuten und der gesamten
3. Gruppe, d. h. in der gruppendynamischen Arbeit, und der Aspekt der Identitätsentwicklung, der implizit ist im Agieren und als konzeptueller Leitfaden der Behandlung frühgestörter Patienten in der dynamischen Psychiatrie zugrunde liegt.

Agieren in Gruppentherapie und stationärer Therapie

Uns ist heute bewusst, dass das Agieren nur im Kontext der Übertragung und Gegenübertragung vollständig verstanden werden kann, d. h. dass die Therapeuten darin eine Rolle spielen, die sie zum Reflektieren ihrer Gegenübertragungsgefühle und Verhaltensweise zwingt.

Dies gilt sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppentherapie. Bereits 1971 betonte NETO, dass das Agieren in der Gruppenpsychotherapie wesentlicher Teil des therapeutischen Prozesses ist. Es bedeutet das Wiederholen des Konfliktes in der aktuellen Gruppensituation (NETO 1971). Nach BATTEGAY wird dementsprechend unterschieden zwischen einem 'Acting-In', das erwünscht ist, und einem 'Acting-Out' außerhalb der therapeutischen Situation, das unerwünscht ist und durch die Grenzen der Gruppentherapie in diese wieder hineingeholt werden soll:

Mit Vorteil werden die Gruppenmitglieder initial darauf aufmerksam gemacht, dass über das Agieren außerhalb der Gruppensituation später wieder in der Gruppe berichtet werden möge, wenn nicht der Behandlung bzw. der Selbsterfahrung Energetik verloren gehen sollte. Damit wird das Agieren auch außerhalb der Therapiegruppe über kurz oder lang der psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich. (BATTEGAY 1979, S. 120).

BATTEGAY macht auch auf die nonverbalen Aspekte des Agierens in der Gruppe aufmerksam: in der Gruppenpsychotherapie gilt es deshalb,

[...] neben den verbalen auch die averbalen Äußerungen, insbesondere die Mimik und Pantomimik, die Körperhaltung, die Hautfarbe, die Verhaltensmuster, evtl. auch die Hauttemperatur, zumindest das Kälte- und Wärmegefühl der Beteiligten, mit in die psychotherapeutischen Betrachtungen einzubeziehen. Das ganze Spektrum der menschlichen Äußerungsmöglichkeiten wird Gegenstand psychotherapeutischer Arbeit darstellen. (BATTEGAY 1979, S. 121).

Die Gruppe agiert in BIONS Sinn ihre Erwartungen an die Onnipotenz des Therapeuten durch ihre Erwartungen, dieser möge die Gruppe 'retten', ein ideales Paar und einen Messias hervorbringen. Die Reaktion der Gruppe darauf durch den Fight-Flight-Mechanismus stellt wie auf einer Bühne den Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt der Gruppenmitglieder dar (BION 1961).

Der Gruppentherapeut ist aufgefordert, gewissermaßen ein 'drittes Ohr' (REIK 1948) auch für die subtilen Formen des Agierens in der Gruppe zu entwickeln, und zwar sowohl für das Agieren des Einzelnen (und ihre Aussage über die Gruppe als ganze), als auch für die vielfältigen Spielarten des Agierens der Gesamtgruppe – in ihren sprachlichen und nonverbalen Manifestationen. GANZARAIN und BUCHELE (aus der Menninger Foundation) nennen das Agieren in der Gruppentherapie 'eine verschlüsselte Botschaft aus dem Unbewussten der Patienten'. Sie schreiben:

Psychotherapeuten werden ausgebildet, um diese geheimen Botschaften zu entschlüsseln, aber die Botschaften bleiben manchmal geheim für eine gewisse Zeit, während der die Patienten sich verletzen können. Das ist das unvermeidbare Drama des Agierens! (GANZARAIN, BUCHELE 1987, S. 187, Übersetzung d. Verfassers)

In der neueren Literatur haben sich u. a. BORRIELLO (1973, 1979), BORGEAT (1971), KELLERMANN (1984), COSSA (1992) und ALFORD (1995) mit dem Thema des Agierens in der analytischen Gruppentherapie beschäftigt.

Das Agieren in Gruppen – und insbesondere in der stationären Therapie – ist ein komplexes Geschehen, das folgende Ebenen beinhaltet:

1. Agieren eines Mitglieds als 'Sprachrohr' für die gesamte Gruppe, bzw.
2. Delegieren von Gefühlen an ein oder mehrere Mitglieder – auch im Sinne der 'Rollen' in der Gruppe nach SCHINDLER,
3. Agieren der Gesamtgruppe im Sinne BIONS, z. B. die Bildung eines 'diealen Paares', sexuelles Agieren etc. (BION 1961),
4. Agieren der gesamten Aggression und Feindlichkeit der Gruppe gegen eine Sündenbockfigur, oft als 'Verbiegung' der Aggression gegen den Leiter – auch im Sinne eines 'Mobbings',
5. Agieren als unbewusste Widerspiegelung der Primärgruppe eines Patienten (häufig in der Klinik in allen Gruppen oder in Case-Konferenzen).

Nach der Auffassung der Dynamischen Psychiatrie finden die zwischenmenschlichen Erfahrungen und die bewussten und unbewussten gruppendynamischen Prozesse in den frühen Lebensgruppen des Menschen (vor allem in

der Primärgruppe) ihren Niederschlag in der späteren Persönlichkeitsstruktur. Hierzu gehören die Akzeptanz des Kindes, das mütterliche und väterliche Verhalten dem Kind gegenüber (wie heute durch die Bindungstheorie ausführlich erforscht), unbewusste Projektionen, Instrumentalisierung und Parentifizierung, offene oder verborgene Gewalt, aber auch gruppendynamische Phänomene wie Spaltungen, Untergruppenbildungen und Verfeindungen innerhalb der Familie statt. In der neueren Zeit wird zunehmend auch die große Bedeutung transgenerationaler Prozesse in der Bildung der Persönlichkeit deutlich. Deshalb wiederholen die Patienten im Sinne eines 'gruppendynamischen' Wiederholungszwangs oft lebenslang die Rollen, die ihnen in ihrer Primärgruppe 'zugedacht' wurde: eines Versagers, eines Opfers, Retters, Hoffnungsträgers, Vermittlers, eines Außenseiters.

In der Gruppentherapie oder in der Klinik werden die früheren Erfahrungen des Patienten in seinen bedeutenden Lebensgruppen durch Widerspiegelungen und Wiederholungen gegenwärtig. In der Klinik Mengerschwaike befindet sich jeder Patient in einer Anzahl von verschiedenen verbalen und nonverbalen Gruppen: in der Milieugruppe (deren Aufgabe ist, an gemeinsamen Projekten zu arbeiten, die Tagesstruktur und die Freizeit gemeinsam zu strukturieren, Feste zusammen zu feiern etc.), der analytischen Gruppentherapie, der Mal-, Musik-, Theater-, Tanz-, oder Reittherapie. Die in diesen Gruppen gemachten Beobachtungen fließen zusammen im gesamtherapeutischen Integrationsprozess der Kontrollgruppen, der Großgruppen aller Patienten und Mitarbeiter, und in den Case-Konferenzen mit Beteiligung aller Therapeuten eines Patienten.

Die nonverbalen Therapien bieten den Patienten die Möglichkeit, durch das Medium des Körpers (vor allem in der Tanztherapie), des künstlerischen Ausdrucks (in der Mal- oder Musiktherapie), oder 'direkt' durch ihre gewählten Rollen auf der Bühne der Theatertherapie zu agieren. So konnten einige Patienten z. B. in der Rolle der 'grauen Herren' in Michael ENDES 'Momo' ihre bösen bzw. sadistischen Fantasien ausspielen – und dies, ohne jemandem dadurch Unrecht zu tun. Die Vielfalt der Aktionsmöglichkeiten in den verschiedenen, miteinander integrierten Gruppen, ist von großem therapeutischem Wert besonders für Patienten mit Frühstörungen.

Eine Reihe von Autoren hat auf die Bedeutung der korrektiven Neuerfahrung, die der reflektierte Umgang mit dem Agieren in der Zweiersituation der Einzeltherapie beinhaltet, hingewiesen (ADLER 1973, COHEN, GRINSPOON 1963, FRIEDMANN 1969, KERNBERG 1968, ZETZEL 1971, ROHDE-DACHSER 1989).

Wichtig sind aber auch die Wiederholungs- und Wiedergutmachungserfahrungen der Patienten in all diesen Gruppen. Das Erkennen, Deuten und Verändern der Gruppendynamik in der Gruppentherapie und in der Gesamtklinik bekommt damit eine wesentliche Bedeutung für die Entwicklung des Patienten. Nicht nur der einzelne Patient, auch die Gesamtgruppe erlebt damit die Veränderung, die das gruppenspezifische Arbeiten hervorzurufen imstande ist, und kann diese verinnerlichen.

Auch in der stationären Therapie weisen die Borderline-Patienten, wie WEISS, ADLER und FRIEDMANN betonten, ihren Therapeuten Omnipotenzfantasien zu, mit denen sich das therapeutische Personal identifiziert.

Die Patienten reagierten in diesen Fällen auf die Hospitalisierung mit einer rapiden Regression, die vor allem durch autodestruktives Agieren geprägt war ... Der Prozess eskalierte, je intensiver das therapeutische Personal auf die appellative Hilflosigkeit der Patienten einging. (ROHDE-DACHSER 1989, S. 211)

Andererseits treten auch in der Klinik Phänomene von Ausgrenzung oder Mobbing auf, die als Widerspiegelung früherer Sündenbockdynamiken verstanden werden müssen. Sie begleiten, wie gesagt, die gesamte Biografie des Patienten. Wie das passiv-aggressive Mitagieren einer Gruppe die Situation des Einzelnen in der Primärgruppe widerspiegeln und zu katastrophalen Verstrickungen führen kann, verdeutlicht eine Szene aus dem Spielfilm 'Gegen die Wand' des türkisch-deutschen Regisseurs Fatih AKIN (2004). Hier wird geschildert, wie eine Gruppe von Anwesenden die aggressive Eskalation zwischen zwei Kontrahenten passiv beobachtet, oder vielmehr 'aktiv' ignoriert, bis es zu einem Mord kommt. Auch dann interveniert niemand, bis die Polizei den Täter festnimmt. Das passive Mitagieren der Zuschauer entspricht hier der 'Aufopferung' des Täters durch seine Primärgruppe, womit die juristisch klaren Grenzen zwischen Täter, Opfer und Augenzeugen eine deutliche Verschiebung erfahren.

Solches Mitagieren ist nicht selten in der internationalen Politik zu beobachten und führte in der Geschichte des öfteren zu blutigen Auseinandersetzungen mit Millionen von Opfern. Das bekannteste Beispiel ist die 'Appeasement'-Politik Großbritanniens und der USA zur Zeit der Bewaffnung Nazi-Deutschlands (freilich mitbestimmt durch die wirtschaftlichen Interessen Amerikas). Die einzelnen Etappen des Mitagierens waren das Konkordat mit dem Vatikan von 1933, das deutsch-britische Flottenabkommen von 1935 und die Münchner Konferenz von 1938 (HITLER, MUSSOLINI, CHAMBERLAIN und DALADIER) mit der Opferung der sudetendeutschen Gebiete an Deutschland. Ein rezentes

Beispiel ist die (ebenfalls auch wirtschaftlich mit determinierte) 'Appeasement'-Politik gegenüber dem Iran, mit dem 'Ausblenden' des Aufbaus seines Nuklearwaffenarsenals.

Auch in der Klinik werden solche destruktiven Dynamiken anfangs wiederholt, bis sie der Gruppe durch gruppodynamische Arbeit erklärt und bewusst gemacht – und damit korrigierbar – werden. Häufig werden in der gesamten Gegenübertragung und Widerspiegelung des Klinikpersonals dadurch Ausgrenzungs- und Bestrafungstendenzen manifest, deren Erkennen und Modifikation zum wesentlichen Erfahrungsprozess in der Therapie werden können. Unter anderen betont auch BÜHLING (1977) die Wichtigkeit eines lernfähigen Teams, das in Kontroll- und gruppodynamischer Arbeit ihre Gegenübertragungsmanifestationen erkennen und sich selbst verändern kann.

Eine 24-Jährige, verwahrloste und einsame, psychotische Patientin agierte stark mit Rauchen im Zimmer und gefährdete damit andere Patienten (Rauchen in den Zimmern bedeutet Brandgefahr und stellt einen Entlassungsgrund dar). Unter den Mitarbeitern wurden geteilte Meinungen geäußert: Einige fühlten Sympathie und mahnten zur Toleranz, andere waren durch die Gefährdung des Hauses besorgt und forderten vehement die sofortige Entlassung. Die 'Entlassungspartei' gewann allmählich an Einfluss, nachdem alle Versuche, die Patientin zur Einsicht zu bewegen, versagten.

Parallel fand auch in der Großgruppe der Patienten eine ähnliche Spaltung statt, wobei ein junger Patient sich der Patientin mit viel Empathie und Fürsorge annahm. Während eines Großgruppenausflugs konnte dann die Patientin erstaunlich gut integriert werden; sie kletterte mit mehreren anderen 'Pubertierenden' auf einen Baum während des gemeinsamen Picknicks und sorgte für humorvolle Szenen. In der Klinik griffen wir dann diese Erfahrung auf und beauftragten eine Gruppe von Patienten unter Führung des erwähnten jungen Mannes mit der Überwachung des Rauchverbots. Es wurde bald deutlich, dass die Patientin ihre 'Helfer' hatte und von einer Anzahl von 'Mittätern' Zigaretten bekam – womit die Frage des Mitagierens offen und zur Entlastung der Patientin in der Großgruppe unter dem neuen Aspekt betrachtet werden konnte.

Aus dem Einzelkonflikt wurde ein Gruppenproblem; das 'Umverteilen' des grenzüberschreitenden Agierens in die Gruppe und die Übergabe der Überwachungsfunktion von den Elternfiguren an die 'Geschwister' hatten zur Folge die Entschärfung der von der Patientin 'inszenierten' Sündenbockdynamik und Opferrolle. Die 'Bestrafungspartei' unter den Mitarbeitern schwächte sich wieder ab und die Patientin konnte viel besser in ihre Milieugruppe integriert wer-

den. Sie hörte auf in ihrem Zimmer zu rauchen. Zu ihrer Case-Konferenz erschien sie gepflegt und geschminkt und zeigte sich deutlich entlastet und einsichtsfähiger.

Das Acting-In dieser Patientin fand im Milieu der Klinik statt. Sie inszenierte dort ihre frühere Rolle und zwang das therapeutische Team zur Spaltung und Entscheidung. Die 'Umverteilung' des Agierens auf eine Gruppe – in der Übertragungssituation auf ihre Familie, die nun in ihrer Gesamtheit 'agierte' – führte zur Entlastung der Patientin und zur Erfahrung der Wiedergutmachung, die zum integrierenden Moment der Therapie werden konnte.

Der analytischen Milieuthherapie kommt dabei eine zentrale Bedeutung in der Behandlung frühgestörter Patienten in der Klinik zu. AMMON schreibt dazu:

Zwischen das sprachlose Agieren der Symptomatik und die verbale psychoanalytische Interpretation wird dadurch eine informelle, überwiegend nonverbale, dabei jedoch analytisch kontrollierte Interaktion zwischen dem Patienten und seiner therapeutischen Umgebung eingeschoben, die dazu dient, durch eine emotionale Korrektur (ALEXANDER 1948) im Sinne der Wiedergutmachung die Basis für die weitergehende analytische Arbeit zu legen. (AMMON 1979, S. 606).

Daraus wird deutlich, dass das Verständnis des Agierens nicht nur zur Aufhebung der Stagnation in der Therapie oder zur Sicherung der Kontinuität der Behandlung notwendig ist, sondern eine noch größere Bedeutung hat: Sie vermag durch die 'emotionale Korrektur' oder das 'repeat and repair' (WINNICOTT 1965) dem Patienten Erfahrungen zu vermitteln, die zum inneren Wachstum seines Ichs führen können. Die Aufmerksamkeit, die dem Agieren des Patienten gewidmet wird, gewinnt damit eine eminent therapeutische Dimension.

„Hierfür ist die psychoanalytische Milieuthherapie die Therapieform der Wahl,“ schreibt BÜHLING (1977, S. 310). Nach AMMON ist die

psychoanalytische Milieuthherapie für alle die Patienten [indiziert], welche aufgrund schwerster Störungen nicht in der Lage sind, ihre Konflikte auf der zugleich realen und symbiotischen Ebene der Interaktionen in der therapeutischen Gruppe darzustellen und zu bearbeiten. (AMMON 1973, S. 203).

Das Agieren wird in einer kontrollierten therapeutischen Situation, in der Lebenssituation und therapeutische Situation zusammenfallen, zu einem zentralen Agens für die Therapie von Borderline-Patienten. ... Das therapeutische Milieu mit ihren vielfältigen Angeboten, das Verhalten der Therapeuten und der Gruppe, stellen somit ein facilitating environment dar, in dessen Rahmen die Patienten ihre verschütteten gesunden Ich-Anteile und kreativen Potentiale neu entdecken lernen. (BÜHLING 1977, S. 310-311)

Das milieutherapeutische Netz ermöglicht das 'Acting-In' mit seiner Beobachtung und Bearbeitung unter den optimalen Bedingungen einer tragenden Grup-

pensituation. Wichtig ist dabei auch die Arbeit an der eigenen Dynamik des Therapeutenteams. SCHIBALSKI (1978) spricht vom 'kontrollierten Mitagieren'.

Auch im Erkennen und Bewusstmachen des unbewussten Mitagierens des Therapeutenteams spielen Widerspiegelungsphänomene eine wichtige Rolle; ein Beispiel mag diesen Aspekt verdeutlichen: In einer der therapeutischen Kontrollgruppen stellte die Einzeltherapeutin die Schwierigkeiten der Therapie mit der eigenwilligen, weitgehend mutistischen Borderline-Patientin vor (sie war wegen einer schweren Anorexie und Depression, Substanzmissbrauch, sozialer Isolation und Einsamkeit mit mehreren Suizidversuchen aufgenommen worden). Im Laufe der Darstellung wurde ihr Ton immer vorwurfsvoller, sie beschwerte sich darüber, dass ihr letztlich keiner in dieser schweren Aufgabe helfe. Die Gruppe der Therapeuten verhielt sich zunächst abweisend und versuchte, dieses Gefühl mit allgemeinen Hinweisen auf die schwierige Therapie solcher Patienten zu relativieren ('es geht jedem so').

Es entstand eine Pattsituation, die nur durch die Deutung des Leiters beendet wurde, dass die Einzeltherapeutin hier in BALINTS Sinn die Einsamkeit und den verzweifelten Appell der Patientin in der Gruppensituation vertritt, der Rest der Gruppe hingegen widerspiegelt die Familie mit ihrem Unverständnis der emotionalen Lage und der Ausweglosigkeit der Patientin selbst. Beide redeten 'aneinander vorbei', wie FERENCZI es in seiner Arbeit über die 'Sprachverwirrung' beschrieb (FERENCZI 1970b, S. 33).

Durch dieses Verständnis entstand nun Kontakt zwischen der Therapeutin und der Gruppe, sie begriff, dass sie nicht allein verantwortlich für die schwerkranke Patientin war, sie fühlte sich damit selber nicht mehr einsam und verlassen. In der Folge entwickelte sich ein besserer Kontakt zwischen der Therapeutin und ihrer Patientin, die sich allmählich auch in Gruppen nicht mehr so allein, fremd und abgewiesen fühlte. In der Milieugruppe der Patientin wurde deutlich gemacht, dass sie am extremsten die Gefühle der Angst und des Misstrauens für die Gesamtgruppe ausdrückte. Sie wurde in der Gruppe allgemein beliebt. Ihre Gruppenfähigkeit besserte sich so weit, dass sie freiwillig die Leitung eines Projektes übernahm und diese Aufgabe auch zuverlässig – wenn auch mit Kontaktschwierigkeiten – erfüllte.

Später konnte sie mit einer Gruppe von elf Mitpatienten im Rahmen einer extramuralen Milieuthérapie mit geplanter Projektarbeit nach Paestum / Süditalien fahren. Gleichzeitig nahm die Patientin in der Großgruppe aller Patienten und Therapeuten keine Außenseiterposition mehr ein, da ihre Position mit der *anderer* Außenseiter aufgrund ihrer Lebensgeschichte auch in der Großgruppe

verglichen und zu ihrer Entlastung deutlich gemacht wurde. Sie wurde aktiver, kontakt- und auseinandersetzungsfähiger, konnte Aggression offener ausdrücken; in der Folge besserte sich ihre schwere Depression deutlich. Hier wird auch die Bedeutung der Großgruppe in der gruppendynamischen Arbeit deutlich, die einen zentralen Ort der Integration darstellt, in dem regelmäßig die jeweils wichtigen Gruppenthemen, -fantasien und Konflikte offengelegt, verstanden und integriert werden (SCHMIDTS 1996, 1997, 2003).

Die gruppendynamische Arbeit mit den Patienten erfüllt ihre therapeutische Bedeutung erst, wenn sie durch die gruppendynamische Arbeit mit dem gesamten therapeutischen Team ergänzt wird. Erst diese Arbeit ermöglicht die Aufdeckung und Bearbeitung der Spaltungs- und Gegenübertragungsphänomene der Therapeutengruppe, die unreflektiert zum Mitagieren und dadurch unter Umständen zum Misserfolg oder Abbruch der Therapie schwer kranker Patienten führen kann. Darin kann die Wahrnehmung der Widerspiegelungsphänomene sehr behilflich sein. Aber auch der gruppendynamischen Arbeit mit Konflikten innerhalb des Teams kommt eine große Bedeutung zu. Transparenz und Offenheit in der Gruppe der Therapeuten kann vermeiden, dass die Patienten – wie oben bei den verschiedenen Aktionsarten in Gruppen erwähnt – latente oder zugedeckte Konflikte oder Fantasien des Teams ‘in Delegation’ ausagieren. Dazu gehören z. B. aggressive Auseinandersetzungen, Angst, erotische Fantasien und Bedürfnisse usw., die von den Patienten wie von Kindern für ihre Eltern ausagiert werden können.

Ein häufiges Gegenübertragungsphänomen des Teams besteht darin, in Widerspiegelung entsprechender Primärgruppen sich ausschließlich auf das Pathologische beim Patienten zu konzentrieren. Dabei basiert das Konzept der Milieuthérapie – und besonders der Projektarbeit – auf der Arbeit mit den konstruktiven Anteilen des Patienten, mit seinen Ressourcen. Eine Folge des Agierens des Patienten ist die ausschließliche Beschäftigung mit den destruktiven Aspekten der Persönlichkeit des Patienten.

Der integrative und ganzheitliche Ansatz der dynamischen Psychiatrie, der auf die Entwicklung der Identität der Patienten jenseits der Arbeit an ihren Symptomen abzielt, sieht das Agieren als Aufforderung, die ‘verstümmelte Kommunikation’ (SCHMIDTS 1978) durch den direkten zwischenmenschlichen Kontakt zu ersetzen und damit die strukturelle therapeutische Arbeit mit dem Patienten fortzusetzen.

Identitätstherapie heißt in diesem Sinne immer ein Bewusstwerden der verinnerlichten lebensverbietenden und destruktiven Gruppendynamik, wie diese in

der Widerspiegelung des Agierens im Milieu der Klinik sichtbar wird, hin zu einer Auseinandersetzung mit den Gefühlen von Angst und Aggression und damit zu einer Öffnung hin zu neuen Entwicklungs- und Erfahrungsprozessen. Das Widerstandsgeschehen von symbiotischen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen im Aktionsfeld der stationären Behandlung von präödiपाल gestörten Patienten drückt immer Identitätswiderstände aus, die einhergehen mit destruktiven Aggression, Angst und Narzissmus. Erst wenn diese Gefühle erlebt, erkannt und durchgearbeitet werden, können neue Erfahrungen verinnerlicht, und die konstruktiven, kreativen Möglichkeiten im eigenen Recht gelebt werden.

Acting Out – A Dynamic Psychiatric View

Egon Fabian (Munich, Germany)

Although in the 1980's the understanding of acting out gradually changed to a basically positive one, many therapists still considered it to be an undesirable phenomenon hampering psychotherapy. FREUD used the term 'acting out' as early as 1905 and described it in 1914 and 1920 as a form of resistance, replacing remembering by the mechanism of repetition compulsion (FREUD 1905, 1914, 1920). In 1938, he wrote that "it is very undesirable, if the patient acts out outside of the transference, instead of remembering" (FREUD 1938, p. 103). Later, BALINT and WINNICOTT contributed to a re-evaluation of the therapeutic importance of acting out, revealing it as an act of creative manifestation of the patient, which, if understood by the therapist, may be a valuable motor for the therapeutic process (BALINT 1934, 1960, WINNICOTT 1951). GRINBERG (1968) called it 'Dream that could not be dreamed', FENICHEL (1977) recognized it as not only disturbing, but also being a catalyst of therapy.

Already FERENCZI's work had led to a reflection about the importance of the therapist in co-acting out with his patient (FERENCZI 1970b). AMMON emphasized the central role of the therapist in the complex process of acting out within the transference-countertransference situation. He sees in "every human behavior a communication, and therefore in symptoms, too, a failed attempt to communicate, which can be understood and worked through [by the therapist]" (AMMON 1974, p. 128). In his view, the therapist must be conscious of being an important therapeutic instrument. Similarly, ROHDE-DACHSER considers acting out as an appeal to the surroundings to take over assisting ego

functions for the patient.

In the concept of Dynamic Psychiatry, acting out can be understood under 3 different aspects: As re-enactment of deficient early symbiosis, as a challenge to the therapist to [wiedergutmachen] through his countertransferential feelings, and as a chance for identity development, which underlies the dynamic psychiatric treatment of pre-oedipal disturbances.

For analytic group therapy, already NETO (1971) recognized the central importance of acting out in the therapeutic process of the group. BATTEGAY deepened its understanding by differentiating between a desirable 'acting in' and 'acting out' outside the framework of the group therapeutic situation, which may weaken its efficiency. BATTEGAY also calls the attention to the non-verbal aspects of acting out. We find it necessary that the therapist(s) should develop a 'third ear' for these subtle manifestations and unconscious communication forms and use them for his understanding of underlying dynamics. In the more recent literature, BORRIELLO (1969, 1979), LEVY (1971), BORGEAT (1971), KELLERMANN (1984), COSSA (1992) and ALFORD (1995), among others, contributed to a more differentiated understanding of acting out in group-analytic therapy. In our opinion, the following levels of acting out in groups can be discerned:

1. Acting out of a member of the group as a speaker of the whole group;
2. parts of, or the whole group, may delegate its suppressed feelings to an acting out member;
3. acting out of the whole group in BION's sense, e. g. by 'producing' an 'ideal couple';
4. the whole group may act out its aggression against a scapegoat figure instead of directing it against the leader(s), thus engendering mobbing dynamics, and
5. Acting out of the group as an unconscious reflection of the primary group dynamics of one of the patients (EKSTEIN, WALLERSTEIN 1958).

According to the concept of Dynamic Psychiatry, early interpersonal experiences and group dynamic processes in groups are the main forces shaping later personality structure development. Therefore, all forms of violence and abuse, as well as of projections, instrumentalisation and parentification, influence ego structure, mediated through largely unconscious group dynamics. As we are now increasingly aware, transgenerationally transmitted dynamics may exert a

considerable impact through compulsive repetition of destructive group dynamics.

In the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike in Munich, reflection phenomena are currently used to gain more information of individual group dynamics of patients. Each patient is member of several verbal and non-verbal groups with their own dynamics and transference fields: analytic group therapy, milieu therapy groups (working on common projects, structuring free time, or feasting important events for their members), dance therapy, music, theatre, riding or art therapy. All observations in these groups are therapeutically used, and the particular dynamics of the single groups are integrated in the supervision and control groups, the case conferences and the weekly plenary group of the whole Hospital. In order to enable the patients to make corrective experiences and thereby 'repeat and repair' (F. ALEXANDER) their old pathologic dynamics, much attention is given to group dynamic work in all groups, influencing their unconscious dynamics. On the other hand, the therapeutic team is encouraged to work on its own dynamics as an expression of reflection dynamics or of countertransference behaviour forms, particularly important in the treatment of borderline patients. Thus, for instance, tendencies, inherent in groups, to create scapegoat positions and exclude members repeating their 'omega'-experiences, are rendered conscious and explained to the patients of the groups, attempting in this way to turn dynamics into constructive ones. The passive toleration of aggressive and destructive dynamics by members of the groups – in reflection of those in patients' families – is of central importance in order to avoid characteristic 'victim' dynamics and understanding them as dynamics of whole groups. Such phenomena are frequent in international politics and have played important roles in various 'appeasement politics' towards Nazi Germany and at other times.

Two short case vignettes are presented to illustrate group dynamic therapeutic work: A 24-year-old psychotic woman with the risky behavior of asking other patients for cigarettes and smoking them in her room 'divided' the therapeutic team into a lenient 'good will' party and a 'radical' group demanding her immediate dismissal (punishing) for security reasons. In the patients' group, these positions were reflected: some patients helped to integrate the psychotic woman, others co-enacted passively-aggressively by giving her cigarettes and thus encouraging her to transcend the rules. When these dynamics were made conscious, explained and 'distributed' in the group, the patient herself (who had unconsciously enacted the destructive dynamics in her primary

group) could be relieved. The corrective emotional experience of being understood instead of punished made her integration in the group of the patients and her further therapeutic development possible. The 'controlled co-acting out' of the team (SCHIBALSKI 1978) may thus become an important therapeutic instrument in the treatment of patients suffering from pre-oedipal conditions.

The therapist of another severely ill, repeatedly suicidal borderline patient suffering from anorexia, depression and substance abuse, complained in vain of being overwhelmed by her therapy; the group of therapists failed to support her. The interpretation of the supervisor, making clear the reflection of the primary group situation of the patient herself, being misunderstood by the rest of the family, enabled the therapist to overcome her 'loneliness'. A parallel process also took place in the plenary group, in which the patient was presented as a 'representative' of social isolation as a result of early abandonment also known by other patients. This enhanced constructive dynamics and the experience of her being understood and integrated in groups. An impressive therapeutic development could thus be initiated.

Identity therapy can thus take place, when the repetition of early 'failed communication' is understood, constructive group dynamics is made possible through group dynamic work, and when the patient can consequently be made conscious of his or her internalized pathologic group dynamics. In the view of Dynamic Psychiatry, resistance implicit in acting out in the framework of inpatient therapy is always also an expression of identity resistance in the sense of unconsciously repeated dynamics of destructive aggression, anxiety and narcissism. Once these are realized, understood and worked through, creative ways may be opened up for the further development of the patients.

Literatur

- Adler, G. (1973): Hospital treatment of borderline patients. *Amer. J. Psychiat.* 130, 32-46.
- Alexander, F. (1948): *Fundamentals of Psychoanalysis*. Norton: New York
- Alford, C. F. (1995): The group as a whole or acting out the missing leader? *Int. J. Group Psychother.* 45 (2), 125-142
- Ammon, G. (1973): *Dynamische Psychiatrie: Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie*. Darmstadt, Neuwied: Luchterhand
- (1974): Grobe Kunstfehler in der psychoanalytischen Therapie. *Dyn. Psychiat.* 7, 333-344
- (Hrsg.) (1979): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1. Reinhardt: München
- Balint, M. (1934): Charakteranalyse und Neubeginn. *Internat. Z. Psychoanal.* 20, 54-63
- (1960): *Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Battegay, R. (1971): *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber

- (1979): Der Mensch in der Gruppe. Bern, Stuttgart: Huber
- Bilger, A. (1986): Agieren: Problem und Chance. Klinische und theoretische Überlegungen. Vortrag im Psychoanalytischen Seminar Freiburg am 28. Februar 1986
- Bion, W. R. (1961): *Experiences in Groups*. London: Tavistock
- Boesky, D. (1982): Acting out. A reconsideration of the concept. *Int. J. Psychoanal.* 63, S. 39-55
- Borgeat, F. (1971): 'Acting out' et psychothérapie de groupe pour adolescents en milieu institutionnel. *Laral Médical* 42, S. 237-241
- Borriello, J. F. (1973): Patients with acting-out disorders. *Amer. J. Psychother.* 27, 4-14
- (1979): Group psychotherapy with acting out patients: Specific problems and techniques. *Amer. J. Psychother.* 33, 521-530
- Bühling, W. (1977): Die Funktion des Agierens von Borderline-Patienten in der Milieutherapeutischen Gemeinschaft. *Dyn. Psychiat.* 10, 307-316
- Cohen, R., Grinspoon, L. (1963): Limit setting as a corrective emotional experience. *Arch. Gen. Psychiat.* 8, 74-81
- Cossa, M. (1992): Acting out: A pilot project in drama therapy with adolescents. *The Arts in Psychotherapy* 19, 53-55
- Ekstein, R., Friedman, S. W. (1957): The function of acting out: Play action and play acting in the psychotherapeutic process. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 5, 581-629
- Ekstein, R., Wallerstein, R. S. (1958): *The teaching and learning of psychotherapy*. New York: Basic Books
- Engel, J. V. (2001): 'Misreading and misleading patients: Some reflections on communications, miscommunications and countertransference enactments' by Theodore J. Jacobs. *Int. J. Psychoanal.* 82, S. 1301-1308
- Fenichel, O. (1977): *Neurosenlehre*. Olten: Walter
- Ferenczi, S. (1970a): Zur psychoanalytischen Technik. In: *Schriften zur Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch
- (1970b): Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. In: *Schriften zur Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch
- Freud, S. (1905): Bruchstück einer Hysterie-Analyse. GW5, S. 163-286
- (1914): Erinnern, wiederholen und durcharbeiten. GW, S. 125-136
- (1920): Jenseits des Lustprinzips. GW13, S. 3-69
- (1926): Hemmung, Symptom und Angst. GW14, S. 111-205
- (1938): Abriss der Psychoanalyse. GW 17, S. 63-138
- Friedmann, H. J. (1969): Some problems of inpatient management with borderline patients. *Amer. J. Psychiat.* 126, 299-310
- Ganzarain, R., Buchele, B. (1987): Acting out during group psychotherapy for incest. *Int. J. Group Psychother.* 37(2), S. 185-200
- Greene, L. R., Rosenkrantz, J., Muth, D. Y. (1986): Borderline defenses and countertransference: Research findings and implications. *Psychiatry* 49, S. 253-264
- Greenacre, P. (1963): General problems of acting out. *Amer. J. Psychother.* 17, 375-391
- Grinberg, L. (1968): On acting-out and its role in the psychoanalytic process. *Internat. J. Psychoanal.* 49, 171-178
- Kellermann, P. F. (1984): Acting out in psychodrama and in psychoanalytic group therapy. *Group Analysis* 17 (3), S. 195-203

- Kernberg, O. (1968): Zur Behandlungsstörungen bei Borderline-Störungen. *Psyche* 35, 641-653
 — (1984): *Severe Personality Disorders*. New Haven, London: Yale University Press. Deutsch
 (1991): *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Mertens, W. (1993): *Einführung in die psychoanalytische Therapie*. Bd.3. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Neto, B. B. (1971): Acting-out in psychotherapeutischen Gruppen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 5, 94-98
- Perelberg, R. J., Levinson, N. A. (2001): Panel on 'Acting out and/or enactment'. *Int. J. Psychoanal.* 82, 1288-1292
- Reik, Th. (1948): *Listening with the Third Ear*. New York: Farrar, Straus, and Giroux
- Rohde-Dachser, C. (1989): *Das Borderline-Syndrom*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber
- Scheunert, G. (1973): Über das 'Agieren' als theoretisches und praktisches Problem in der Psychoanalyse. *Material. Psychoanal.* 6, 1-29
- Schibalski, W. (1978): Formen des therapeutischen Mitagierens und seine strukturelle Bedeutung. *Dyn. Psychiat.* 11, 252-265
- Schmidts, R. (1978): Die Psychodynamik des Ausagierens im Rahmen einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. *Dyn. Psychiat.* 11, 232-240
 — (1996): Die Großgruppe in der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* 29, 10-17
 — (1997): Die Integration von Untergruppen in die Kultur der Großgruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. *Dyn. Psychiat.* 30, 183-193
 — (2003): The in-patient large group meeting. In: Schneider, S., Weinberg, H. (Ed.): *the Large Group Re-Visited*. S. 175-187. London, New York: Kingsley,
- Stone, L. (1973): *Die psychoanalytische Situation*. Frankfurt a. M.: Fischer
- Streek, U. (2000): Diagnose Persönlichkeitsstörung: zum Verlust der interpersonellen Dimension im medizinischen Krankheitsmodell. In: O. F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.) (2000): *Handbuch der Borderline-Störungen*, S. 99-113. Stuttgart, New York: Schattauer
- Weiss, H. (2002): Reporting a dream accompanying an enactment in the transference situation. *Int. J. Psychoanal.* 83, 633-645
- Winnicott, D. W. (1965): *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth
 — (1969): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. *Psyche* 23, 666-682
 — (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Zetzel, F. (1971): A developmental approach to the borderline patient. *Amer. J. Psychiat.* 128, 867-884
- Dr. med. (Univ. Tel-Aviv / Israel) Egon Fabian, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Gruppentherapie, Chefarzt der Klinik Mengerschwaige

Geisalgasteigstr. 203
 81545 München
 efabian@klinik-menterschwaige.de

Psychodynamische Aspekte des Agierens

Raymond Battegay (Basel, Schweiz)

For persons with borderline personality disorders in a psychoanalytically oriented psychotherapy, the reenactment and reproduction of conflicts and deficiency experiences of childhood and adolescence are typical. Within the therapeutic situation (or in social life) such people, by projective identification, tend to identify the therapist or the social environment as bearing guilt. Such 'acting-in' of patients not always is a negative manifestation. It may represent an important signal of the patient's inner anguish which acts emotionally on the therapist and mobilizes him or her to offer help. Patients' verbal expressions should be interpreted quickly, and they should be oriented toward the psychological background of their behavior and especially their tendency toward reenacting old traumas.

Keywords: acting-in, acting-out, reenactment, trauma, therapist, undestructible object

Sigmund FREUD forderte in seinem Werk, z. B. in seiner Arbeit *Zur Dynamik der Übertragung* (FREUD 1912), immer wieder, dass die neurotogenen, unbewussten Regungen nach Erinnerung im Rahmen der psychoanalytischen Situation in Worte gefasst werden sollten. Er redete also der verbal geäußerten Reminiszenz das Wort und wandte sich, zumindest vorerst, gegen jede in der Psychomotorik ausgedrückte Wiederholung eines unbewussten Konfliktes innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation. In der erwähnten Arbeit sagt FREUD zum Agieren unter anderem das Folgende:

Die unbewussten Regungen wollen nicht erinnert werden, wie die (Zufügung des Autors: psychoanalytische) Kur es wünscht, sondern sie (die Analysanden) streben danach, sich zu reproduzieren, entsprechend der Zeitlosigkeit und der Halluzinationsfähigkeit des Unbewussten. Der Kranke spricht ähnlich wie im Traume den Ergebnissen der Erweckung seiner unbewussten Regungen Gegenwartigkeit und Realität zu; er will seine Leidenschaften agieren, ohne auf die reale Situation Rücksicht zu nehmen. (FREUD GW 8, S. 374)

Der Begründer der Psychoanalyse erwartet vom Analysanden „diese Gefühlsregungen in den Zusammenhang der Behandlung und in den seiner Lebensgeschichte einzureihen, sie der denkenden Betrachtung unterzuordnen und nach ihrem psychischen Werte zu erkennen.“ (Freud GW8, S.374) SANDLER, DARE, HOLDER (1973) haben jedoch bereits darauf hingewiesen, dass in einer Psycho-

analyse unter Umständen psychische Inhalte mehr in einer Handlung als in einer bewussten Erinnerung wieder belebt werden können. FREUD (1914) hat dann in seiner Schrift 'Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten' selbst gezeigt, dass er im Rahmen der psychoanalytischen Arbeit mit einem Patienten das Agieren innerhalb der therapeutischen Situation, das er nun durchaus als Thema der Psychoanalyse betrachtete, vom Agieren außerhalb der therapeutischen Situation unterschied, welches er als Symptom eines zumindest temporär unüberwindbaren Widerstandes betrachtete. Im Folgenden zitiere ich den Begründer der Psychoanalyse aus der erwähnten Arbeit:

Die Taktik, welcher der Arzt in dieser Situation einzuschlagen hat, ist leicht zu rechtfertigen.

Für ihn bleibt das Erinnern nach alter Manier, das Reproduzieren auf psychischem Gebiete, das Ziel, an welchem er festhält, wenn er auch weiß, dass es bei der neuen (psychoanalytischen) Technik nicht zu erreichen ist. Er richtet sich auf einen beständigen Kampf mit dem Patienten ein, um alle Impulse auf psychischem Gebiete zurückzuhalten, welche dieser aufs Motorische lenken möchte, und feiert es als einen Triumph der Kur, wenn es gelingt, etwas durch die Erinnerungsarbeit zu erledigen, was der Patient durch eine Aktion abführen möchte. (FREUD GW 10, S. 133)

Wenig später schreibt FREUD:

Das Hauptmittel aber, den Wiederholungszwang des Patienten zu bändigen und ihn zu einem Motiv fürs Erinnern umzuschaffen, liegt in der Handhabung der Übertragung. ... Wir eröffnen ihm den Tummelplatz, auf dem ihm gestattet wird, sich in fast völliger Freiheit zu entfalten, und ihm auferlegt ist, uns alles vorzuführen, was sich an pathogenen Trieben im Seelenleben des Analysierten verborgen hat. (FREUD GW10, S. 134)

Unbewusste Konflikte sollen also nach FREUD nach dem Entstehen einer Übertragung auf den Therapeuten, das heißt nach dem Entstehen einer durch Wiederbelebung von Wünschen und Gefühlen gegenüber einer für den Analysanden in der Kindheit – oder allenfalls später – wichtigen Person in der Gefühlsbeziehung zum Therapeuten zum Ausdruck kommen und gedanklich sowie verbal durchgearbeitet werden.

Wie wichtig jedoch der ältere FREUD das Handeln nicht nur bei der Erinnerung an ein pathogenes Ereignis der Vergangenheit, sondern auch beim fortgesetzten Denken daran nimmt, zeigt sich in seiner 'Neuen Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse' (1933). Er schreibt darin unter anderem: „Das Denken ist ein probeweises Handeln mit kleinen Energiemengen, ähnlich wie die Verschiebungen kleiner Figuren auf der Landkarte, ehe der Feldherr seine Truppen in Bewegung setzt.“ (FREUD GW15, S. 96) Damit hat

FREUD angesprochen, wie wichtig zumindest die probeweise Handlung für die gedankliche Erinnerung an eine im Unbewussten gespeicherte psychotraumatische Situation oder aber deren Verdrängung ist.

Wie Otto F. KERNBERG (1992) aufzeigt, ist das Agieren in der therapeutischen Situation, das auch bei neurotischen Individuen auftreten kann, ein typisches Merkmal von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit ihrer Gefährdung durch drohende Ich-Fragmentation und vorwiegend dadurch bedingter mangelnder Impulskontrolle. KERNBERG weist darauf hin, dass solche Individuen in der analytisch orientierten Psychotherapie oft in der Übertragung einerseits ihren tiefen Hass gegen den Therapeuten agieren und andererseits außerordentlich abhängig von ihm sind. Das betreffende Individuum ist, wie KERNBERG ausführt, fixiert auf eine auslösende traumatische Situation.

VOLKAN (1999) sprach in diesem Zusammenhang von einem gewählten Trauma ('chosen trauma'). Er wollte damit aussagen, dass ein Betroffener oft nicht etwa versucht, von seiner früh erlittenen traumatisierenden und narzisstisch kränkenden Situation loszukommen, sondern in jeder ihn belastenden Lage sie in seiner Erinnerung und seinem Handeln – agierend innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation – zu reproduzieren neigt und in der Psychotherapie in projektiver Identifikation (Melanie KLEIN 1946) dem Therapeuten als Mitschuldigem zuschreibt. Die Voraussetzungen zu einer erfolgreichen analytischen Psychotherapie sind bei solchen Patienten meist erschwert und drohen etwa in einem vorzeitigen Abbruch durch den Persönlichkeitsgestörten zu enden. Oder es besteht, wie GOLDBERG (2000) anführt, die Möglichkeit, dass der Psychotherapeut mit dem Analysanden in eine Art Wechselspiel (mutual enactment) eintritt und so unter Umständen dessen Einstellung der Analyse gegenüber zu verändern und ihn zu einer besseren Motivation zur analytischen Psychotherapie zu motivieren vermag. Dieses Wechselspiel kommt durch eine Übertragung des Patienten auf den Therapeuten und eine Gegenübertragung des Therapeuten auf diesen zustande. Versteht es der Analytiker zum Beispiel schon allein durch seine Haltung sein Wohlwollen gegenüber dem Analysanden zu bekunden, so kann unter Umständen der Patient seine negative Haltung der Therapie gegenüber ändern.

Am 10. März 2004 erschien bei mir S. L., ein 37-jähriger Mann, der mir in ironischem Tone erklärte, er sei bei einem Psychiater in Behandlung gestanden, der ihn nicht verstanden habe. Der Großvater väterlicherseits und zwei Geschwister des Vaters seien Alkoholiker gewesen. Der 73-jährige Vater sei Ledertechniker und Verkaufschef einer Firma und deshalb oft von zu Hause

abwesend gewesen. Die Mutter, 66-jährig, sei, wie deren Vater es gewesen sei, sehr autoritär. Es habe immer alles in der Familie nach ihren Ansichten laufen müssen. Seine beiden Brüder seien Akademiker und in ihrem Beruf erfolgreich.

Zu seiner Kindheit gab der Patient an, dass seine Mutter zu wenig Zeit für ihn aufgebracht habe und, wenn sie sich einmal mit ihm abgegeben habe, ihn nur herumkommandiert habe. Sie habe ihm keine Freiheit gelassen und in ihn keinerlei Vertrauen gehabt, so dass er zum Beispiel in seiner Adoleszenz nie Geld erhalten habe, um allein ein paar Hosen oder andere Kleidungsstücke zu kaufen. Als der Patient von seiner Mutter sprach, wirkte er aggressiv und wütend, und er erklärte, dass das mütterliche Misstrauen ihm gegenüber sein Selbstvertrauen ruiniert habe. Die Mutter habe ihn indes als eigensinnig erlebt. Nach leistungsmäßig problemlos verlaufener Schulzeit habe er 19-jährig die Maturitätsprüfung (Abitur) bestanden und mit 26 Jahren, 1993, sein Elektrotechnik-Studium als Elektroingenieur abgeschlossen. Seine Freundschaften zu Frauen hätten jedoch immer nur während weniger Monate angehalten. Nach 6-jähriger Arbeit in einer Elektroingenieurfirma sei er immer mehr in einen Kokainabusus hinein geraten. Anlässlich einer Asienreise habe er sich den Stoff aber selbst entzogen. Doch habe er es danach an Stellen oder in Berufsförderungskursen nicht mehr lange ausgehalten, und er habe schließlich auch nicht mehr die Anforderungen militärischer Wiederholungskurse zu erfüllen vermocht. Eine in seinem Einverständnis zum Kokain- und zum Cannabis-Entzug erfolgte stationäre Behandlung in der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik brach er nach zwei Tagen ab, weil man ihn von einer offenen Abteilung auf eine geschlossene habe verlegen wollen.

Ich sah den Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung insgesamt 16 mal zu Sitzungen von 50 Minuten Dauer in meiner Sprechstunde. Ein rein psychoanalytisches Vorgehen war bei ihm nicht möglich, da er zu wenig Frustrationstoleranz aufwies und als Form des Agierens immer wieder eine spielerische Gleichgültigkeit gegenüber der Psychotherapie inszeniert bzw., auf englisch ausgedrückt, ein 'enactment' an den Tag gelegt hat. Damit erwies er sich als wenig motiviert für ein ernsthaftes Angehen seiner Problematik. Er entwickelte auf mich teils eine Vater-Übertragung, die, wie die Beziehung zum Vater, dadurch gekennzeichnet war, dass ich alles, insbesondere aber seine Trägheit dem therapeutischen Bemühen gegenüber, akzeptieren sollte. Teils aber übertrug er auf mich das Bild seiner autoritären Mutter, was dazu führte, dass er sich immer mehr Tagträumen und irrationalen Berufsvorstellungen, wie zum

Beispiel den Sommer über als Getränkeverkäufer zu fungieren, verschrieb. Auch verstrickte er sich zunehmend in seinen Cannabiskonsum, was seine Tagträumerei förderte. Schließlich agierte er seinen Widerstand gegen die Therapie dergestalt, dass er, ohne sich abzumelden, nicht zu einer Therapie-Stunde erschien. In der darauf folgenden letzten Sitzung berichtete er, dass er am folgenden Tage wohl die Kündigung im Geschäft erhalten werde. Er hatte dort nur während einiger Wochen gearbeitet. Sein Agieren, das sich in seinem getarnt aggressiven Verhalten manifestierte, ließ sich auch daran erkennen, dass er mir das geschuldete Honorar nicht bezahlte, sondern nach mehreren Monaten den Vater begleichen ließ.

Beim berichteten Verhalten des Patienten lag kein durch auffallend aggressives Verhalten gekennzeichnetes Agieren vor. Sein Gebaren war bedeutend stärker durch eine zunehmende Flucht in eine durch Drogenkonsum geförderte Scheinwelt geprägt. Dieses Agieren entzog ihn sowohl dem Zugriff seiner autoritären Mutter als auch, in der Übertragung, des Therapeuten. Seine Fluchthaltung wurde in seinem Agieren auch dadurch gefördert, dass er seinen Vater als sehr gutmütig erlebt hat. Er habe dem Patienten stets ein wohlwollendes Verständnis entgegengebracht, ein Wohlwollen, das er ebenso vom Therapeuten erwartete und zeitweilig auch erfuhr. Ein Agieren, wie es beim Patienten vorlag, das scheinbar einen ruhigen Verlauf nimmt und sich vorwiegend in einer demonstrativen Flucht vor elterlichen oder sonstigen sozialen Erwartungen oder Verpflichtungen und entsprechend vor psychotherapeutischen Bemühungen zeigt, muss vorwiegend als ein 'enactment' innerhalb und außerhalb der psychotherapeutischen Situation betrachtet werden. Es ist therapeutisch meist schwieriger anzugehen, als ein sehr auffälliges aggressives Agieren innerhalb der therapeutischen Situation.

Ein 35-jähriger Chemiker, Sohn eines als schwach erlebten Vaters, der relativ früh an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken begann, kam während der Analyse immer wieder darauf zu sprechen, dass er als Kind oft des Tisches verwiesen worden sei, wenn er sich während des Mittagessens nicht so benommen habe, wie die Mutter es erwartet habe. Sie sei streng religiös, habe sich häufig in die Kirche begeben, doch empfand der Analysand sie als Kind nur fordernd und lieblos. Außerdem habe sie nach Ausbruch der Krankheit des Vaters die meiste Zeit über mit diesem in einem Zimmer gewohnt und den Patienten mit seinen zwei jüngeren Brüdern allein gelassen. Er habe sich dabei immer mehr in eine Wut gegen die Mutter hinein gesteigert, so dass er während der Mittagsmahlzeit den Hinauswurf aus dem Esszimmer geradezu provoziert

habe. Als Kind und als Adoleszent erbrachte er in der Schule gute Leistungen, so dass er sie mit dem Bestehen der Maturitätsprüfung (Abitur) abschließen konnte. Ebenso bereitete ihm das Chemiestudium keinerlei Schwierigkeiten, so dass er es mit Erfolg zu beenden vermochte. Zuhause kam es aber immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen mit der Mutter. An den Arbeitsstellen habe er sich leistungsmäßig bewährt, wenn er auch mit Kollegen rivalisiert und mit vielen Mitarbeiterinnen sexuellen Kontakt gesucht und gehabt habe. Es habe sich aber allmählich seiner die Angst bemächtigt, dass er den kranken Vater umbringen könnte, wobei das, wovor er sich geängstigt habe, nun verwirklicht sei, weil der Vater mit seiner Alzheimer-Demenz praktisch tot sei. Wegen seiner Ängste und entsprechender Schuldgefühle komme er in die Analyse. Während längerer Zeit idealisierte er den Psychotherapeuten, durch den er sich in seinem Selbst verstärkt fühlte. Doch klagte er weiter darüber, dass er sich durch die Eltern nicht geliebt fühle. Er komme sich verstoßen vor, sei mangelnd integriert, aus der Familiengesamtheit ausgeschlossen, verachte seinen Vater und seine Mutter, habe sie in ohnmächtiger Wut gequält, habe sich davon aber keineswegs befriedigt gefühlt. Er leide unter seiner mangelnden Fähigkeit, sich und die anderen Familienmitglieder zu lieben. Als Kind habe er sich noch am glücklichsten bei der Großmutter mütterlicherseits gefühlt, wenn er bei ihr auf Besuch gewesen sei. Er habe ihre Liebe verspürt und habe zumindest eine gewisse Gemeinsamkeit mit ihr erlebt. Er benötige nun unbedingt Hilfe, um ein glücklicheres Leben führen zu können. Auch wolle er im Beruf nicht durch sein gelegentlich forsches, aggressives Verhalten und seine sexuellen Abenteuer mit Mitarbeiterinnen in eine nachteilige Position geraten.

Wie das Marsha M. LINEHAN (1993) als typisch für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen beschrieben hat, wuchs der Analysand in einer invalidisierenden, entwertenden Umgebung auf. Das Erleben seiner schmerzlichen Gefühle der Vernachlässigung oder gar Verstoßung aus dem Familienverband wurde durch die Mutter ignoriert. Nach LINEHAN werde den betroffenen Individuen von den Angehörigen immer wieder signalisiert, dass ihre Beschreibungen und ihre Analyse ihrer Erfahrungen falsch seien, insbesondere in Bezug auf das, was ihre Gefühle, Gedanken und Handlungen auslösten. Ferner würden ihre Erfahrungen sozial inakzeptablen Eigenschaften bzw. Wesenszügen zugeschrieben. Diese Einschätzungen durch die familiäre Umgebung, die oft begleitet sei von aggressiven Gefühlsausbrüchen ('high expressed emotions'; LEFF, VAUGHN 1985), trügen wesentlich zu der Entstehung von Borderline-Störungen bei.

Der erwähnte Chemiker war gewöhnt, seine Vorstellung, aus jeglicher Gruppe ausgeschlossen zu sein, außerhalb der analytischen Situation durch Impotenzgehe zu agieren. Er hegte zum Teil Größenvorstellungen, sah sich in Tagträumen zum Beispiel als Weltmeister im Turnen, obschon er wenig sportlich war. Im Verlaufe der Analyse erkannte er jedoch allmählich die Sinnlosigkeit solcher Überbrückungen seines narzisstischen Defizits. Doch nun begann er seine negative Beziehung zu seinem Vater auf den Analytiker zu übertragen. Er litt gleichzeitig unter für ihn schwer erträglichen Depersonalisationsgefühlen, und er kam sich in dieser Phase der Analyse als beinahe verloren in der Welt vor. In der 422., 423., 424. Sitzung sagte er unter anderem: „Ich bin restlos isoliert, weil mich meine Eltern in einer Glasglocke aufgezogen haben.“ „Es muss etwas getan werden.“ „Ich bin in einer sozialen Randsituation“, „die Analyse macht nicht sehr viel.“ „Was mich auch stört, ist der Spontaneitätsverlust, den ich erlitten habe.“ Der Patient kam nun mehr und mehr in ein Agieren innerhalb der therapeutischen Situation hinein. Er sagte unter anderem: „Mein ganzer Kampf früher war, nicht ein Omega zu werden. Nun habe ich mit der durch die Analyse bedingten Gleichgültigkeit zu kämpfen. Ich habe nämlich diesen Kampf infolge der Analyse nicht mehr weitergeführt ... den fünf Meter langen Penis, von dem ich früher träumte, brauchte ich eben, obwohl Sie (Analytiker) diese Fantasie als eine kompensatorische aufgefasst haben.“

In einer der nächsten Sitzungen, der 429., legte der Analysand dar, wie er von Stufe zu Stufe herunter gesunken sei. Es sei negativ, einfach blind, neurotisches Verhalten abzubauen.

Ich versuchte, dem Patienten zu erklären, dass das neurotische Verhaltensmuster in Frage gestellt worden sei, es aber nun noch einer Zeit der analytischen Arbeit bedürfe, bis das Selbst neu aufgebaut sei. Die Zwischenzeit sei hart, da er die ihm bekannten Kompensationsmechanismen als fragwürdig erkannt, jedoch noch nicht genügend seine wahren Möglichkeiten kennengelernt habe. Der Patient konnte aber diese Erläuterungen nicht annehmen und sagte demgemäß, dass er sich in Zukunft vielleicht für seine Neurose und nicht für die Gesundung entscheide, da der gesunde Weg einen Verlust seiner Geltung bedeute. In der 455. Stunde sprach der Analysand vom Gefühl, nun völlig desorientiert und isoliert zu sein. In der 463. Sitzung sagte er, dass er das Gefühl habe, „durch einen Sumpf zu waten, während andere auf der Autobahn davon rasten.“

Obschon er in der 465. Sitzung bemerkte, dass er sich zur Zeit wohl fühle, kam er in den Stunden danach wieder ins agierende Wüten hinein und äußerte

schwere Beschuldigungen gegen den Therapeuten, so zum Beispiel: „Irgendetwas stimmt nicht mehr mit mir. Ich fühle mich krank, bin durch den Analytiker irre geführt worden. Das ist nur die Psychoanalyse, Sie wissen selbst nicht mehr, wo aus und wo ein. Die Psychoanalytiker sind Spinner. Die Logik ist in der Psychoanalyse zur Sau gemacht worden, und ich finde, dass Sie inkompetent sind, weil Sie Versuche durchführen. Nach 460 bis 470 Stunden Analyse geht es mir schlecht. Jetzt habe ich nicht einmal einen Widerstand mehr ... Es kann mir niemand sagen, dass eine Entwurzelung das Richtige ist.“

Solche Episoden der Verzweiflung und der Aggression traten in dieser Phase der Analyse immer wieder auf. Mit seinen aggressiven Bemerkungen wollte er einerseits den Analytiker treffen und ihn ebenso verletzen wie er selbst verletzt war. Andererseits wollte er mit seinem Agieren auch prüfen, ob der Therapeut auch dann noch zu ihm stehen wird, wenn er ihn so angreift.

Ich muss sagen, dass ich in meiner Gegenübertragung einerseits Mitleid mit ihm verspürte, andererseits auch befürchtete, dass die Analyse scheitern könnte und sagte ihm dann: „Ich begreife, dass Sie wütend sind, weil sie sich zur Zeit, nach dem Abbau Ihrer zur Stützung Ihres Selbst aufgebauten Kompensationen, sehr leiden, doch verspüre ich, dass sie bei Ihrer lang anhaltenden ablehnenden Haltung der Analyse gegenüber, ihrem Agieren Ihrer negativen Übertragung auf mich den Ast absägen könnten, auf dem wir beide sitzen, und dann lägen wir beide am Boden.“

Er erwiderte dann: „Endlich haben sie auf meine Angriffe reagiert. Ich dachte, Sie seien oder gäben sich so überlegen und würden von meinem Leiden nicht berührt.“ Von da an verlief die Analyse wieder ruhiger. Er hatte offenbar bemerkt, dass der Therapeut auch ein Mensch ist, der selbst bei schwerstem Agieren eines Patienten bei ihm als unzerstörbares Objekt bleibt und die Analyse auf alle Fälle fortsetzen möchte. Der Analysand begann zu erkennen, dass er allmählich einen besseren Zugang zu den Mitmenschen fand und sich dieser Umstand auch günstig auf seine berufliche Tätigkeit auswirkte. Doch machte ihm seine Wut gelegentlich noch bis zur 470. Sitzung zu schaffen.

KOHUT (1971, 1977) spricht von der narzisstischen Wut, die alle in ihrem Selbst beeinträchtigen, vor allem aber die Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, in sich tragen, und sagt, dass sie in vielen Formen vorkomme, doch sei allen ein besonderer Ansatz gemeinsam, der Ihnen eine eindeutige Stellung im weiten Spektrum der menschlichen Aggression verleihe: Rachedurst, das Bedürfnis, ein Unrecht zu korrigieren, eine Beleidigung, mit welchen Mitteln auch immer auszumerzen. Ein unerbittliches und tief eingewurzeltes,

durch Verbitterung getragenes Bedürfnis bei der Verfolgung dieser Ziele kennzeichne die narzisstische Wut.

Der erwähnte Patient drückte in seinem über zirka 40 Sitzungen andauernden Agieren alle die erwähnten Anteile der Wut aus. Obschon oder gerade weil er daran war, seine Grandiositätsvorstellungen in Frage zu stellen, verspürte er mit aller Kraft den unbewussten Wunsch, seine Größenfantasien wieder zu beleben und in seinem Agieren den Analytiker, der die Illusion des Größenselbst in Zweifel gezogen hat, zu vernichten und zu besiegen. Nachdem ich ihm gesagt hatte, dass er mit seinem lang andauernden Agieren gegen die Psychoanalyse und seiner langzeitigen negativen Übertragung auf den Analytiker die Therapie in Gefahr bringe, ließ er erkennen, dass er eigentlich schon lange auf eine Reaktion des Analytikers gewartet hatte und nun froh war, dass dieser durch das Eingeständnis seiner Machtlosigkeit gezeigt hatte, auch ein Mensch mit Schwächen zu sein. Damit konnte sich der Analysand ihm näher fühlen und mit ihm die analytische Arbeit fortsetzen.

Der Patient hat dann in den 471.-476. Sitzungen mit mir eine von ihm erhaltende Einladung zu einem Auslandsaufenthalt besprochen und mit meinem Einverständnis diese angenommen. Mit der Umstrukturierung, die er in der Analyse wenigstens zum Teil erfahren hatte, war zu hoffen, dass er in einer neuen Umgebung eine weitere Reifung durchmachen werde. Der Patient blieb insgesamt zwei Jahre fort, und er trat, wieder in Basel, in das gleiche Unternehmen ein, in dem er zuvor gewirkt hatte. Im Ausland hatte er sich mit einem wissenschaftlichen Projekt befasst, und man offerierte ihm dort eine Stelle an einer bekannten Universität für den Fall, dass er wieder in jenes Land, in dem er sich zwei Jahre lang befand, zurückkehren wolle. Mein früherer Analysand bat aber erst zwei Jahre nach seiner Rückkehr nach Basel um eine Unterredung mit mir. Er erzählte mir dabei, dass er nun vor der Abreise in jenes Land stehe und dort eine Stelle als Associate-Professor erhalten habe. Er (der aus einer streng christlich religiösen Familie stammt) sei übrigens mit einer jüdischen Frau verheiratet und habe mit ihr ein einjähriges Kind. In seine Schwiegerfamilie sei er voll integriert. Es habe ihm imponiert, wie der Schwiegervater sich für seine Tochter einsetze, im Unterschied zum Verhalten, das früher sein Vater an den Tag gelegt habe.

Der ehemalige Patient wirkte sehr zufrieden, selbstsicher und zuversichtlich für seine Zukunft. Es war ihm offenbar gelungen, durch 'transmutierende Internalisierung' (KOHUT 1971) von Partialobjekten seines Analytikers (jüdischer Professor) und seines (jüdischen) Schwiegervaters, wohl auch der Kollegen an

seiner Arbeitsstelle im Ausland, ein gutes Selbstvertrauen zu entwickeln, so dass er nun nicht mehr genötigt war, narzisstische Kompensationen zu suchen und, oder manigfaltige Frustrationen und Wut zu empfinden und diese agierend zu inszenieren.

Wenn wir nun das Agieren dieses Patienten weiter zu analysieren versuchen, kommen wir zum Schluss, dass es weitgehend aus Angst vor der Hilflosigkeit entstand, die der Analysand nach der durch die Analyse ausgelösten Aufgabe der narzisstischen Kompensationen verspürte. Die Wut gegen seine ihn vernachlässigenden Eltern übertrug sich nun auf den Therapeuten und ließ sich in den lange anhaltenden Aggressionen gegen den Analytiker erkennen. Zwar mag mein langes Schweigen während des Agierens des Patienten bei Fortsetzung der analytischen Arbeit mit ihm gezeigt haben, dass ich unerschütterlich bei ihm blieb. Doch hätte ich wohl früher verbal hören lassen müssen einerseits, dass sein wütendes Agieren Dimensionen annehmen könnte, die die Analyse zusammenbrechen lassen könnte, und andererseits, dass ich gerne seine analytische Behandlung bis zu einem für ihn positiven Ende fortsetzen möchte. Das aggressive Agieren des Patienten muss unter diesem Aspekt nicht nur als negativ evaluiert werden, sondern kann auch als ein positives Zeichen dafür gewertet werden, dass er dem Analytiker seine Not drastisch aufzeigen wollte, um endlich von ihm auch eine verbale Bestätigung dafür zu erfahren, dass er ihn auf dem Wege zur Findung und Stärkung seines wahren Selbst gerne weiter begleite.

WASKA bemerkt in seinem Artikel 'Projective Identification, Countertransference, and the Struggle for Understanding Over Acting out':

Therapeut und Patient kämpfen miteinander, um dem, was in der therapeutischen Beziehung gegenseitig abläuft, eine Bedeutung und einen Sinn zu geben. Beide Parteien sind jedoch konstant versucht, diese Bedeutung eher zu agieren als sie in Worte zu kleiden oder sie sich zu vergegenwärtigen. (WASKA 1999, übersetzt durch den Autor)

Blicken wir auf den Fall des Chemikers unter Berücksichtigung der eben zitierten Sätze zurück, so können wir annehmen, dass sich in der therapeutischen Beziehung zwischen dem Patienten mit seiner Übertragung auf mich und mir, dem Therapeuten, mit meiner Gegenübertragung auf den Patienten, mehr oder weniger ein Kampf abspielte. Der Analysand wollte mit seinem Agieren den Therapeuten erniedrigen und kränken mit dem ambivalent erlebten Ziel, die Analyse scheitern zu lassen, und der Analytiker wollte mehr oder weniger bewusst durch sein langes Schweigen dem Patienten zeigen, dass er dessen Agie-

ren nicht die gewünschte Bedeutung zuschreibe, und diesen dadurch zu einem Einsichtsprozess zwingen. Am Schluss dieses Vorgangs musste der Therapeut durch seine Bemerkung, dass damit die Analyse Schiffbruch erleiden könnte, zur Rettung des analytischen Vorhabens eigentlich das Agieren des Patienten als einen Machtfaktor anerkennen. Dadurch begann sich der Analysand dem Analytiker ebenbürtig zu fühlen, und er war nun mehr oder weniger in der Lage, sein Agieren aufzugeben. Dem Agieren des Patienten kam also über eine lange Strecke der Analyse auch eine positive Bedeutung zu. Es führte dazu, dass der Therapeut ihn, wie er sich auch verhalten mochte, anzunehmen gezwungen war und damit schließlich kund tat, dass er ihn in seinem Leiden ernst nahm.

Zusätzlich ist zu beachten, dass, zumindest in der Anfangsphase der Psychotherapie, zwischen dem Analytiker und dem Patienten eine unbewusste Kollusion stattfand wie sie CASSORLA (2000), Mitglied der Psychoanalytischen Gesellschaft von Uruguay, bei einer Borderline-Patientin und ihrem Analytiker beschrieben hatte. Ich war zufrieden, dass der Analysand zu mir Vertrauen fand, und er war offensichtlich zu Beginn der Analyse froh, einen Erwachsenen gefunden zu haben, der ihm willig zuhörte. Das Agieren des Patienten, das mit dem Anfang der negativen Übertragung auf den Analytiker begonnen hatte, diente dem Analysanden auf der einen Seite auch zur Auflösung der Kollusion seinerseits, auf der anderen Seite aber ebenso zur Prüfung des Analytikers, ob er doch zu ihm halte und entsprechend ein unzerstörbares Objekt darstelle. Dem Analytiker wurde aber gleichzeitig mit dem Beginn des Agierens des Patienten bewusst, dass die Idealisierung von ihm und damit die Kollusion mit ihm und gleichzeitig seine Kollusion mit dem Analysanden aufgehört hatten. Dieser Vorgang leitete beim Patienten einen Einsichtsprozess ein, der sich darin kund gab, dass er die Sorge des Therapeuten ernst nahm, die Analyse könnte durch die Fortsetzung seines Agierens gefährdet sein.

Die Analyse konnte in den letzten sechs Sitzungen in ruhigeren Bahnen fortgesetzt werden. Allerdings müssen wir uns fragen, weshalb der Patient kurz nach dem Ende seines Agierens eine Stelle im Ausland annahm und weshalb der Analytiker damit einverstanden war. Ich habe – wohl zurecht – angenommen, dass der Patient einerseits sobald wie möglich aus dem neurotisierenden Milieu der Umgebung seines Elternhauses ausbrechen sollte und wollte und spürte andererseits, dass er bei der analytischen Arbeit die Einsicht gewonnen hatte, die es ihm gestatten werde, sich in einem anderen, für ihn unbelasteten Umgebung weniger bedrückt zu fühlen und besser seine berufliche Ausbildung

vervollkommen zu können. Deshalb konnte ich seine Intention, sich ins Ausland an eine gute Ausbildungsstelle zu begeben, durchaus als sinnvoll betrachten. Dass der ehemalige Analysand erst zwei Jahre nach Rückkehr in seine Heimatstadt den früheren Analytiker nochmals aufsuchte, dürfte darin begründet liegen, dass er sich seine Unabhängigkeit von ihm bewiesen wollte. Doch deutet der Umstand, dass er den Analytiker dennoch wieder aufsuchte, um ihm über seine weitere Entwicklung zu berichten, darauf hin, dass doch noch eine enge Beziehung zum Psychotherapeuten bestand, bei der er aber, allein auf sich abgestellt, selbständig über seine Schritte zu entscheiden vermochte.

Der Inhalt seines Berichtes zeigt auf, dass der frühere Analysand durch die durchgemachte Analyse und die Internalisierung von Partialobjekten vor allem seines Analytikers und seines Schwiegervaters an Selbststärke und Selbstidentität gewonnen hat, so dass er eine Familie gründen und eine akademische Karriere beginnen konnte. Mit seinem endgültigen Wegzug ins Ausland und seiner Heirat einer jüdischen Frau wusste er sich gut von seinen Eltern abzugrenzen. Diese Aktionen stellen überlegte, reife Handlungen dar, die nicht mit dem aus vorwiegend unbewussten Motiven erfolgten Agieren und dem Inszenieren von wuterfüllten Ausbrüchen verwechselt werden sollten. Sie stellen vielmehr den bewusst gewählten Weg in die Freiheit der Wahlheimat und der frei gewählten Bindung an die Gattin und die neue Familie dar.

In der Gruppenpsychotherapie kommt es infolge der „Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle“ (BATTEGAY 1961) leichter zum Agieren und auch zur Inszenierung von mehr oder weniger unbewussten Konflikten oder nicht verarbeiteten emotionalen Mängelerfahrungen als in der individuellen Psychotherapie. Dabei kann ein Einzelner agieren oder aber ein Teil der Gruppe oder eventuell die ganze Gruppe.

In einer therapeutischen Gruppe von Borderline-Patienten, die ich in der Basler Psychiatrischen Universitätspoliklinik mit einem Mitarbeiter (T. YILMAZ) moderierte und fünf Jahre lang andauerte, kam es immer wieder zum Agieren (BATTEGAY 2000). Es nahmen insgesamt 18 Patienten – zum Teil temporär – daran teil, wobei das durchschnittliche Mitwirken nur sechs Monate betrug. Im Mittel nahmen 4,56 Patienten an den einzelnen Gruppensitzungen teil. Die mittlere Teilnahmedauer betrug 25,9 Monate. Das Agieren konnte darin bestehen, dass ein Mitglied (H. R.) regelmäßig zehn Minuten zu spät in die Gruppe kam. Da die Gruppenmitglieder nichts dazu bemerkten, habe ich als einer der beiden Therapeuten den Patienten gefragt, warum er, der unweit von der Poliklinik wohne, immer beinahe zur gleichen Zeit zu spät komme. Nachdem er

einige wenige fadenscheinige Gründe angegeben hatte, fragte ich ihn, ob es möglich sei, dass er mit dem regelmäßigen Zu-spät-Kommen die Aufmerksamkeit der Gruppenmitglieder und der beiden Therapeuten auf sich ziehen möchte. Meine Frage erntete weitgehend die Zustimmung der anderen Beteiligten. Der immer wieder verspätete Patient wurde verlegen und konnte nicht mehr viel antworten. Er ist ein junger Lehrer, der von der Mutter, die den Vater grenzenlos idealisierte, sehr verwöhnt wurde – sie holte ihm regelmäßig für das Frühstück beim Bäcker frische Brötchen. Er entwickelte früh Ängste, verließ wegen seiner Kommunikationsschwierigkeiten in der vorletzten Klasse das Gymnasium und begann nach einem Jahr Unterbrechung einen Kurs in einer Privatschule in Zürich, in dem er während fünf Tagen pro Woche zu Hause die ihm von der Schule zugesandten Lernaufgaben bearbeiten konnte. Diese Ausbildung schloss er dann mit einer Maturitätsprüfung (Abitur) erfolgreich ab.

Nach daran anschließenden längeren Reisen in Skandinavien und Südamerika entschloss er sich zum Studium der Germanistik und von Englisch, wobei er dieses drei Jahre nach Beginn für eine mehrere Monate dauernde Afrikareise unterbrach. Mit 27 Jahren hat er sein Studium mit Erfolg abgeschlossen und in einer Sekundarschule Unterricht zu geben begonnen. Im 33. Lebensjahr kam er in die Gruppe. Er nahm nur gelegentlich an den darin stattfindenden Diskussionen teil, begann aber nach einigen Sitzungen mit dem erwähnten Zu-spät-Kommen. Dass er auf diese Weise die Aufmerksamkeit der Gruppenmitglieder und der beiden Therapeuten agierend herausforderte, dürfte unter anderem dadurch begründet gewesen sein, dass er zu Hause, wie erwähnt, eine ständige Fürsorge durch die Mutter erfuhr, die ihn allerdings nie lobte, während sie das gegenüber dem Vater fortwährend tat. Nach etwa fünf weiteren Sitzungen wurde sein Zu-spät-Kommen weiter diskutiert, bis er schließlich sein Agieren nicht mehr benötigte und selbstsicherer wurde, so dass er auf sein Agieren nicht mehr angewiesen war.

Ganz anders verhielt es sich bei einer Frau B. in einer zweiten, vier Jahre lang dauernden Borderline-Gruppe. Sie kam in der 239. Sitzung mit Hypnotika und Alkohol schwer intoxikiert in die Gruppe. Vier andere Patienten und zwei Therapeuten waren anwesend. Die Mitpatienten waren ob des Anblicks der Kollegin erschüttert. Frau B. sagte dann, dass sie ein Visum für Bolivien beantragt habe, wohin ein Freund von ihr reisen werde. Therapeut B. erwiderte darauf: „Sie sind nicht genug in Form, um dorthin zu reisen.“ Herr Mü. bemerkte dann: „Warum sind Sie die letzten paar Mal nicht in die Gruppensitzung gekommen?“ Frau B. antwortete: „Ich fühlte mich nicht wohl. Immer und immer

wieder habe ich anonyme Telefonanrufe erhalten. Eine Freundin erzählt mir stets hässliche Dinge und sagt, sie werde durch 'Punks' bedroht. Meine Freundin hat mir geraten, auf der Straße vorsichtig zu sein.“ Herr Me. ergreift in der Folge das Wort und sagt: „Ich habe gesehen, wie Sie den Raum betreten haben (Frau B. litt sichtbar an Ataxie). Frau B. erwiderte: „Ich bin schwach und nie hungrig. Das ist mein Problem.“ Sie zog nun ihre Jacke aus und zeigte Blutergüsse an ihren Armen. Herr Mü. bemerkt nun: „Ihr Freund ist ein perverses Individuum, und Sie sind sexuell abhängig von ihm.“ Frau B. erwidert: „Mein Freund hat gesagt, falls mir etwas passieren sollte, werde er sagen, er sei zur fraglichen Zeit mit einem Freund zusammen gewesen.“ Während die anderen Gruppenbeteiligten mit der Zeit motiviert worden waren, ihr Verhalten zu ändern, nachdem sie eine gewisse Einsicht in ihre Psychodynamik gewonnen hatten, war Frau B. noch keineswegs fähig, ihr auf Fusion mit ihrem Freund ausgerichtetes Verhalten zu korrigieren und ihre Flucht ins Trinken und die Drogen aufzugeben. Ihr Gebaren in der Gruppe entsprach einem demonstrativen Agieren und einer Inszenierung (enactment) ihrer Hilflosigkeit und ihrer Opferrolle mit dem Ziel, das Mitleid und die Aufmerksamkeit der Gruppe zu erregen. Dass sie noch in der 239. Sitzung der Gruppe so agierte, dürfte auch dadurch bedingt gewesen sein, dass sie infolge sehr unregelmäßiger Teilnahme an den Sitzungen mit der Gruppe nicht Schritt zu halten vermochte und immer wieder in ihr appellatives Agieren zurückfiel.

AMMON (1986) macht darauf aufmerksam, dass ein Mensch mit einer Persönlichkeitspathologie dazu neigt, die in seiner frühen Lebensgruppe erfahrene Konflikthaftigkeit oder mangelnde Dynamik einerseits in der Übertragung auf die jeweilige Lebensgruppe und andererseits in einer pathologischen Gruppenwahl unbewusst zu agieren. Unter Berücksichtigung der AMMONSchen Aussage können wir feststellen, dass insbesondere die Psychotherapie von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen außer einer individuellen Behandlung auch eine therapeutische Gruppenerfahrung mit enthalten sollte, da deren Agieren besonders in der Gruppenpsychotherapie zum Vorschein kommt.

MORENO (1923) hat bereits 1910 in den Parkanlagen Wiens Kinder das sogenannte Stegreiftheater zu spielen veranlasst, in dem diese spontan ihre Fantasien im Spiel in Aktion treten lassen bzw. agieren durften. Entsprechend führte MORENO (1946) das Psychodrama ein, in dem Gruppen von Patienten ihre früheren Mängelerfahrungen und Konflikte als Schauspieler dramatisierten. Wie ich andernorts ausführte (BATTEGAY 1990, 2000), wurde damit das Agieren nicht mehr zum Tabu erklärt, wie in der (frühen) Psychoanalyse, sondern als

Gegenstand der psychotherapeutischen Aufarbeitung nicht etwa nur akzeptiert, sondern geradezu gefördert. Dabei ist es, wie BLATNER (1973) feststellt, ein signifikanter Vorteil des Psychodramas, dass es das Bedürfnis des Teilnehmers zum Agieren außerhalb der therapeutischen Situation (acting out im engeren Sinne) in ein konstruktives Agieren innerhalb der therapeutischen Situation (acting-in) umwandelt, das zur Einsicht in bisher unbewusst abgewehrte frühere oder spätere Traumatisierungen führen kann.

RICHARZ und RÖMISCH (2002) betonen, dass dem Agieren auch in der analytischen Gruppenpsychotherapie nicht nur Abwehrcharakter zukomme. Es könne eine kommunikative oder reparative Funktion ausüben. Auch gebe es etwa den Anstoß zu einer Wandlung, indem den Patienten dadurch eine Hilfe geboten werde, sich von pathologischen Verhaltensweisen zu verabschieden. So würden die Betroffenen etwa in die Lage versetzt, eine Grenze zwischen vergangenen und gegenwärtigen Erfahrungen zu ziehen. Eine unbewusst verlaufende Psychodynamik könne dann, anstatt agiert zu werden, z. B. in Träume umgesetzt werden.

Unter den individuellen Therapien des Agierens hat insbesondere jene von LINEHAN (1993) Beachtung gefunden. Nach dieser Autorin ist in ihrer Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein zentrales Behandlungselement, dass der Therapeut ein Umfeld schaffen muss, in dem der Patient, die Patientin nicht beschuldigt, sondern akzeptiert bzw. validiert wird. In diesem Umfeld blockiere oder lösche er/sie negative Verhaltensweisen, wie zum Beispiel das Agieren, und er rufe bei ihm/ihr positive Verhaltensweisen hervor, die sein/ihr Selbst verstärkend wirkten und allmählich dazu führten, dass er oder sie nur noch diese statt der negativen (agierenden) Verhaltensweisen an den Tag lege. LINEHAN sieht als zentrales Ziel ihrer Dialektisch-Behavioralen Therapie, die eigentlich eine Art der kognitiven Verhaltenstherapie darstellt, dialektische Verhaltensmuster aufzubauen, d. h. zuerst dialektische Denkmuster und, darauf basierend, unter anderem die Fähigkeit, extreme Reaktionen und damit das Agieren auf bestimmte Situationen durch ausgeglichene integrative Reaktionen zu ersetzen. Eine notwendige Voraussetzung von Seiten des Patienten/der Patientin sei die zumindest ansatzweise Bereitschaft, an den Zielverhaltensweisen zu arbeiten. Beim erwähnten Gruppenmitglied H. R. war diese Einstellung zutiefst durchaus vorhanden, wie der Umstand zeigte, dass er nach einigen Sitzungen das Zu-spät-Kommen aufgab, während bei Frau B. mit Ihren verharrenden fusionären Tendenzen das Eingehen auf die therapeutischen Grundbedingungen der LINEHANSchen Therapie

noch nicht erkennbar war.

Auf Therapeutenseite ist, nach dieser Autorin, Voraussetzung für das geschilderte Vorgehen das Mitgefühl mit dem Patienten, seine Beständigkeit und Geduld, die Überzeugung der Richtigkeit dieser Behandlungsart, die stärker sein muss als der Glaube des Patienten/der Patientin an deren Unwirksamkeit und nicht zuletzt seine Bereitschaft, Risiken auf sich zu nehmen.

Neben der Einzeltherapie findet bei der Methode nach LINEHAN ein einjähriges Fertigkeitstraining in Gruppen statt, das eigentlich ein psychoedukatives Programm darstellt. Es werden dabei auch Hausaufgaben vergeben, die eine Verhaltensänderung anzielen. Es sei zu empfehlen, dass ein anderer als der Einzeltherapeut das Fertigkeitstraining durchführe. Nach der Teilnahme am Fertigkeitstraining können die Patienten parallel zur Einzelbehandlung an einer stützenden Gruppentherapie teilnehmen.

Das therapeutische Vorgehen von LINEHAN, das die betroffenen Patienten vom Agieren im Alltagsleben und in der therapeutischen Situation nach und nach wegführen und mit ihnen ein integrativeres Verhalten einüben will, hat gewisse Parallelen im vorwiegend analytischen Vorgehen bei den zum Agieren neigenden Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

KERNBERG (1981), KERNBERG, BURSTEIN, ESTHER, COYNE, APPELBAUM et al. (1972) und KERNBERG, SELZER, KOENIGSBERG, CARR, APPELBAUM (1989) haben anhand ihrer Untersuchungen an der Menninger-Klinik festgestellt, dass bei den zum Agieren neigenden Borderline-Persönlichkeiten ein modifiziertes psychoanalytisches Verfahren bessere Behandlungsergebnisse zeitigt als das klassische Prozedere. Sie nannten dieses Vorgehen 'Analytisch orientierte expressive Psychotherapie.' Sie stellten fest, dass es bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeiten angezeigt ist, die oft extremen Beziehungen zum Objekt in der Relation zum Therapeuten, in der sie ein 'Splitting' (KERNBERG 1975) aufweisen bzw. ihn einmal als gutes, liebevolles Objekt und ein anderes Mal als böses, ihnen übel wollendes Objekt erleben, zur Sprache zu bringen. Ebenso sind die meist äußerst starken Fusionstendenzen, die projektive Identifikation und die oft unklare Ich-Abgrenzung zwischen Subjekt und Objekt, wie sie über längere Zeit beim erwähnten Chemiker zu erkennen waren, mit dem Patienten zu diskutieren. Damit wollen auch KERNBERG et al. letztlich, wie LINEHAN (1993) es später beschrieben hat, die Fähigkeit bei den Behandelten erzeugen, extreme Reaktionen auf Aussagen und Verhaltensweisen des Psychotherapeuten und anderweitig ihnen Begegnender durch integrativere Reaktionen zu ersetzen. Bei Herrn H. R. der Borderline-Gruppe

gelang es den anderen Gruppenbeteiligten und den Therapeuten schon nach relativ kurzer Zeit, sein Agieren mittels demonstrativem Zu-spät-Kommen, das die Gruppenkommunikation störte, durch eine adäquate Berücksichtigung des Beginns der Sitzung der Psychotherapiegruppe zu ersetzen.

Die Borderline-Patienten neigen auch infolge ihrer häufigen phantasierten Annahmen, von einer feindseligen Umwelt umgeben zu sein, zu Misstrauen und erheblichen Ängsten.

Der Ko-Leiter und ich hatten eine ca. 30-jährige Patientin in die therapeutische Borderline-Gruppe aufgenommen, die in ihrer Jugend von einem Manne vergewaltigt worden sei. Sie lief mitten aus der zweiten Gruppensitzung davon, weil sie auf Grund ihrer früheren Erfahrung den Eindruck gewonnen hatte, dass die Männer in der Gruppe, eventuell sogar die Therapeuten, sie vergewaltigen könnten. Bei dieser Kranken wäre es nun notwendig gewesen, ihr das Projektive ihrer fantasierten Annahmen aufzuzeigen und damit das Agieren durch Davonlaufen überflüssig werden zu lassen. Doch kamen wir zwei Therapeuten nicht zum Zuge, weil sie, wie erwähnt, davonlief und später nicht mehr in die Gruppe zurückkam.

In der analytisch orientierten Psychotherapie der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, ist es, wie KERNBERG (1981) festhält, angezeigt, nicht nur früh Deutungen zu geben, sondern sie auch bald über ihre Fantasieannahmen und das damit verbundene Verkennen der sozialen Realität und über die wirklichen Gegebenheiten zu orientieren. Damit unternehmen die analytisch orientierten Psychotherapeuten nicht viel anderes, als eine dialektische Schulung des Denkens und eine Übung der Wahrnehmung dieser Patienten, wie sie LINEHAN (1993) beschrieben hat.

Bei der analytisch orientierten Psychotherapie der Borderline-Patienten geht es vor allem auch darum, ihr wahres Selbst zu stärken und ihnen zu helfen, das nicht selten bei ihnen vorhandene kompensatorische Größenselbst oder falsche Selbst (WINNICOTT 1965) als Fehllösung zu identifizieren helfen. Auch in dieser Hinsicht nähern sich die analytisch orientierte und die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Wie Arlene ROBBINS WOLLBERG (1982) festhält, stellt das Agieren eine Manifestation des zuvor Verdrängten dar. Es darf deshalb vom Psychotherapeuten nicht einfach nur als negativ gestempelt werden, wie das in den Anfängen der Psychoanalyse geschehen ist. Das Wort als Mittel der Psychoanalyse wurde damals überbewertet. Doch kann das Agieren nur dann analytisch bearbeitet werden, wenn der Psychotherapeut – in der therapeutischen Situation – damit

konfrontiert wird.

LEICHSENRING bemerkt, dass der Therapeut, wenn der Patient in seinem Agieren:

von seinen Gefühlen überwältigt wird und zu dekompensieren droht ... vorübergehend die Funktion des Hilfs-Ichs übernimmt und der Patient mittels Identifizierung mit den besänftigenden, tröstenden Funktionen des Therapeuten ... innere Strukturen der Selbstregulierung“ (LEICHSENRING 2004)

zu entwickeln vermag. Mit anderen Worten: wird das Agieren, vor allem innerhalb der therapeutischen Situation, durch die Psychoanalytiker nicht mehr geächtet, sondern der psychoanalytischen Bearbeitung als zugänglich erachtet. Damit hat sich die Psychoanalyse von der strikten Beschränkung auf die verbale Mitteilung gelöst und die in die therapeutische Situation gebrachte Handlung als nicht minder wichtige Mitteilung akzeptiert, die es analytisch zu verstehen gilt.

Zusammenfassung

Während in den Anfängen der Psychoanalyse jede in der Psychomotorik ausgedrückte Wiederholung eines Konfliktes (=Agieren), unabhängig davon ob sie innerhalb oder außerhalb der therapeutischen Situation erfolgte, abgelehnt wurde, ist später das Agieren innerhalb der Behandlungssituation durch die Psychoanalytiker durchaus als Thema der Therapie betrachtet worden. Für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist in der analytisch orientierten Psychotherapie das Agieren und Inszenieren während der Kindheit und Jugend erlebter Konflikt- und Mangelerfahrungen typisch. VOLKAN (1999) spricht davon, dass bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen frühe oder frühere Traumatisierungen geradezu zum gewählten Trauma ('chosen trauma') werden können und in der therapeutischen Situation wie auch im sozialen Rahmen dazu führen, dass die Betroffenen in projektiver Identifikation den Therapeuten bzw. ihre mitmenschliche Umgebung als den bzw. die Schuldigen identifizieren. Es wird in der Literatur von einem gelegentlichen Kampf zwischen dem Therapeuten und dem Borderline-Patienten gesprochen, wobei etwa beide Parteien eher dazu neigten, diese Frustrationen zu agieren als sie in Worte zu kleiden. In diesem Zusammenhang ist von einer im gegenseitigen Agieren sich ausdrückenden Kollusion zwischen Patient und Therapeut die Rede. Diese kann jeweils, soweit diese objektiviert zu werden vermag, auch den Beginn eines Einsichtsprozesses erkennen lassen.

MORENO (1946) hat das Agieren innerhalb des therapeutischen Milieus einer

Gruppe zum therapeutischen Mittel genommen und seine Patienten dazu ermutigt, ihre Konflikte und Mangel Erfahrungen im Psychodrama auf der Bühne zu inszenieren. Auch im Rahmen der Gruppenanalyse wurde ersichtlich, dass dem Agieren nicht nur Abwehrcharakter zuzuschreiben ist. Es kann z. B. auch Anstoß zu einem Wechsel von pathologischem Verhalten zu einer im Traume sich vollziehenden Verarbeitung einer Psychodynamik geben.

Die Psychotherapie der Borderline-Störungen, möge sie analytisch oder nach der Dialektisch-behavioralen Methode von LINEHAN oder mittels des Psychodramas oder einer analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie erfolgen, sollte darauf angelegt sein, dass der Therapeut die Patienten in ihrer Eigenart und Verhaltensweise ernst nimmt und als ein 'unzerstörbares', konstantes Bezugsobjekt auftritt. Es sind die Aussagen der Patienten möglichst früh zu deuten und die Patienten über die psychologischen Hintergründe ihres agierenden Gebarens zu orientieren. Es gilt bei den zum Agieren neigenden Borderline-Patienten, ihr Größenselbst, das ihr narzisstisches Defizit kompensieren soll und sie zum Agieren treibt, in Frage zu stellen und ihr wahres Selbst zu fördern. Mit Fallbeispielen wurde versucht, die Schwierigkeiten, aber auch die Möglichkeiten der Psychotherapie mit Menschen aufzuzeigen, die zum Agieren neigen, oft um bei ihrer Ich-Fragmentationstendenz und Selbst-Schwäche ihre Vulnerabilität zu kaschieren.

Psychodynamic Aspects of Acting-Out (Summary)

Whereas in the beginnings of psychoanalysis each psychomotoric reenactment of a conflict, independent of whether it takes place within (acting-in) or outside of (acting-out) the therapeutic situation, was rejected, later psychoanalysts, if this happened within the treatment situation, began taking this as a theme for therapy. For persons with borderline personality disorders in a psychoanalytically oriented psychotherapy, the reenactment and reproduction of conflicts and deficiency experiences of childhood and adolescence are typical. VOLKAN (1999) mentions that in persons with personality disorders early or former traumatizations may become a 'chosen trauma'. Within the therapeutic situation (or in social life) such people, by projective identification, tend to identify the therapist or the social environment as bearing guilt. The literature mentions that occasionally it may come to a struggle between the therapist and the borderline patient, in which case both try to attribute a significance and a meaning to what happens in the therapeutic relationship, and both tend to enact their

conflicts rather than to express them verbally. Such a process may be considered a collusion between the patient and the psychotherapist. This may, if the two gain a more objective view, lead to a process of insight.

Such 'acting-in' of patients not always is a negative manifestation. It may represent an important signal of the patient's inner anguish which acts emotionally on the therapist and mobilizes him or her to offer help. MORENO (1946) considered such acting-in within the milieu of a group as a therapeutic process. He encouraged his patients to reveal their conflicts and deficiency experiences in psychodrama on the stage. Also in the framework of group analysis it was recognized that acting-in has not only a defense character, but may also stimulate a change from a pathological behavior pattern to a working-through of the psychodynamics behind it, which may be first announced in a dream.

The psychotherapy of borderline disorders may be based on an analytic theory, the dialectic-behavioral method of LINEHAN (1993), on psychodrama or it can take place within analytic group psychotherapy. In all these approaches, the therapist should take the patient seriously in his or her particular character and behavior, and represent for his or her patients an indestructible, constant object. Patients' verbal expressions should be interpreted quickly, and they should be oriented toward the psychological background of their behavior and especially their tendency toward reenacting old traumas. Borderlines who frequently tend toward acting-out (i. e., outside the therapeutic situation) but also toward repeated acting-in (to compensate their narcissistic deficiency), should, by questioning their grandiose self, be helped to become conscious of their narcissistic deficiency and to build up a true self.

Through clinical vignettes the author attempts to show the difficulties, but also the possibilities of psychotherapy with people who tend toward repeated acting-out and acting-in, in order to cover up their vulnerability caused by their tendency toward ego-fragmentation and the insufficiency of their selves.

Literatur

Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pöhl.

Battegay, R. (1961): Die Verstärkerwirkung der therapeutischen Gruppe. *Prax. Psychother.* 6:9-13.

— (1990): New Perspectives on Acting-Out. *J. Group Psychotherapy. Psychodrama & Sociometry* 42:204-212.

— (2000): Die Gruppe als Schicksal. Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck.

Blatner, H. A. (1973): Acting-In. Practical Applications of Psychodramatic Methods. New York: Springer.

- Cassorla, R. (2000): 'Enactment' (Staging) the „Acting Out“ as Indication of a Collusion of the Analytic Dyad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 92:35-61.
- Freud, S. (1912): Zur Dynamik der Übertragung. *Zentralblatt für Psychoanalyse* 2. In: GW 8, S.374
- (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. *Zeitschrift für Psychoanalyse*. In: GW 10, S.133-134
- (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Leipzig, Wien, Zürich: Int. Ps. Verlag. In: GW 15, S.96
- Goldberg, P. E. (2000): The Physician-Patient Relationship. Three Psychodynamic Concepts That Can Be Applied To Primary Care. *Arch. Fam. Med.* 9: 1164-1168.
- Kernberg, O. F. (1975): Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Yason Aronson
- (1981): Zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psyche* 6: 497-526.
- (1992): Aggression in Personality Disorders and Perversions. New Haven, London: Yale University Press.
- Kernberg, O. F.; Burstein, Esther, D.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L.; Voth, H. (1972): Psychotherapy and Psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Projekt *Bulletin of the Menninger Clinic* 36, 1-2:
- Kernberg, O. F.; Selzer, M. A.; Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., Appelbaum, A. H. (1989): Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York: Basic Book.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis* 27 (dt.: Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: dies., Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta, 1983, S.131-163)
- Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self. New York: Intern. Univ. Press.
- (1977): The Restoration of the Self. New York: Intern. Univ. Press.
- Leff, J. P.; Vaughn, C. (1985): Expressed Emotions in Families: Its Significance for Mental Illness. New York: Guilford Press.
- Leichsenring, F. (2004): Phänomenologie und Psychodynamik der Affekte bei Borderline-Störungen. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 50: 253-270.
- Linehan, Marsha M. (1993): Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.
- Moreno, J. L. (1923): Das Stegreiftheater. Potsdam: Kiepenheuer.
- (1946): Psychodrama. New York: Beacon.
- Richarz, B.; Römisch, S. (2002): Acting-Out: Functions within Analytic Group Psychotherapy and Its Transformation into Dreams. *Int. J. of Group Psychotherapy* 52: 337-353
- Robbins Wolberg, A. (1982): Psychoanalytic Psychotherapy of the Borderline Patient. Stuttgart, New York: Thieme Stratton.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1973): The Patient and the Analyst. London: Allen & Unwin.
- Volkan, V. (1999): The Tree Model: A Comprehensive Psychopolitical Approach to Unofficial Diplomacy and the Reduction of Ethnic Tension. Mind and Human Interaction. Windows between History, Culture, Politics and Psychoanalysis, vol. 10, nr. 3. Madison, Connecticut: Int. Universities Press
- Waska, R. T. (1999): Projective Identification, Countertransference, and the Struggle for Understanding over Acting Out. *J. Psychother. Pract. Res.* 8, 155-161,
- Winnicott, D. W. (1965): Ego Distortion in Terms of True and False Self. In: The Maturation Process and Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development. London: Hogarth.
- Prof. Dr. med. Raymond Battegay: em. Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel

und ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital Basel.

Prof. Dr. Raymond Battegay

Praxis

Delsbergerallee 65

4053 Basel

Schweiz

Agieren als narzisstischer Schutzmechanismus

P. Joraschky, K. Petrowski, C. Leonhardt (Dresden)

Different phenomena of 'acting out' and 'acting in', are explained under the perspective of regulation processes of narcissism. Patients with narcissistic personality structures control the risk of damaging the ego by acting on the level of conflict of power and powerlessness. They devalue the therapeutic setting or withdraw them self into the autarky out of self defense and violate the interpersonal respect by devaluing and intruding into other's privacy. Violations of the ego which are symbolized by acting out not reflected violations of the early childhood can be interpreted in the therapeutic alliance. Enactment can be used to transfer unconscious, implicit memories of affective relationship patters to the consciousness as a therapeutic option.

Keywords: acting out, acting in, narcissism, therapeutic alliance, therapeutic option

Einleitung

Agieren, die Handlungssprache ist beim Psychotherapeuten negativ besetzt, da der Patient die Kommunikationsregeln des psychotherapeutischen Dialoges nicht respektiert und das Agieren damit als Machthandlung, als Angriff auf die psychotherapeutische Arbeit gesehen werden kann. Der Patient bricht die Regeln des Arbeitsbündnisses oder in der stationären Therapie, wovon ich überwiegend ausgehen möchte, die Regeln der Station. Er kann die Grenzen überschreiten, die in der Hausordnung verankert sind, z. B. durch Nichtteilnahme an Therapien, durch aktiven Protest, durch Trinken bei Abstinenzgebot, Manipulation des Essprogramms und viele andere Formen des Acting-Out.

Durch das Aktio-Reaktio-Gesetz des Handelns induziert destruktives Agieren Gegenhandeln, Grenzsetzungen bis hin zum Behandlungsabbruch. Die Spielräume des Deutens, des Verstehens sind eingeeengt, die Potentiale des dialogischen Verstehens außer Kraft gesetzt. Das destruktive Potenzial des Agierens reicht vom Angriff auf den Respekt der Regularien der Station bis hin zum Selbstwert des Therapeuten. Es geht also um verschiedene, meist auf der Machtebene ausgetragene Interaktionsprozesse, wobei in der Regel der Patient der 'Täter' ist. Dass der Therapeut durch Zuspätkommen, Terminvertauschung, Telefonstörungen oder Nichtaufnehmen der Handlungsbotschaft des Patienten

häufig aktiv agierend eingreift wird gerne als Gegenagieren reaktiv betrachtet.

Es sollen hier Wege zu den geheimen Botschaften des Agierens angedacht werden, das Agieren als kommunikatives Angebot, insbesondere wenn es den Selbstwert bedroht als 'Suche nach einem tiefen emotionalen Wahrgenommenwerden und Respektiertwerden'.

1. Agieren als Angriff auf das therapeutische Bündnis

Fallbeispiel

Die 34-jährige Analysepatientin stellte etwa im mittleren Abschnitt der Psychoanalyse mich vor große Probleme, den Macht-Ohnmacht-Konflikt auszutragen. In hysterisch assoziativer und affektualisierender Form sprang sie von Thema zu Thema, berichtete mir mit inadäquatem Affekt von schrecklichen Schlägen durch den Vater, Entwertungen und Ignoranz, gleichzeitig stellte sie eine erregt sexuelle Stimmung her.

Von der Heftigkeit überrollt, reagierte ich eher abwartend, emotional betont sachlich klärend, strukturierend und zurückhaltend. Sie sprang dann plötzlich von der Couch auf, ging zum Fenster, um dort eine Grünpflanze zu entblättern und streute die Blätter auf den Boden. Dies mit einem provozierenden Lächeln, das aber auch verzweifelt wirkte. Ich sprang auf, gebot ihr dies zu unterlassen und sofort auf die Couch zurückzukehren, andernfalls müssten wir die Stunde hier abbrechen. Sie brach dann aktiv die Stunde ab, hatte offenbar Angst, das Gesicht zu verlieren und ich war erbost, ratlos, suchte sogleich Supervision, da sie als Ausbildungsfall auch in mir Verlustängste wachrief, wodurch dies dann auch ein Angriff auf meine Ausbildung war. Ich fühlte mich verwirrt, entwertet, bedroht.

Ich konnte in der Folge mit der Patientin die Depotenzierung, die 'Entblätterung' meiner braven Deutungen, die Beziehung von aggressiver und sexueller Erregung ansprechen und auf die sadomasochistischen Szenen mit dem Vater beziehen. Die Emotionalität in der Arbeit vertiefte sich im Anschluss, viele Grenzüberschreitungen, Verstrickungen und Gefühlsmischungen konnten geklärt werden.

Ich wurde aktiver, viele Stunden danach sind mir noch in lebendiger Erinnerung. Ich glaube, dass die Analyse an dieser Stelle die Tür zu den tieferen Traumatisierungen der Patientin geöffnet hatte und hier der Ausgangspunkt für den weiteren erfolgreichen Verlauf der Analyse war. Dennoch, würde ich heute

sagen, hatte ich die verdeckte Botschaft der Patientin nur sehr begrenzt verstanden. Die Szene enthielt im Rückblick viel tiefere Schichten emotionalen Übergangs, der Ohnmacht, der Mitteilung, wie es ist, wenn man im Kern der Würde attackiert wird.

Ich hatte nie die existenzielle Bedrohung, die Todesangst der Patientin in vollem Umfang verstanden. Sie gab mir die Möglichkeit, in meinem Zerstört-fühlen der analytischen Ausbildung mir viel von sich mitzuteilen. Ich konnte dies jedoch damals noch nicht intersubjektiv mit ihr verstehen und austragen. Seither suche ich in der Verdichtung des Agierens die *Wucht der unsagbaren Emotion*.

Narzisstisches Agieren in der stationären Psychotherapie bedeutet durch das Verletzungspotenzial immer die Gefahr der Eskalation auf der Machtebene. Ein typisches Beispiel ist, wenn ein Patient mit psychogenen Anfällen auf dem Stationsgang umfällt. Unter der Gegenübertragung pathologischer Aufmerksamkeitsprovokationen, worauf vom Pflegepersonal nicht selten mit einem missverstandenen verhaltenstherapeutischen Verstärkermodell Aufmerksamkeitsentzug begründet. Der Patient wird am Boden liegen gelassen, damit das unerwünschte Verhalten nicht belohnt wird. Das Übergehen der dissoziierten emotionalen Erregung, die Ignoranz mit oder ohne schlechtem Gewissen, die Interpretation des Geschehens als Machtkampf, die körperliche Deprivation bis hin zur Verachtung der Würde des Opfers sind häufige Anlässe von Reflexionen über Interaktionsmuster in der stationären Psychotherapie.

Oft fühlt sich das Pflegepersonal als schwächstes Glied der Kette in der Ohnmachtposition, ist der Impulsivität ausgeliefert und wird dann in ihrem Gegenagieren nicht selten von den Therapeuten kritisiert. Die Schwierigkeit ist häufig die Intensität des an der Oberfläche sich inszenierenden Machtspiels und die sich in den Gegenübertragungen spiegelnden vielfältigen Möglichkeiten des Ohnmachterlebens, die meistens bis zum Kern des Beschädigt- und Bedroht-seins des Selbst reichen. Die Reflexion des Agierens im Mehrpersonenstück der Station leitet über zu dem Verständnis als Acting-Out.

2. Agieren: die Geschichte des Acting-Out zwischen Widerstand und indirekter emotionaler Kommunikation

Schon in den ersten Konzepten von FREUD (1914) ergeben sich zwei Bedeutungsschichten des Agierens: Handeln statt Erinnern und Agieren als Widerstand.

Klassische Auffassung des Agierens

1. „... so dürfen wir sagen, der Analysierte erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er agiere es. Er reproduziere es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, dass er es wiederholt. Z. B. in der Analyse erzählt er nicht, er erinnere nicht, dass er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich solcherweise gegen den Arzt.“
2. “Je größer der Widerstand ist, desto ausgiebiger wird das Erinnern durch das Agieren (Wiederholen) ersetzt sein.“

FREUD (1914)

Tab. 1

Als analytische Regeln für den Umgang mit Agieren gilt nach FREUD (1914) das Prinzip: „Das Agieren wird auf das Wiedererleben von Impulsen und Affekten beschränkt – der Weg zur Motorik soll ... versperrt ... bleiben.“

Acting-In (Übertragungsagieren) und Acting-Out nach Anna FREUD:

‘Übertragungsagieren’ innerhalb dieser Grenzen wurde schon in der Frühzeit der Analyse als eine ‘unersetzliche’ *Ergänzung* des Erinnerns erkannt. Es schützt einerseits die Fortsetzung der analytischen Arbeit gegen den Einfluss des Widerstands und ‘erlaubt’ andererseits das Wiederauftauchen von Material aus den tiefen Schichten der Persönlichkeit.“ (FREUD, A. 1968, S. 2455).

Acting-Out wird vor allem als unkontrolliertes, impulshaftes, destruktives und delinquentes Verhalten beschrieben, mit Triebbefriedigung und Spannungsentlastung.

Acting-Out – Agieren außerhalb der Behandlungssituation

Acting-Out wurde zur Bezeichnung einer Vielfalt von Handlungen meist impulsiven Charakters verwendet, „die im Vergleich mit dem gewöhnlichen Motivationssystem des Subjekts einen Bruch darstellen, im Laufe seiner Handlungen relativ isolierbar sind und oft eine auto- oder heteroaggressive Form annehmen“.

Es umfasst auch Verhaltensweisen, die auf traumatische und entwicklungs-
mäßig frühe, lediglich sensomotorisch codierte Konflikte zurückführbar
sind.

(LAPLANCHE, PONTALIS 1972)

Tab. 2

Die Bezugnahme von Acting-Out auf traumatische, entwicklungs-
mäßig frühe

Verletzungen verweist auch auf die Bedeutung schwerer Grenzverletzungen, wie sie sich im stationären Rahmen unter dem Modell der Reinszenierung von Grenzverletzungen in Familien manifestieren.

3. Acting-Out in der stationären Psychotherapie unter systemischer Perspektive

Die stationäre Psychotherapie bietet unter systemischer Perspektive die besondere Möglichkeit, dass Regelverstöße und Verletzungen der Rahmensetzungen vor dem Hintergrund der Grenzenverletzungen und deren Bewältigungsformen in Familien reflektiert werden können. Provokative Interaktionen können als Test der rigiden oder chaotischen Familienregeln verstanden werden. In diesem Sinn kann ein grenzüberschreitendes Handeln bei zwanghaft rigidem Normenhintergrund im Elternhaus einen Individuationsprozess des jungen Erwachsenen charakterisieren, während es bei einem Familienhintergrund mit destruktiv-chaotischen Interaktionen die Aufforderungen zur Grenzsetzung, zur Klarheit und Verlässlichkeit intendiert.

Wiederholungszwänge des Ausgestoßenwerdens auf der Station oder aus der Therapie, um die Ohnmachtposition zu bestätigen, bei gleichzeitiger Nichtwahrnehmung der Täterinszenierung, sind klassische Reinszenierungen von Gewalt-Interaktionen in Familien. Macht-Ohnmachtkonflikte motiviert durch die Identifikation mit dem Aggressor, testen die Resonanz beim Therapeuten aus, wie dieser seine eigene Grenzverletzlichkeit und -unsicherheit mit Permissivitäts- oder Rigiditätsaspekten gelöst hat. In diesem Sinne ist jedes Agieren ein Testen von Berechenbarkeit und Verlässlichkeit, ein Testen der Affekttoleranz und schließlich wie ein Team über die Handlungsklarheit zur Reflexionsebene gelangt.

Entsprechend dem Modell der Grenzenstörungen in Familien (Tab. 3) sind es vor allem intrusive Interaktionen mit Schuldinduktion und Schamverletzung, Verleugnungen von Grenzüberschreitungen durch Mitpatienten oder Geheimhaltungsprozesse, die im stationären System Rückschlüsse auf familiäre Interaktionsprozesse zulassen.

Gut empirisch abgesichert sind die tiefgreifenden Auswirkungen für die Selbstgefühlsregulation von Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch und Gewalterfahrungen in Familien. Je früher diese Erfahrungen in der Entwicklung stattfinden, desto ausgeprägter die Narben, die Folgen für die Emotions- und

Selbstregulation, insbesondere auch die Selbstabgrenzungsfähigkeiten.

Grenzstörungen in Familien

- Generationsgrenzenstörung (z. B. narzisstische Fusionierung in der Eltern-Kind-Bindung)
- Intrusive Interaktionen (Schuldinduktion, Schamverletzung)
- Intimitätsgrenzenüberschreitungen in Worten, Berührungen, Taktlosigkeiten
- Gestörte Hierarchie
- Triangulierung, Parentifizierung, das Kind als Partnersubstitut
- Pseudoharmonie und Pseudofeindschaft

(JORASCHKY 2002)

Tab. 3

Erst in den letzten Jahren wurden die pathologischen Prozesse zum Thema Vernachlässigung empirisch belegt (Tab. 4), die sich vor allem im Bereich der Intimitätsregulation, in den therapeutischen Beziehungen, aber auch in Beziehungen auf der Station zu Mitpatienten, die Übertragungsfiguren geworden sind, darstellen. Auffallend sind die Interaktionen, in denen insbesondere mit Machtübergriffen die hohe Selbstverletzlichkeit geschützt wird.

Kriterien für entwertende Umgebungen, gekennzeichnet durch Hauptbezugspersonen, die

- unberechenbar und inadäquat auf persönliche emotionale Erfahrungen reagieren,
- unsensibel für emotionale Zustände ihrer Mitmenschen sind,
- dazu neigen, auf emotionale Erfahrungen über- oder unterzureagieren,
- negative Emotionen besonders kontrollieren zu müssen und
- dazu neigen, schmerzhaft Erfahrungen zu trivialisieren und/oder solche Erfahrungen negativen Einstellungen (z. B. Mangel an Motivation oder Disziplin) zuzuschreiben.

(JOHNSON, MCGEOCH, CASKEY, ABHARY 2005)

Tab. 4

4. Narzisstische Störung und Acting-Out

Beim Acting-Out als eigenmächtiger Selbstinszenierung des grandiosen Selbst inszeniert sich der narzisstische Patient als 'Regelsetzer'. Der therapeutische Spielraum für das Umgehen mit dem Agieren als narzisstischem Mechanismus orientiert sich nicht zuletzt an der Art der strukturellen Störung des narzisstischen Patienten. Entscheidend für die Diagnostik ist hierbei, die Fähigkeit des Patienten, Empathie in das Gegenüber, d. h. seine Wahrnehmung der Auswirkung seiner destruktiven Grenzüberschreitung einzuschätzen wie auch die Reflexionsfähigkeit seines komplementären Ohnmachterlebens in Abhängigkeitsprozessen des stationären Zusammenlebens. Hinzu kommt die Hypersensitivität gegenüber Fremdbestimmung, wie er sein autonomes Ich überwältigt erlebt und sich nur durch entwertendes Handeln schützen kann.

Bei narzisstischen Störungen mit *antisozialen Komponenten* und fehlender Selbstreflexion ist ein klares Handeln die einzige Sprache, die der Patient verwenden kann und die er sucht. Hierbei wird häufig nur die Entlassung mit der Darstellung, dass sein Verhalten aber nicht seine Person Ablehnung findet, möglich sein. Da Verhalten korrigierbar ist, kann er die Therapie bei Bereitschaft an seinem Verhalten weiter steuernd zu arbeiten wieder aufnehmen.

Am häufigsten sind selektive Empathie- und Selbstreflexionseinschränkungen, die unter Stress zu raschen Entwertungseskalationen führen, welche geäußert und mit klarem Handeln beantwortet werden; immer unter der Wahrung des Respekts der Person und unter Öffnung von Möglichkeiten, wie ein besseres Selbstschutzverhalten des Patienten aussehen könnte, welches ihn sozial resonanter macht.

Umgekehrt werden Inszenierungen therapeutisch fruchtbar, wenn das ohnmächtige Selbst des Patienten hinter der Grandiosität berührt werden kann und damit das Acting-Out als ungeeigneter Lösungsmechanismus der Wiederholung der Täterinszenierung wahrnehmbar gemacht werden kann.

5. Enactment, das Agieren als Inszenierung

Die mehrfach festgestellte Konfusion des Begriffes Agieren ist offenbar trotz erheblicher Bemühungen nicht auflösbar (KLÜWER 1983). Um die Differenzierung des Begriffes Agieren durchzuführen, wurde 1986 der Begriff Enactment von JACOBS (1986) eingeführt.

Die Bedeutung von Enactment ist 'eine Rolle spielen', 'auf einer Bühne dar-

stellen', am treffendsten wird sie mit dem Begriff des 'Inszenierens' verstanden. Typische Enactments im analytischen Setting sind z. B. Handlungsweisen wie Umdrehen auf der Couch, den Kopf mit Händen verschränken und andere expressive Körperhaltungen.

Geschichtlich gesehen werden verschiedene Aspekte auf dieses Enactment bezogen: DOWLING (1982) beschreibt, dass frühe traumatische Erfahrungen ohne Repräsentanz in Form von organisierten Empfindungen bewahrt werden. KLÜWER spricht von „averalen zwischenmenschlichen Vorgängen“, KERNBERG (1991) von 'chronisch, pathologischen Handlungsmustern'.

In den 1990iger Jahren begann die Tendenz, Enactment nicht aus der Perspektive des Widerstandes, sondern der Information sehen zu können. So gibt es einen Weg der Bedeutung vom Negativen zu einer wertgeschätzten Erkenntnisquelle. Agieren wird in diesem Sinn von KLÜWER (1995) als den vielleicht wichtigsten Ort psychischer Transformation gesehe, die Transformation des Wiederholten zu etwas Neuem. Er greift damit das Konzept des Neubeginns von BALINT (1934) auf. BILGER betont die positive Funktion der Grenzüberschreitung, dass bei der Aktualisierung einer unbewussten Tendenz das Erleben des „Überschreitens einer Grenze oder der impliziten oder expliziten Regeln“ erfolgt (BILGER 1986, S. 295).

Malignes und benignes Agieren

„... so wird nun für die Praxis klar, dass Agieren als 'Acting-In' unumgänglich, ja förderlich ist. In der Behandlung vollzieht sich weit mehr als „ein Austausch von Worten“: Trotz des durch die Regeln eingeschränkten Handlungsspielraums wird fortlaufend averbal kommuniziert. Nicht nur bei regredierte Patienten bleibt also dem Analytiker gar nichts anderes übrig, als „das Agieren ... als Kommunikationsmittel zuzulassen“. (BALINT 1968, dt. 1970)

„Die einzigartigen Vorzüge der interpretierenden psychoanalytischen Methode werden nicht gefährdet, wenn die Bedingungen des Dialogs „agierfreundlich“ gestaltet werden.“

(THOMÄ, KÄCHELE 1996)

Tab. 5

Die Interaktionsfunktion kann darin gesehen werden, dass der Therapeut zur Übernahme von Rollen gezwungen wird, zum Mitspieler der Szene und nicht nur zum Verstehen der Szene, sondern auch zur Transformation der Szene gedrängt wird: In diesem Sinne spricht BILGER (1986) vom Agieren als Ort eines Neubeginns, einer 'Chance' im Sinne von BALINT. Wenn die Inszenie-

rung als Drehpunkt der Wiederholung der Vergangenheit und gleichzeitig als kreative Öffnung für die Zukunft gesehen wird, dann kann eine solche kreative Umwandlung in der Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung nie nur als das Produkt des Patienten, sondern als eine 'Co-Produktion von Patient und Analytiker' angesehen werden (KLÜWER 1995).

6. Zum therapeutischen Umgang mit dem Enactment

Fallbeispiel

Frau W.: „Ich möchte meinen Platz im Leben wieder finden.“

Daten von Frau W.:

Diagnosen:

Rezidivierende depressive Störung (F33.1) mit Arbeits- und Beziehungsstörungen, Anpassungsstörungen mit Burn-out-Symptomatik (F43.2)

Symptomatik:

Lustlosigkeit bei der Arbeit mit innerer Leere; Grübelzwang; gestörter Schlafrythmus;

Dissoziative Gefühlsabschaltung bei starken Emotionen; Wut, Traurigkeit in Nahesituationen

Auslösesituation:

Auszug der Tochter Carolin

Beruf:

Erzieherin, mehrere Mobbing-Situationen, ABM im Frauenhaus, Putzfrau, seit sechs Jahren wieder Erzieherin

Biografie:

39 Jahre

Vater (+27): Maurer

Mutter (+24): Medizinisch-technische Assistentin

Schwester (-2): hat den Platz bei der Großmutter eingenommen

Verheiratet seit 16 Jahren mit Partner F., Bühnenarbeiter und Zimmermann

Thomas (21 Jahre), Carolin (17 Jahre), Lukas (15 Jahre)

Pathogene Überzeugung (nach WEISS und SAMPSON):

Wenn ich meine Gedanken und Gefühle benenne und ausdrücke, fürchte ich, meinen Eltern und meinen Kindern allein durch das Aussprechen zu schaden, sie zu verwirren, ohnmächtig zu machen. Wenn ich einem anderen Menschen vertraue, werde ich so verletzt, dass ich es nicht aushalten kann.

Tab. 6

Frau W. ist eine depressive Patientin, die unter meiner Supervision von einer Ausbildungsassistentin stationär behandelt wurde. Sie zeigte kein gravierendes Acting-Out bezüglich der Stationsregeln, sondern ein Enactment in der therapeutischen Situation. An diesem Beispiel sollen die verschiedenen Ebenen der therapeutischen Umgangs- und Verständnismöglichkeiten des Enactments dargestellt werden.

Die Therapeutin fasst ihre *Gegenübertragung* wie folgt zusammen:

„Im Kontakt habe ich das Gefühl, die Patientin möchte mich in die Rolle der Starken, Mächtigen bringen. Ich habe das Gefühl, einerseits wünscht sie sich, Verantwortung abgeben zu können, revoltiert aber im nächsten Atemzug, wenn sie ihre Autonomie gefährdet sieht. In den ersten Stunden kam sie regelmäßig mit dem Wunsch, für sich eine Sonderregelung des Therapieablaufs zu erhalten. Sie manipuliert mich mit einer Mischung aus Schweigen und Intelligenz im Sinne von Provokation und Verführung. Sie wirft mir kurze Brocken hin, die ich – falls ich kompetent sein sollte – aufnehmen und für sie in Worte fassen darf. Falls das nicht gelingt, schweigt sie weiter und ich darf mich erneut bemühen. Das macht mich oft ärgerlich. Gleichzeitig spüre ich ihre tiefe Not, eigene Gefühle verstecken zu müssen, aus Angst dadurch die Kontrolle ganz und gar zu verlieren.“

Frau W. (1. Stunde):

„Die große, etwas schlaksig wirkende Frau mit langem, offenem Haar wirkt auf mich sehr verloren als sie den Raum betritt. Sie schaut sich eine Weile im Zimmer um, bevor sie sich entscheiden kann wohin sie den Stuhl rückt. Sie verrückt den Stuhl in die Raummitte. Nun steht kein Tisch mehr zwischen uns, die Distanz ist jedoch größer. Sie setzt sich im Schneidersitz auf den Stuhl und schaut mich erwartungsvoll an. Sie sagt, sie wolle nicht von sich aus sprechen, dann wäre die Gefahr verletzt zu werden geringer.“

Kommentar

Die Therapeutin fühlt sich unsicher, fremdbestimmt, jedoch nicht machtvoll vereinnahmt und spürt in sich starke Intentionen, die Situation so zu respektieren auch wenn sie sich kontrolliert fühlt. Die bemächtigende Kontrolle der Patientin lässt einerseits Ohnmachtsgefühle in der Therapeutin aufkommen, Unsicherheit, ob sie sie über sich bestimmen lassen kann, aber andererseits Mitgefühl mit dem verlorenen Blick, der Halt sucht und Schutzbedürftigkeit signalisiert, so dass die Therapeutin das Gefühl hat, der Patientin *Zeit* und *Raum* geben zu wollen für die Annäherung. Sie sagte, dass sie die Patientin als ein rohes Ei erlebt, dass sie nicht sofort grenzsetzend konfrontieren mag.

Auf diese Verletzlichkeit angesprochen stellt die Patientin dar, dass sie sehr verunsichert ist durch die schnell entstehenden schwierigen Interaktionen bei der Arbeit, wo sie als provozierende Mitarbeiterin entlassen wurde, jetzt wie-

der eingestellt wurde unter der Vorbedingung, dass sie dieses provozierende Verhalten zu unterlassen habe. Als sehr kompetente Erzieherin sei sie wertgeschätzt, ihre Eigenheiten machten sie aber offenbar für andere schwer erträglich. Die Funktion des *Schutzraumes* wird von der Therapeutin im ersten Verständnis als *Pufferzone* gegen emotionale Eskalationen bei einer nicht genau zu spezifizierende Kränkbarkeit mit eingeschränkter Selbstwahrnehmung interpretiert.

Frau W. (2. Stunde):

„Frau W. betritt mein Zimmer und schaut sich abtastend im Raum um, als ob sie prüfen möchte, ob alles noch am rechten Platz steht. Entschlossen nimmt sie dann den Stuhl und stellt ihn an genau den Platz, an dem sie in der ersten Stunde gesessen hat. Nachdem sie kurz in sich zusammengesunken ist, schaut sie ruckartig hoch und fragt in leicht aggressivem Ton, ob ich eine Uhr habe, damit sie die Zeit überprüfen und nutzen könne. Ich sage ihr, dass ich nur meine Armbanduhr habe. Daraufhin beginnt sie in ganz schnellem Tempo zu sprechen, um dann abrupt zu schweigen. Inhaltlich ging es in diesen wenigen Sätzen darum, dass sie an unserer Behandlung nur teilnehmen könne, wenn es für sie bestimmte Sonderregelungen gäbe, wie beispielsweise eine wöchentliche Befreiung von den Nachmittagsveranstaltungen am Donnerstag, weil sie sich da mit ihrem 16-jährigen Sohn treffen wolle, oder dass sie an einem Tag ganz freibekommen müsse, um an einer Zahnarztbehandlung ihrer 17-jährigen Tochter teilnehmen zu können.

Als ich versuche, mit ihr über den Sinn fester Regeln zu sprechen, reagiert sie trotzig, willigt dann schnell oberflächlich ein, um sich gleichzeitig innerlich zurückzuziehen.“

Kommentar

In der Gestaltung ihres Abhängigkeits-Autarkie-Konfliktes wirkt die Patientin auf die Therapeutin in ihrem Wunsch nach Selbstbegrenzung klar aber unter Spannung. Neben der *territorialen Selbstbestimmung* ist ihr auch *die zeitliche Berechenbarkeit* wichtig. Als die Therapeutin mit der Armbanduhr die Abhängigkeit der Patientin von der Uhr der Therapeutin anspricht wird sie vom Tempowechsel der Patientin überrascht, kann jedoch die starke Verunsicherung der Patientin ansprechen, dass sie mit der zeitlichen Abhängigkeit von der Therapeutin so ihren Selbstwert gefährdet sieht, dass sie sofort Sonderregelungen zur Selbststabilisierung benötigt. Sie kann die Sonderregelungen nur für ihre Kinder einfordern, die sie in Stellvertreterfunktion für ihre intentionalen Bedürfnisse bringt. Die Therapeutin kommt mit der Patientin zum Verständnis, dass die Kontrolle über die Zeit ihr die Angst nimmt, die Therapeutin könnte blitzartig willkürlich die Stunde beenden und sie fühlt sich dann alleingelassen

und wie gelähmt. In dieser Inszenierung können die Gefühle der elementaren Verlassenheit vs. Ausgrenzung erstmals als zentrales Thema benannt werden.

Frau W. (3.-8. Stunde):

„In den folgenden Stunden dominierte vor allem das Verrücken des Stuhles. Wenn sie das Gefühl habe, mir zu nahe zu sein, müsse sie den Stuhl ein Stück wegrücken. Das tat sie dann auch jedes Mal.

Ebenso ginge es ihr mit den Gefühlen. Vor allem wenn sie weinen müsse, wolle sie sich am liebsten auf den Boden setzen.

Im Laufe der Behandlung rückte Frau W. mit ihrem Stück für Stück an den Platz, auf dem auch andere Patienten sitzen und konnte auf ihren dicken Mantel verzichten. Manchmal weint sie inzwischen auch, wobei ich das Gefühl habe, dass ihr das sehr peinlich ist. Sie versucht es zu bekämpfen und hört genauso abrupt auf wie sie begonnen hat.“

Kommentar

Die *Nähe-Distanz-Steuerung* der Patientin konnte verstanden werden als Notwendigkeit, sich vor zu starken Gefühlen zu schützen. Insbesondere wird sie beherrscht von der Angst mit der Annäherung an den Platz, wo andere sitzen, in der Wahrnehmung der Therapeutin zu verschwinden, nicht mehr vorhanden zu sein, keinen Eindruck mehr zu hinterlassen.

Die Affekte können auf Kindheitsepisoden bezogen werden, wo sie von ihrer Mutter, die sie aus der Kindheit nur hart arbeitend mit verbittertem Gesichtsausdruck in Erinnerung hatte, bei den Großeltern abgegeben wurde. Als sie zwei Jahr alt war und ihre Schwester geboren wurde, rekonstruiert sie eine Chancenlosigkeit gegenüber der Schwester, die die Großmutter um den Finger wickeln konnte. Diese Ausgrenzung durch die Schwester seit dem zweiten Lebensjahr scheint im impliziten Gedächtnis affektive Spuren des Fallenlassens hinterlassen zu haben, die episodisch durch die mangelnde Triangulierung nicht verarbeitet werden konnten. Neben der Machtkontrolle stellen sich auch provokative Forderungen nach wahrgenommen in Form von Sonderregeln ein, die reflektierbar werden als Suche nach Selbsterhaltung.

Mit den Stufen der Annäherung gelingt es, die Affekte zu differenzieren; den Neid auf die Schwester, die tiefe Sehnsucht, angenommen zu werden und gleichzeitig auch die große Gefahr des Absturzes. Die Patientin versteht emotional besser die Tendenzen zu großer Abhängigkeit und die Brüchigkeit der Abhängigkeit als Grundmuster: Als ihre Lieblingsklassenlehrerin, bei der sie lauter Einsen hatte, abgelöst wurde, verweigerte sie so, dass sie die Klasse wiederholen musste. Die Dynamik zwischen Verschmelzungswünschen und Aus-

stoßung kann sie durch die Bewegung ihres Stuhles unter Kontrolle bekommen und ihren Handlungsraum damit besser kontrollieren.

Der Stuhl kann schließlich durch die Reflexion der Ausgrenzungsangst in der Übertragung durch Versprachlichung und Vermittlung ihrer Gefühle auf die symbolische Ebene gebracht werden. Überraschend für die Therapeutin war dabei die sich rasch entwickelnde Selbstempathie und Wahrnehmung der Patientin für ihre Emotionen.

In der achten Stunde, es ist die Mitte der stationären Psychotherapie (zwei Stunden pro Woche, acht Wochen Behandlungszeit), nähert sich die Patientin mit der räumlichen Annäherung auch ihren Sehnsüchten an, gehalten und getröstet zu werden. Die Trauer droht sie zu übermannen, sie sucht sich Halt mit dem Rücken an der Wand, wird zum 'Findelkind'. Erinnerungen werden assoziiert, wie die Mutter sich beim Verlassen nie umgedreht hat. In diesen Szenen dominieren im Hier und Jetzt die Traueraffekte mit Wünschen nach körperlicher Nähe, nach einem schützendem Arm, den sie mit dem Mantel symbolisiert. Sie kann ihren Gefühlen Namen geben und Szenen konstruieren, die sie mit ihren Kindern erlebte, für die sie in der eigenen Kindheit keine Bilder hat. Aus dem impliziten Gedächtnis kommen die Affektspuren als Handlungsumsetzungen in Form des Mantels als Auftrag, die Affekte zu symbolisieren und Szenen mit der Therapeutin zu konstruieren, die ihr ein tragendes Gefühl geben.

In der Gegenübertragung dominierten nun Affektmodulationen, der Rhythmus, die intensive affektive Präsenz, im Augenkontakt, die tragende Stimmelmelodie, die Resonanz.

Frau W. (14. Stunde):

Frau W. hatte an einem Mittwochnachmittag für die Gruppe als Freizeitaktivität einen Museumsbesuch zum Thema Sexualität organisiert. Zu diesem Ausflug hatte sie auch ihre eigene Familie eingeladen. Da vor dem Nachmittagsausflug noch das Walking stattfand, wollte Frau W., dass ihre Familie am Walking mit teilnehmen könne, da man „da doch sowieso nur durch den Wald laufe und es doch egal sei wer da alles dabei sei“. Als der Körpertherapeut ihr daraufhin sagte, dass das nicht möglich sei, da das Walking ein Therapiebaustein sei, fühlte sie sich von ihm sehr abgelehnt. Im Nachhinein sagte sie mir im Gespräch, dass sie das wohl bewusst provoziert habe, da ihr der Körpertherapeut auch oft sehr nahe sei, was sie als beunruhigend empfinde, und sie die Nähe wohl unbewusst bekämpfen müsse.

Kommentar

Zur Teilnahme ihrer Familie am Walking assoziiert sie biografisch, dass es ihr sehr gut getan hätte, als sie als Kind aus Einsamkeitsgefühlen von zu hause

weggerannt war, als ihre Eltern sie suchten und sie sich wahrgenommen fühlte.

Systemische Interventionen – gemeinsames Gespräch mit der Tochter

Die Ablösung der Tochter war von der Patientin als Auslösesituation ihrer Selbstwertkrise dargestellt worden. Die Tochter kam mit intensivem Therapiebedürfnis ins Gespräch, dass es endlich möglich wäre, über die ganzen erstarrten Gefühle zu sprechen. Sie fühlte sich mit ihren Gedanken an die Mutter gekettet, da sie nicht wisse, wie es dieser gefühlsmäßig gehe. In dem Gespräch war es dann dank der Affektdifferenzierungsfähigkeit der Tochter möglich, den Ablösungskonflikt anzugehen. Es wurde deutlich, wie sie Emotionswahrnehmungen voneinander hatten, die sie jedoch nie zur Sprache brachten, als sei ein Zusammenbruch durch Nichtverstehen immer im Raum. Von beiden wird die Triangulierung durch den Therapeuten als sehr angenehm erlebt, die Entwicklungspotenziale zur Verständigung waren überraschend groß.

Gemeinsames Gespräch mit dem Ehemann

Das Paargespräch ergab eine beachtliche Erweiterung der bisherigen Perspektive. Der Ehemann war alexithym, in keiner Weise in der Lage, Gefühle von Angst, Trauer, Wut abgrenzen zu können. Es stellte sich heraus, wie die Patientin in dieser regressiven Nähe zu ihrem Mann ebenfalls ihre Fähigkeiten verlor und offensichtlich in der fusionierten Beziehung zu ihm zum Verstummen neigt, aus Angst, Gefühlsäußerungen könnten ihn in völlige Irritationen stürzen und die Trennung forcieren. Die Patientin ist durch das Verständnis, dass sie auch die viel ausgeprägtere Gefühlswahrnehmungsstörung ihres Mannes mit austrägt und durch ihn auch in zusätzliche Schwierigkeiten der Affektregulation gebracht wurde, deutlich entlastet.

Frau W. - 16. Stunde (letzte Stunde der stationären Therapie):

„Frau W. freut sich, dass ich etwas zu spät komme in die Stunde, denn nun seien wir gleichberechtigt und sie habe weniger Schwierigkeiten, mir ihr Verfehlen zu gestehen. Gestern sei sie nicht zum Abendbrot gegangen und habe dafür eine Verwarnung erhalten. Sie gehe auch sonst manchmal nicht zum Abendbrot und das würde im Allgemeinen auch von niemandem bemerkt. Da habe sie ihre Strategien. Diesmal sei es jedoch anders gewesen. Sie habe sich gewünscht, dass die anderen bemerken, dass sie nicht da sei. Deshalb sei sie einfach so am Schwesternzimmer vorbeigegangen und die Schwester habe sofort bemerkt, dass sie gefehlt habe. Sie habe einfach einen anderen Gesichtsausdruck gehabt. Gesagt habe sie nichts.“

Kommentar

Die Patientin kann jetzt gefühlsmäßig ihre Lust am Provozieren auch wahrnehmen, wie sie nicht mehr nur testet, dass ihr die Sonderrolle wichtig ist, sondern auch aggressiv rivalisieren will und hier sehr schnell in provokative Bahnen gerät, so wie sie auch an ihren Arbeitsstellen regelmäßig Mobbing-Verhalten induziert hat. Mit dem Rivalisieren mit den Mitpatienten bringt sie sich regelmäßig durch ihre Grenzüberschreitungen und Forderungen ins Aus und an dieser Stelle kann die Überleitung in die ambulante Therapie mit Fokussierung ihrer selbstdestruktiv ausgetragenen Rivalitätsübertragungen fokussiert werden.

Zusammengefasst konnte die Therapeutin am Beispiel der Machtinszenierungen über die Differenzierung der Ohnmachtsgefühle die Verlassenheitsängste der Patientin verstehen. Die Tests der Patientin lösten immer mehrschichtige Gegenübertragungen aus. Aufgabe der Therapeutin ist es, den roten Faden der Enactments aufzunehmen, diese miteinander zu verknüpfen, die Inszenierung als Knotenpunkte nicht symbolisierten affektiven Erlebens durchzuarbeiten. Diese Knotenpunkte können dann bei späteren Episoden als Grundmuster benannt werden, die dann der sprachlichen Bearbeitung und Reflexion zugänglich werden. Das Enactment kann so vom Selbstschutz zur Selbstdifferenzierung Anstoß geben, wodurch schmerzhaftes, dyadische Verschmelzungswünsche, Trennung- und Verlassenheitsinszenierungen mit größerer Affekttoleranz und ohne Selbstgefühlsgefährdung ausgetragen werden können. Von dieser tiefen regressiven Ebene bis hin zum adoleszenten, verführerischen Agieren kann eine ganze Palette der Affektdifferenzierungen benannt werden, und damit auch eine Besserung der Affekttoleranz erreicht werden, immer orientiert an der Gegenübertragung mit den Aufgaben der strukturgebenden Funktion und Triangulierungsförderung.

Zusammenfassung

Phänomene des 'Acting Out' und 'Acting In' werden unter der Perspektive narzisstischer Regulationsprinzipien dargestellt. Insbesondere Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsanteilen kontrollieren die Bedrohung des Selbstgefühls durch Inszenierungen auf der Macht-Ohnmachts-Konfliktebene: Sie setzen den Stationsregeln grenzüberschreitend eigene Regeln entgegen, sie verletzen und entwerten den therapeutischen Rahmen oder ziehen sich in den

Selbstschutz der Autarkie zurück. Darüber hinaus verletzen sie den interpersonellen Respekt durch Entwertung und Intrusivität der Grenzen des anderen bei eigenen Defiziten in der Empathie, den Schuld- und Schamgefühlen.

In der therapeutischen Beziehung können Beschädigungen des Selbst symbolisiert durch Inszenierungen nicht reflektierbarer Verletzungsepisoden interpretiert werden. Durch diese Handlungsinszenierungen können therapeutisch affektive Beziehungsmuster bewusstseinsfähig gemacht werden und als hochwirksamer Faktor für ein besseres Selbstverständnis wirksam werden.

Auf der Basis wechselseitigen Respekts und der Anerkennung der Grenzen des anderen werden in der stationären Psychotherapie Interaktionsräume zu Individuationsräumen. Gleichzeitig eröffnen sich Agieräume, die durch Regeln abgesteckt sind, die den therapeutischen Prozess absichern sollen. Die Agieräume können als grenzüberschreitende Interaktionen neue, wichtige Selbstentwicklungen anstoßen, aber auch harte Grenzsetzungen bis hin zur Entlassung und damit Beendigung des therapeutischen Prozesses bedeuten. Der familien-theoretische Hintergrund wird als Verständnisbasis dieser grenzüberschreitenden und grenzregulierenden Interaktionsprozesse angewendet. Agieren als Konfliktaustragungsmodus schafft dabei die Möglichkeit flexibler Selbstartikulation. Vor allem bei traumatisierten narzisstischen Patienten ergibt sich aus der erhöhten Selbstvulnerabilität, dass das Agieren das Selbst schützen soll. Als unbewusster Mechanismus fördert das Enactment, dass aus dem impliziten Gedächtnis nicht symbolisierte affektive Repräsentanzen in Handlungsschemata eingebracht werden. Häufig sind Inszenierungen affektive Knotenpunkte, Wendepunkte in der Therapie und erfordern dadurch besonderes therapeutisches Geschick.

Summary

In inpatient psychotherapy, rooms of interactions become rooms of individuation based on mutual respect and acceptance of other's boundaries. In this process enactment with well-defined borders by rules, ensures the therapeutic process. By crossing-borders enactment can on the one hand can initiate major developments of self. On the other hand, it can mean to consequently draw hard lines up to the point of terminating the therapeutic process. The family theoretic background is applied to these border crossing and regulating interactions. Enactment as a mode of conflict resolution provides a chance for flexible self articulation. Especially in the case of highly traumatized and narcissistic pa-

tients acting is supposed to protect the highly vulnerable self. Enactment, as an unconscious process, supports the use of not symbolized affective representation in acting scheme. Acting often indicates affective crossing or turning points in therapy and therefore require particular therapeutic skills.

Literatur

- Balint, M. (1934): Charakteranalyse und Neubeginn. *Int. Zeitschrift für Psychoanal.* 20, 54-63.
- Bilger, A. (1986): Agieren: Problem und Chance. *Forum der Psychoanalyse* 2, 294-308.
- Dowling, S. (1982): Dreams and dreaming in relation to trauma childhood. *Int. J. Psycho-Anal.* 63, 157-166.
- Freud, A. (1968): Über Agieren. In: Die Schriften der Anna Freud. Bd. 9. München: Kindler, 2451-2465.
- Freud, S. (1905e): Bruchstück einer Hysterie-Analyse. GW5, 161-286.
- (1914g): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. GW10, 126-136.
- Jacobs, T. (1986): On countertransference enactments. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 34, 289-307.
- Johnson, J. G., McGeoch, P. G., Caskey, V., Abhary, S. G. (2005): Persönlichkeitsstörung und frühe Stresserfahrungen. In: T. E. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer, 445-469.
- Joraschky, P. (2002): Die System- und Strukturdiagnose. In: M. Cierpka: Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 373-392.
- Kernberg, O. (1992): Transference Regression and Psychoanalytic Technique With Infantile Personalities. *Int. J. Psycho-Anal.* 72, 189-200.
- Klüwer, R. (1983): Agieren und Mitagieren. In: S. O. Hoffmann (Hrsg.): Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer, 132-145.
- (1995): Agieren und Mitagieren – zehn Jahre später. *Zeitschr. f. psychoanal. Theorie und Praxis* 10, 1-1995.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1972): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M: Suhrkamp.

Peter Joraschky, Prof. Dr. med. (MD), is Medical Director of the Department of Psychotherapy and Psychosomatic Medicine at the University hospital in Dresden, Germany. He received his medical education at the University in Munich, Germany. He is Specialist in Neurology, Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Training Analyst. He got his personal teaching permission from the University in Erlangen-Nürnberg, Germany. He is an active member in the Saxonian Institute of Psychoanalysis. His research focuses on anxiety disorders, body image and attachment representation.

Peter Joraschky, Prof. Dr. med., ist Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden. Nach seinem Studium der Medizin in München legte er seine Fachartausbildung in Psychiatrie, Neurologie sowie Psychoanalyse in Ulm ab. Seine Habilitation absolvierte er für Psychosomatische Medizin und Psychiatrie an der Universität Erlangen-Nürnberg. Peter Joraschky ist Psychoanalytiker (DPV) und Mitglied im Sächsischen Institut für Psychoanalyse. Seine Forschungsfelder liegen im Bereich der Angststörungen, Körperbild und Bindungsrepräsentationen.

Katja Petrowski, PhD, received her psychological education at the University of Technology in Dres-

den, Germany and at the Freie University in Berlin, Germany. Her PhD theses she wrote on attachment structures in couples at the University Erlangen-Nürnberg, Germany. Afterwards she worked for Spectrum Center as an Behavior Analyst in Berkeley, California, USA. Presently she is holding a position as a senior research assistant at the Department of Psychotherapy and Psychosomatic Medicine at the University hospital in Dresden, Germany. Her research fields are anxiety disorder and attachment representation.

Katja Petrowski, Dr. phil. Dipl.-Psych, Absolvierte ihr Studium der Psychologie an der Technischen Universität in Dresden und an der Freien Universität in Berlin. Ihre Doktorarbeit schrieb sie über Bindungsstrukturen bei Paaren an der Universität in Erlangen-Nürnberg. Danach arbeitete sie drei Jahre am Spectrum Center in Berkeley, Californien, USA. Aktuell bekleidet sie eine Forschungsposition an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden mit den Forschungsschwerpunkten Angststörung und Bindung.

Claudia Leonhardt, MS, received her psychological education at the University of Technology in Dresden, Germany. She started her psychoanalytical training at the Sachsonien Association of Psychoanalysis in Dresden, Germany and has a position as a psychologist at the trauma inpatient unit at the Department of Psychotherapy and Psychosomatic Medicine at the University hospital in Dresden, Germany.

Claudia Leonhardt, Dipl.-Psych, absolvierte das Studium der Psychologie an der Technischen Universität in Dresden. Seit 2005 absolviert sie die Ausbildung in psychodynamischer Psychotherapie - am Sächsischen Institut für Psychoanalyse in Dresden und ist Psychologin auf der Traumastation an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden.

Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Dr. Katja Petrowski
Claudia Leonhardt
Universitätsklinik 'Carl-Gustav Carus'
Dresden

Agieren und Resonanz. Überlegungen zur Behandlungstechnik und Beziehung in der psychoanalytischen Psychotherapie

Andreas Bilger (Ulm)

The author develops two main aspects of acting out in the psychoanalytical encounter: the communicative and the negative, disturbing one. He stresses the importance of resonance in the attitude and technique of intervention and interpretation of the analyst and the worth of communicating with the patient out of countertransference.

Keywords: Acting out, resonance, psychoanalytical technique, developmental psychology, intersubjectivity, countertransference

1. Das Agieren als Problem in der Psychotherapie

Das Agieren als Problem in der Psychotherapie und in der psychoanalytischen Theorie ist viel und ausufernd diskutiert und beschrieben. Ich habe vor 20 Jahren zwei Gesichtspunkte beim Agieren herausgearbeitet, von denen der originellere (negative) vernachlässigt wird, obwohl er klinisch besonders interessant ist. (BILGER 1986)

Früher konnte man auf die Frage, 'was ist Agieren?', mit Joseph SANDLER antworten: „was der Patient macht und was der Analytiker nicht billigt“. (1976 mündliche Mitteilung) Agieren war und ist unerwünscht. S. FREUD und seine Nachfolger haben das Agieren gestört, aber er hat mehrfach die Bedeutung des Agierens als Ausdruck der Gegenwart der Übertragung betont, als psychischer Wirklichkeit.

1905-2000:

1 basic	agieren S. FREUD normal language and term
2 classic	agieren/act out concept of transf. + resistance
3 neoclassic	acting-out neg.: resistance in transf.
4 innovative	enactment communicative, creative aspect
5 modern.	acting integrando negative counteract

Abb. 1: Die Entwicklung des Begriffs – aufeinander aufbauende Erkenntnisse

Im Spannungsfeld zwischen positiven Aspekt (Übertragung) und dem offensichtlich negativen, weil störenden Aspekt, in der Diskussion über das Agieren bewegen sich meine Überlegungen. Daraus ergeben sich Schlussfolgerungen für Haltung und Technik des Psychoanalytikers in der Beziehung und im psychoanalytischen Dialog.

2. Das zwischenmenschlichen Prinzip der ‘Resonanz’

Als Gegenstück zur ‘Abstinenz’“ bzw. ‘Neutralität’ als Hauptprinzip der Technik und Einstellung im psychoanalytischen Dialog, messe ich einem zwischenmenschlichen Prinzip, das ich ‘Resonanz’ nenne, grundlegende Bedeutung bei. Wir verfügen heute über viel klinische und methodische Erfahrung in der Psychoanalyse, und wissen so viel über Entwicklung und Qualität von Bindungen und deren Störungen, dass wir die Nachteile und Belastungen vermeiden können, die in einer Psychoanalyse durch falsch oder zu eng verstandene Abstinenzregeln, durch einen zu kargen Dialog unter dem Neutralitätsgebot oder überhaupt durch starre Regeln verursacht werden.

Die klassische psychoanalytische Methode ist nach meiner Erfahrung erheblich fruchtbarer und wirksamer, wenn wir den psychotherapeutischen Spielraum für eine empathische, intersubjektiv engagierte Kommunikation erweitern. Das gilt für alle Psychotherapien und für Pathologien. Technische Erweiterungen, die sich bei der Behandlung schwieriger Störungen (z. B. bei Borderline-Störung) und regredierte und ‘ich-schwachen’ Patienten Systemen bewähren, sind meist auch bei der Behandlung von ‘normalen’ Neurotikern von Vorteil. Wenn im Verlauf von Behandlungen der Patient kränker wird oder erscheint, ist häufig eine zu karge und rigiden oder unangemessenen Regeln verhaftete Behandlungstechnik oder zwischenmenschliche Haltung mitverantwortlich.

Ich beschränke mich auf diese Kerngedanken zum Agieren und zur Resonanz und illustriere sie mit zwei klinischen Vignetten und Abbildungen.

3. Fallbeispiele

Im folgenden Beispiel 1 möchte ich ein szenisches Agieren im Behandlungsraum, meine Wahrnehmung und die hartnäckige Bearbeitung im Sinne meines Konzepts darstellen.

Beispiel 1

Nach den Ferien kommt Herr M., ein Student, in die Psychotherapiestunde zurück. Er rückt einen Stuhl in der Nähe der Couch auffallend betont weg, als ob er sich Raum verschaffen möchte. Herr M. beschreibt dann in der Stunde, dass es ihm gut ergangen war. Offenbar hatte er die Veränderungen seines Lebensgefühls und seiner Fähigkeiten genießen können. Die Schilderung schien gleichermaßen positiver Nachklang der Ferien wie Rekapitulation des Erreichten. Gegen Ende der Stunde vermisste ich doch insgesamt eine gefühlshafte Äußerung des Wohlbefindens und frage ihn, wie er sich denn nun fühle. Darauf kann er keine Antwort geben. Nun beschäftigt mich die Anfangsszene wieder und zwar über störenden Aspekt der Szene mit dem Stuhl: dass er ihn unnötigerweise so ausdrucksvoll wegschob. War es mehr als eine 'Szene'? Es könnte etwas spezifisch Störendes, Aggressives, Trennendes untergebracht sein. Ich beschreibe ihm also, was mir aufgefallen war.

Er kann zunächst nichts damit anfangen, was mich zögern lässt. Ich habe dann aber doch nach und sage: „Möchten Sie sich mal vorstellen, was wohl passiert wäre, wenn Sie den Stuhl nicht weggerückt hätten?“ Herr M., zunächst unwillig: „Er stand näher da als sonst. ... Im Moment dachte ich, es wird zu eng, vielleicht, dass Sie ein Wegrücken unpassend finden würden. Aber dann habe ich es gemacht und nichts mehr gedacht“. Ich sage nach einer Weile: „Unpassend? Vielleicht eine Art Spielraumerweiterung?“ Er: „Wenn ich's nicht gemacht hätte? ... [Pause] ... Ja, ich glaube, ich wäre die Stunde unter Spannung gestanden, hätte mich heute irgendwie bedrängt gefühlt. Ich wäre in Opposition gegangen.“ „Wie meinen sie das?“ „Hm. Vielleicht gab's doch mehr ...“

In der Folge fallen ihm Situationen ein, in denen er sich bedrängt fühlt, sich aber schlecht abgrenzen kann, gegenüber einer Frau in den Ferien, aber auch hier: freundliche Empfindungen gegenüber mir machen leider auch abhängig, und das bedeutet einen Verlust von Autonomie und Stärke. Dann kommen Misslaune und Spannungen auf in der (unangenehm empfundenen) Abhängigkeit. Dies führt ihn wiederum zu dem Problem mit jener Frau, das in ähnlicher Weise mit Nähe und Abhängigkeit zu tun hat, wie hier.

Ich möchte mit dieser Szene beispielhaft ein kleines Agieren beschreiben, in dem das Empfinden und Gewahrwerden einer subtilen Störung in der aktuellen Beziehung in der Stunde zum Erkennen eines bestimmten, m. E. typischen regressiven Selbstzustandes und zu seiner Bearbeitung führt. Dadurch konnte eine verborgene Bedeutung der Unterbrechung aufgedeckt werden, so dass ein

verdrängter oder abgespaltener aggressiver Affekt spürbar und integrierbar wurde, der vorher verdrängt war und ausagiert wurde.

In meinem beharrlichen Weiterbohren in der Stunde, wenig neutral sondern vielmehr ein leicht aggressiv getöntes Gegenagieren, sehe ich nachträglich das Maß an Resonanz, das den latenten Konflikt im Dialog belebt, deutlicher hervortreten lässt und technisch das Arbeiten am Agieren erst möglich macht.

Dieses Arbeiten setzt eine entsprechende Konzeptualisierung voraus, mit der ich meine Wahrnehmung, Ahnung oder Assoziation oder Gegenübertragung überprüfe.

Nach meinem Verständnis gehört der störende Aspekt integral zum Agieren, wenngleich der kreative, darstellende Aspekt einer averbalen, szenischen Kommunikation ('enactment', JACOBS 1986) heute sehr betont wird und dieser die negative Bewertung des Agierens aus der neoklassischen Zeit (als eine Art Regelverstoß, statt des 'Austauschs von Worten') beendet hat, und damit auch die schädlichen Folgen dieser negativen Bewertung für eine kreative Behandlungssituation. Der Begriffswandel vom durchaus ambivalent empfundenen Agieren ('acting out') zum modernen, inzwischen auch bei uns gängigen Begriff enactment ist allerdings eine Art Schönheitskosmetik, weil er sich auf die positiv kreative Bedeutung beschränkt und die Bedeutung des störenden Aspekts vermeidet.

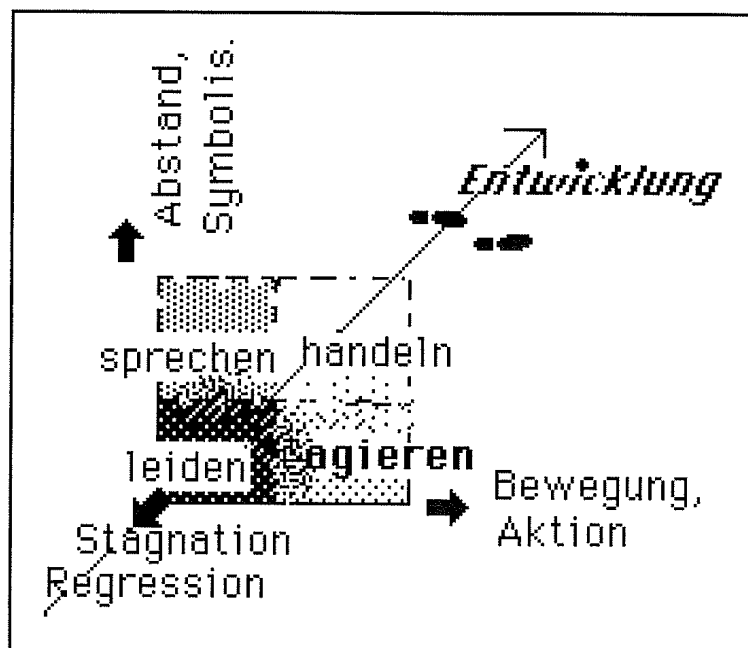


Abb.2
Agieren,
Handeln,
Sprechen

Abb. 2: Agieren, Handeln, Sprechen: zwischen Regression und Entwicklung (BILGER)

Entlang meiner Hypothese über Agieren biete ich folgende Rekonstruktion der Szene an: Aus den in der Vignette beschriebenen Gründen kommt es zu einer

Spannung im Selbst in der aktuellen Situation der Begegnung: die (motorische) Aktion gegen den Stuhl war nötig, als das kindliche Selbst des Patienten beim Wiederkommen nach den Ferien durch ein Gefühl von Angewiesensein und Nähe eine Bedrohung der Autonomie erfährt. Das an sich gute, gebrauchte Objekt wird dann auch als Verfolger erlebt, und das Selbst, in Bedrängnis, wird aktiv, um die regressive Spannung zu vermindern (abzuführen), ohne sich 'richtig' abzugrenzen, trennen zu können, 'nein' zu sagen (s. R. SPITZ 1965). Es möchte sich Raum verschaffen, körperlich, szenisch, physisch, wo es nicht genügend psychischen Raum durch mentale, verbale, spielerische Bewegung schaffen kann (vgl. Borderline).

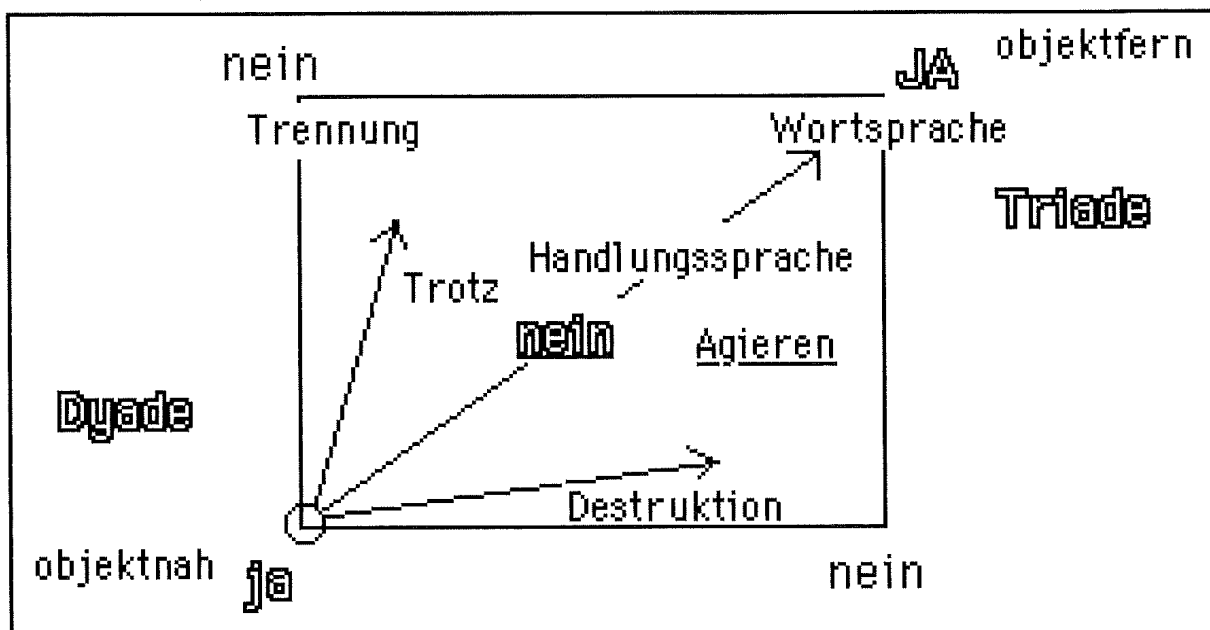


Abb. 3: Agieren: Ja, Nein und Separation (Triangulierung)

Die Bearbeitung in der Stunde führte zum Aufspüren und Nachdenken. Dies könnte dann neue mentale, verbale, symbolische, szenische usw. Lösungen für die Selbstregulierung in der Beziehung und für eine bewusstere Auseinandersetzung ermöglichen.

Entwicklung vom symbiotischen 'Ja' (Trennungsangst) über das 'Nein' (Angst vor Verschmelzung und Intrusion, Agieren, Selbstwerdung, Abgrenzung, Separation) zum postautonomen 'Ja' (BILGER) Triangulierung, depressive Position, soziale Weltöffnung und Verantwortung)

Man würdigt, diagnostiziert und beantwortet das Agieren und versucht es zwischenmenschlich, also intersubjektiv und entwicklungspsychologisch zu verstehen und sich ein Bild vom Zustand des Selbst und seiner Verwicklung

mit dem Objekt zu machen. Man versucht seiner inszenierenden Bedeutung gerecht zu werden, aber vor allem auch dem störenden Aspekt in der Beziehung.

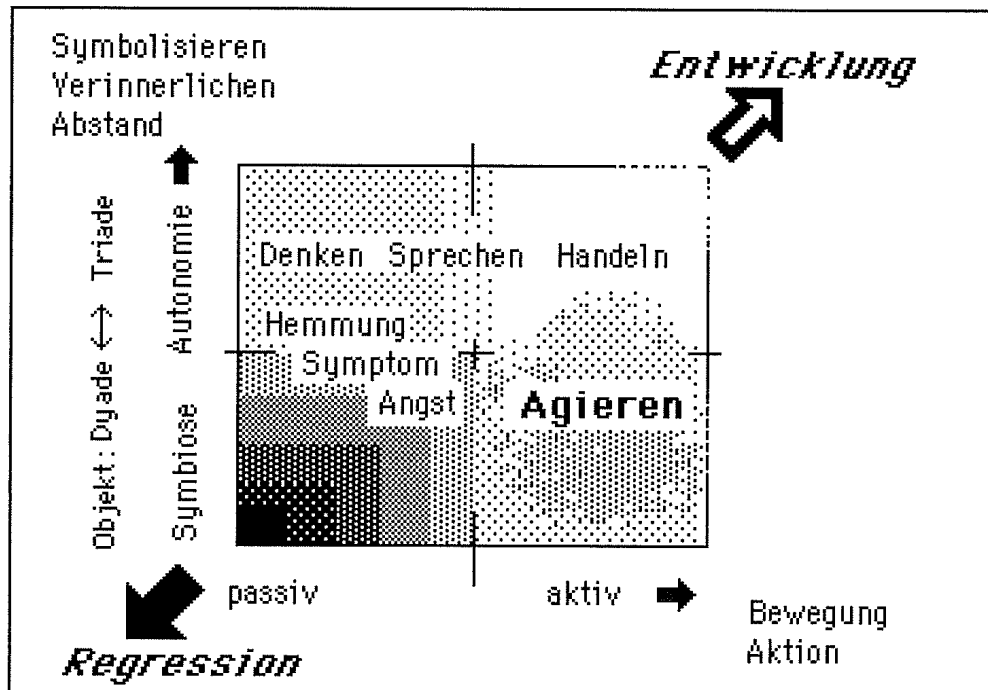


Abb. 4: Agieren in der Entwicklung aus der Symbiose zwischen 'innen' (Symbolisierung) und 'außen' (Bewegung, Aktion)

Beispiel 2

Eine Episode mit einer affektiven Reaktion des Psychoanalytikers aus der Analyse mit einer angsthysterischen, früher magersüchtigen Frau.

Frau O. war in ihrer damals noch kinderlosen Ehe verhakt mit ihrem Mann – und gelegentlich auch mit andern Männern – in einem jahrelangen (sado-)masochistischen Agieren, ohne Zufriedenheit zu finden und ohne ihren Anteil dabei zu erkennen. Ich hatte lange Zeit wiederholt gedeutet, wie sie mich in ein verführendes, aber enttäuschendes Muster verwickelt, ähnlich wie sie es mit Männern inszeniert, und selbst an ihrem Vater erlitten hatte. (Diese klassische Deutungsfigur mag einfach und altmodisch klingen, traf aber offenbar zu.)

Der Vater von Frau O. war ihr, einem Einzelkind, zunächst innig zugeneigt, auch als Ersatz für die hysterische und immer kränkliche Mutter und hatte sich im Lauf der Latenz und der Körperentwicklung des heranwachsenden, schmusigen Mädchens plötzlich abrupt zurückgezogen, ohne dass die Tochter verstand warum, so dass sie sich alleingelassen und zurückgestoßen fühlte.

Die Deutung des Zusammenhangs mit ihrem aktiven Verhalten (Umkehrung,

Rache) und passiven Erleiden fand sie immer wieder einleuchtend, sie blieb aber trotz Wiederholung und plausiblen Variationen ohne entscheidende emotionale Konsequenz.

Einmal spürte ich bei einer Schilderung deutlich meinen Ärger und den Sdismus in ihrem Verhalten, und ich erlaubte mir, halb spontan und dann etwas theatralisch übertrieben, zu sagen: „so eine Sauerei!“ und zur Verstärkung noch einmal: „so eine Sauerei!“ Die Patientin war sehr überrascht und stutzte. Dann aber stand ihr selbst ihr eigenes Verhaltensmuster spürbar vor Augen. Dieses Muster war von ihr bei aller scheinbaren Einsicht doch stets nur als erlitten empfunden worden, nun stand es in seiner lustvollen (bösen, analen) Qualität (‘Sauerei’) für sie lebendig im Raum. Nach und nach fiel es ihr wie Schuppen von den Augen, was nachfolgend zu entscheidenden Veränderungen in Liebe und anderen Beziehungssituationen führte und auch den Bereich ihrer Arbeit günstig veränderte. Die spätere Entwicklung und Katamnese bestätigte diese Schlüsselsituation in der Analyse.

4. Beantworten des Agierens

Was heißt: Agieren beantworten? Da das Agieren in der Regel ich-synton ist, also eine selbstkritische Wahrnehmungsdistanz beim Subjekt nicht vorhanden ist und Deutungen im engeren Sinn nicht ‘greifen’, bedarf es erstens einer genügend guten, ‘glaubhaften’ Beziehung und zweitens eines Dialogs, in dem das vom Gegenüber Wahrgenommene und zu Formulierende mehr als nur gedanklich zurückgegeben wird, spürbar wird, durch ein gewisses Reagieren, nicht nur in Worten und Gedanken, sondern in Resonanz, um auch die verborgene, affektive Absicht und die projektiv bei uns untergebrachten Gefühle wieder ins Spiel der Beziehung zu bringen, also in andern Worten, um es als gegenwärtige Übertragung erkennbar zu machen, dem Patienten zu zeigen, ihn an unseren Vermutungen teilhaben zu lassen und sie zusammen zu bearbeiten.

Das zu errahnen und so zu beschreiben, zu deuten, dass der Andere, der Patient, sich darin sehen, erleben, nachvollziehen kann, ist ja die Aufgabe und unsere Kunst, und dies aus der Gegenübertragung bzw. unserer inneren Reaktion möglichst plausibel abzuleiten, zu zeigen, zu reagieren, darum geht es im ‘Resonanz-Prinzip’ (BILGER 1999)

Unter Resonanz verstehe ich eine Erweiterung der Konzepte ‘Mitagieren’ (KLÜWER 1983) und ‘Rollenübernahme’ (SANDLER 1976) und Abgrenzung von ‘Selfdisclosure’ (RENIK 1993), Variationen einer Abweichung von der Grund-

haltung der prinzipiellen Neutralität. Resonanz nenne ich die grundlegende Verhaltens- und Reaktionsbereitschaft im kommunikativen Zusammenspiel mit dem Gegenüber; es ist breiter angelegt, umfassender, in gewissem Sinn weniger absichtvoll und herausgehoben, wie dies die genannten Begriffe bzw. Konzepte nahelegen, eine allgemeinere Bereitschaft zum natürlichen Mitschwingen, ja Mitspielen dem Patienten gegenüber und eben in einem Feld, dessen anderen Pole das Neutralitätsgebot und das Abstinenzempfehlung bilden. Diese Resonanzbereitschaft besteht in der natürlichen Art wie man sich eben persönlich auch echt und stimmig fühlt.

Resonanz betrachte ich als übergeordnetes, dem Abstinenzprinzip ebenbürtiges, gegenüberstehendes Prinzip.

Zusammenfassung

Es werden zwei Hauptaspekte des Agierens in der psychoanalytischen Behandlung entwickelt, der kommunikative und der negativ störende. Darüber hinaus wird die Bedeutung der Resonanz in der Haltung des Analytikers und der Kommunikation aus der Gegenübertragung in seiner Technik betont und dies als Voraussetzung für eine fruchtbare Arbeit mit Agieren und verwandten Phänomenen betrachtet, die mit projektiven Kommunikations- und Abwehrvorgängen auf die Beziehung einwirken. Das Agieren wurde meist als Widerstand verstanden oder durch Regeln kanalisiert oder abgeblockt. Seit die Rolle des Psychoanalytikers in Beziehung und Übertragung, intersubjektive Aspekte und die Kommunikation in der Psychoanalyse Neubewertet und konzeptualisiert wurden, konnten auch die inszenierenden, kreativen und dialogischen Seiten des Agierens ('enactment') in den Mittelpunkt rücken. Andererseits wurde der störende Aspekt, ein Leitmerkmal des Agierens, verdrängt. Dieser besteht – abgesehen vom Verlassen der sprachlichen Ebene zugunsten einer Art Handlung – in einem Verhalten, das den Spielraum oder die Beziehung belastet (Inszenierung, Übergriff, Abweichung von Erwartungen und Regeln). Dieser Aspekt des Agierens, als projektive Handlung – außerhalb und innerhalb der psychoanalytischen Situation – bietet aber eine Chance, frühzeitig Erscheinungen negativer Spannungen und Übertragung zu erkennen, eine besondere Situation des Selbst in der Verstrickung mit dem Objekt zu verstehen.

Insofern birgt Agieren auch das Potenzial zum 'Nein' und zur aktiven Trennung in sich, das durch Verstehen und Deuten als Ausdruck einer Spannung auf dem Weg von der Dyade zur Autonomie fruchtbar gemacht werden kann.

Da projektive Abwehrphänomene wie das Agieren meist ich-synton sind und also dem Agierenden unter der Bedingung von Abstinenz bzw. Neutralität schwer zu verdeutlichen sind, wir in diesem Zusammenhang die Bereitschaft des Psychoanalytikers zur Resonanz als behandlungstechnischem Prinzip entwickelt: Mitschwingen, Kommunikation aus der Gegenübertragung, offene Äußerung von Gedanken.

Aktive Resonanz wird nicht mehr als unanalytische oder bestimmten Störungen (Borderline) vorbehaltene Technik angenommen, sondern als günstige Haltung und Voraussetzung für jeden psychoanalytischen Prozess gesehen. Die Überlegungen und behandlungstechnischen Konsequenzen werden mit Abbildungen und Beispielen illustriert.

Acting out and Resonance. Clinical and theoretical considerations (Summary)

The author develops two main aspects of acting out in the psychoanalytical encounter: the communicative and the negative, disturbing one. He stresses the importance of resonance in the analyst's attitude and technique of intervention and interpretation and of communicating out of countertransference in his technique with acting out and related phenomena, which by projective communication have an intensive impact on the relationship and the involved object. Acting out was often primarily understood and managed as a resistance or it was blocked more or less by means of the rules of dialogue and setting. In newer psychoanalytical literature (influenced by changing aspects on transference, relation and interaction) there are mainly emphasized positive, creative ('enactment') and dialogue-centered aspects, leading to a wider concept of patient's and analyst's communication and action. On the other hand it seems important not to deny the negative and disturbing meaning and impact of acting out, which consists in transgression of expectation, rules and boundaries, and of an impingement, tainting the encounter and countertransference. Acting out offers a chance to realize and to work through early and circumscribed manifestations of negative transference, as well as situations in which the patient is entangled with the object in a special way. The hypothesis is, that acting out can be understood both as reaction to (traumatic) experience of being entangled, and as the potential to say no, to active separation and forward to the step from dyad to autonomy and triad. The concepts and considerations are supported by illustrations and clinical vignettes.

Literatur

- Bilger, A. (1986): Agieren: Problem und Chance. *Forum Psychoanal* 2:294-308.
—— (1999): Neutralität und Resonanz. DPV Tagung Bad Homburg. Tagungsband.
Jacobs, T. (1986): On countertransference enactments. *JAPA* 34:289-307.
Klüwer, R. (1983) Agieren und Mitagieren. *Psyche* 37:828-840.
Renik, O. (1993): Analytic Interaction. *Psa Quarterly* 62:553-571.
Sandler, J. (1976): Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30:297-305.
Spitz, R. A. (1973): Die Evolution des Dialogs. *Psyche* 27:697-717.

Dr. Andreas Bilger
Heimstr. 19
89073 Ulm

Andreas Bilger ist Facharzt für psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse, Lehranalytiker DPV, IPA

Nachrichten

Bericht über das Symposium 'Der agierende Patient – Verständnis und Behandlung'

Am Freitag, dem 7.4.2006, fanden in der Klinik Mengerschwaige, München, zum ersten Mal die 'Mengerschwaiger Psychotherapiegespräche' statt. Das ers-



Foto 1: Experten-Gremium

te Symposium dieser neuen Veranstaltungsreihe stand unter dem Thema 'Der agierende Patient – Verständnis und Behandlung'. Die Wahl gerade dieses Themas zum Auftakt erscheint naheliegend, da ein Großteil der Patienten, die in der Klinik Mengerschwaige behandelt werden, Persönlichkeitsstörungen im Borderlinespektrum aufweist.

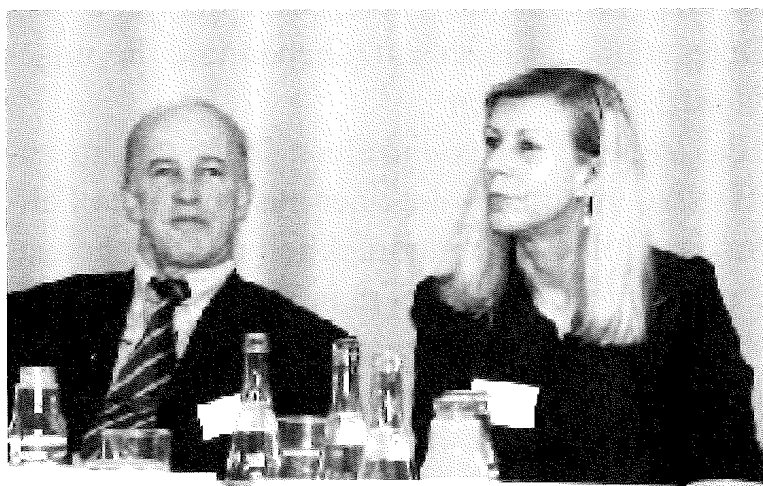


Foto 2: Dr. Fabian, Dr. Ammon

Die spezifische Sichtweise des Agierens in der Dynamischen Psychiatrie wurde vom Chefarzt der Klinik, Dr. Egon FABIAN, in seinem einführenden Referat erläutert. Dem zusammen mit Dr. Maria AMMON (Berlin, München) verfassten Beitrag war ein umfassender Überblick über die historische Entwicklung des Begriffs 'Agieren'

in der Psychoanalyse vorangestellt. Diese führte von einer zunächst rein negativen Sichtweise des Agierens als Widerstand (im Sinne des 'acting out') hin zu einem offeneren Verständnis, das im Agieren des Patienten auch einen kreativen Akt erkennen kann (im Sinne des 'enactments'). Grundlage für das Ver-

ständnis des Agierens in der Dynamischen Psychiatrie ist die Auffassung Günter AMMONS, dass Agieren einen misslingenden Kommunikationsversuch des Patienten darstellt. Diese Kommunikation zu verstehen und angemessen zu beantworten ist für den therapeutischen Umgang mit dem Agieren zentral, wie Dr. FABIAN betonte.

Entsprechend der gruppodynamischen Perspektive der Dynamischen Psychiatrie lag ein weiterer Schwerpunkt seines Beitrags auf den Erscheinungsformen des Agierens im gruppentherapeutischen Setting. Verschiedene Manifestationen, in denen das Agieren eines einzelnen Patienten maßgeblich durch die Dynamik einer Gruppe bestimmt wird, wurden von Dr. FABIAN eingehend diskutiert, so zum Beispiel die Delegation von abgewehrten Gefühlen durch die Gruppe an ein einzelnes Mitglied. Die Aufgabe des Therapeuten liegt in diesen Fällen insbesondere darin, die Delegationen wieder aufzuheben und die ungewollten Gefühle an die Gruppe 'zurück zu verteilen'.

Eine konkrete Gestalt bekam das Agieren eines einzelnen Patienten im anschließenden Beitrag von Prof. BATTEGAY (Basel). In einer ausführlichen Fallgeschichte aus seiner eigenen Praxis schilderte er eindrucksvoll die psychoanalytische Langzeittherapie eines narzisstisch strukturierten Patienten und die Möglichkeiten des therapeutischen Umgangs mit agierenden Kommunikationsversuchen. Von entscheidender Bedeutung ist es dabei, die hinter dem Agieren stehenden, in der Kindheit des Patienten nicht validierten Gefühle zu erkennen und zu beantworten. Damit der Patient erkennen kann, dass er mit seinen ursprünglichen Gefühlen angenommen und geschätzt wird, muss sich der Therapeut durch das Agieren berühren lassen und dies dem Patienten auch zeigen. 'Unberührbares' Therapeutenverhalten ist im Umgang mit agierenden Patienten kontraproduktiv, wie Prof. BATTEGAY betonte.

Der Zusammenhang zwischen narzisstischen Vulnerabilitäten von Patienten



Foto 3: Dr. Ammon, Prof. Dr. Battegay

und ihrem Agieren stand im darauf folgenden Referat von Prof. JORASCHKY (Dresden) im Mittelpunkt der Betrachtung. Der besondere Fokus lag dabei auf einer Form des Agierens, die bei narzisstisch strukturierten Patienten eine hervorragende Bedeutung besitzt, nämlich der aggressiven Entwertung des Selbst und der Objekte. Prof. JORASCHKY zeigte anhand einer Fallgeschichte auf, wie sich aufgrund von traumatischem Kindheitserleben ein basales Gefühl der



Ohnmacht bei persönlichkeitsgestörten Patienten entwickeln kann, und wie dieses wiederum ein Denken in Kategorien von Macht und Ohnmacht begünstigt. Entwertendes Agieren wird in dieser Perspektive als Selbstschutz gegen Ohnmachtsgefühle und als narzisstischer Regulationsmechanismus verstehbar. Hinsichtlich der Behandlung von Patienten,

Foto 4: Prof. Dr. Joraschky

die diese Formen des Agierens aufweisen, hob Prof. JORASCHKY besonders den flexiblen Umgang damit hervor. Ein Nachgeben des Therapeuten gegenüber dem Agieren, da wo dieses für die Selbstregulation des Patienten noch unverzichtbar erscheint, ist eher geeignet, den therapeutischen Fortschritt zu befördern, als ihn zu hemmen.

Unter dem Begriff des 'therapeutischen Mitagierens' spielte diese Erkenntnis auch im anschließenden Beitrag von Dr. SCHMIDTS (München), dem früheren Chefarzt der Klinik Mengerschwaike, eine zentrale Rolle. Anhand eines ausführlichen Fallbeispiels legte Dr. SCHMIDTS dar, wie das teilweise Akzeptieren der ausagierten, auf Spaltung beruhenden Abwehr durch das therapeutische Milieu erst die Voraussetzung dafür schafft, dass ein schwer gestörter Patient in der Therapie verbleiben und in Kontakt treten kann. Damit Kontakt entsteht, muss die Akzeptanz des Agierens durch seine Integration in gruppendynami-

sche Bezüge ergänzt werden, wie Dr. SCHMIDTS unterstrich: „Das Agieren muss einen Ort und eine Adresse in der Gruppe bekommen“. Dadurch, dass Dr. SCHMIDTS sein Fallbeispiel aus den Anfangstagen der Klinik Mengerschwaige wählte, wurde durch seinen Beitrag implizit die lange Tradition und Kontinuität der therapeutischen Arbeit mit agierenden Patienten in der Dynamischen Psychiatrie besonders hervorgehoben.



Foto 5: PD Dr. Hölzer, Dr. Schmidts, Dr. Schleuning

Welche Erfahrungen in anderen Kliniken und therapeutischen Traditionen im Umgang mit agierenden Patienten gesammelt werden und wie diese Erfahrungen therapeutisches Handeln in anderen Settings beeinflussen wurde in der anschließenden, Podiumsdiskussion deutlich. Leitende Vertreter verschiedener therapeutischer Einrichtungen aus dem weiteren Umkreis von München äußerten sich hier zu ihrem Verständnis des Agierens und dazu, wie dieses die therapeutische Arbeit in ihrer jeweiligen Institution prägt.

Dr. LETTNER (Bad Wiessee), der Vertreter der Schlemmer-Klinik, betonte in einem leidenschaftlichen Plädoyer vor allem das empathische Verstehen des Agierens durch das therapeutische Team als „Notschrei des Patienten“. Frau Dr. SCHLEUNING (München), die ärztliche Leiterin des ‘Atriumhauses’, einer psychiatrischen Notfalleinrichtung in München, fokussierte auf die Dialektik und die flexible Handhabung von Abgrenzung des Agierens durch das therapeutische Team und bedürfnisorientiertem Eingehen auf die Kommunikation des Patienten. Welcher dieser beiden Spannungspole im therapeutischen Umgang mit einem konkreten Patienten jeweils im Vordergrund stehen sollte, könnte nur anhand der genauen Kenntnis der individuellen Geschichte und Le-

benssituation entschieden werden. Dr. BRAUNISCH, der Leiter der psychiatrischen Klinik in Agatharied, bezog sich in seiner Stellungnahme auf die Unterscheidung von 'lautem' und 'leisem' Agieren.



Foto 6: Dr. Braunisch



Foto 7: Dr. RÜth

Das therapeutische Team einer Klinik müsse sich insbesondere darum bemühen, auch die angepassten Patienten wahrzunehmen, die oft so versteckt agierten, dass ihre Kommunikationsversuche leicht übersehen würden. Zu den entscheidenden Kompetenzen, die sich ein therapeutisches Team erarbeiten müsse, gehöre es auch, das Agieren von Patienten zu antizipieren und darauf vorbereitet zu sein, so Dr. BRAUNISCH. Das Agieren von Kindern und Jugendlichen in einem psychiatrischen Setting wurde von Dr. RÜTH (München), dem Oberarzt der Heckscher Klinik in München, geschildert. Er betonte die Notwendigkeit, sich als Therapeut einen 'gegen-gestaltenden' Einfluss auf das Agieren des Patienten zu erobern. Im Hinblick auf die Leitungsfunktion einer therapeutischen Institution hob er hervor, dass es die zentrale Aufgabe eines jeden Leiters ist, das unvermeidlich auftretende Mitagieren des therapeutischen Teams immer wieder zu problematisieren und dadurch eine Arbeitsgruppenhaltung (sensu BION) wiederherzustellen.

Dr. MARTIUS (Höhenried) schilderte in seinem Beitrag das Verständnis des Agierens, wie es in KERNBERGS 'Transference Focussed Psychotherapy' (TFP) entwickelt wurde.

Als Leiter einer therapeutischen Einrichtung, die schwerpunktmäßig im Rehabilitationsbereich arbeitet, wies er auf die lebenspraktischen Auslöser von Agieren hin, wie z. B. die Aussicht auf eine mögliche krankheitsbedingte Berentung das Agieren eines Patienten fördern kann, der auf diesem Wege die Rente erreichen will. Prof. JORASCHKY bezog sich in seinem Statement auf die Probleme weitreichender Regression agierender Patienten in einem stationären Setting. Von zentraler Bedeutung sei hier vor allem die Vorbereitung der Entlassung und die Planung der Nachbehandlung regredierter Patienten. In diesem Punkt müssten die psychiatrischen Kliniken deutlich mehr Verantwortung übernehmen als bislang üblich, und daran arbeiten, Versorgungsnetze für die ambulante Nachbehandlung zu entwickeln. Dieser Beitrag wurde von Dr. HÖLZER (Stuttgart), dem Moderator der Podiumsdiskussion, aufgegriffen und mit der Frage verknüpft, ob es in vielen Fällen nicht kontraindiziert sei, agierende Patienten in eine stationäre therapeutische Behandlung aufzunehmen, angesichts der immer wieder gemachten Erfahrung, dass psychiatrische Kliniken 'Treibhäuser' für das Agieren darstellten. Es stelle sich hier die Frage, ob eine teilstationäre Behandlung in dieser Hinsicht nicht das geeignetere Mittel sei.



Menterschwaige
Nachbehandlung

Wie das Agieren in einem stationären Setting trotz dieser berechtigten kritischen Einwände dennoch zu einem effektiven therapeutischen Mittel werden kann, zeigten abschließend die Mitglieder der Tanztherapiegruppe der Klinik Menterschwaige. Im Rahmen einer öffentlichen Demonstration der Arbeit in der Tanztherapie belegten die Tänze einzelner Mitglieder in eindrucksvoller Weise die Auffassung, dass Agieren ein kreativer Akt sein kann und als solcher für expressive Therapiefor-

Foto 8: Dr. Burbiel

men nutzbar gemacht werden kann. Die Tänze der Patienten stellten so einen menschlich berührenden Höhepunkt einer insgesamt sehr gelungenen Veranstaltung dar, der man nur wünschen kann, dass sie, wie angekündigt, im kommenden Jahr eine Fortsetzung finden wird.

Dipl.-Psych. Thomas Bihler (München)



Foto 9: Pause im Freien

Report from the Symposium 'The Acting-Out Patient – Understanding and Treatment'

On Friday, April 7th, 2006, the 'Menterschwaige Psychotherapy Talks' took place for the first time at the Clinic Menterschwaige. The first symposium in this new scientific series concentrated on the topic of acting-out in psychotherapy. In a way the choice of this topic suggested itself, because the majority of patients being treated at the Menterschwaige clinic present serious personality disorders, most of them in the Borderline spectrum. The specific view of acting-out in Dynamic Psychiatry was explained by the senior consultant of the clinic, Dr. Egon FABIAN, in his introductory lecture. His paper, which was co-written together with Dr. Maria AMMON (Berlin, Munich), started out with a

comprehensive overview of the historical development of the concept of 'acting-out' in psychoanalysis. This development led from an initial negative definition of acting-out as a manifestation of resistance to a more open-minded view of acting-out as 'enactment', which can be understood as being also an act of creativity of the patient. Central to the understanding of the concept in Dynamic Psychiatry is Günter AMMON's conception, that acting-out represents a failure to communicate on part of the patient. To understand this misled communication and to give it an appropriate answer is central to the handling of acting-out in psychotherapy, as Dr. FABIAN stated. In accordance with the group-dynamic view of Dynamic Psychiatry his lecture then concentrated on different manifestations of acting-out in a group therapy setting. In this respect Dr. FABIAN discussed the many possibilities how group dynamics may determine the acting-out of a single member of a group, for example how a group can defend against certain feelings by delegating them to a member. In these cases the therapist has the task of reversing the delegations and giving the 'unwanted' feelings back to the group.

Prof. BATTEGAY (Basel) portrayed the acting-out of a patient in out-patient psychoanalysis in his lecture. In an extensive case study he reported about his work with a narcissistic patient in long-term psychoanalytic treatment and the possibilities of therapeutic interventions when faced with a patient who tries to communicate through acting-out. To identify the feelings stemming from the patient's childhood, which have never been validated and therefore can only be communicated by acting-out, and to give an answer to these feelings are decisive therapeutic actions in this respect. In order to help the patient realize that he is accepted and validated with his original



Foto 10: Dr. Ammon

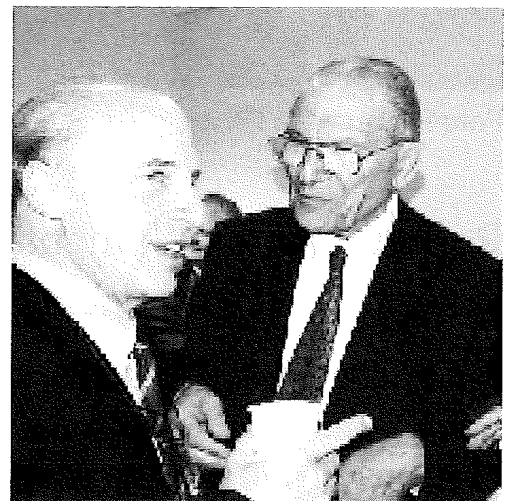


Foto 11: Dr. Fabian, Prof. Battegay

intentions and feelings, the therapist has to allow himself being touched by the acting-out of the patient and has to communicate his emotional reactions. Prof. BATTEGAY emphasized that 'untouchable' behaviour on part of the therapist is counterproductive when working with patients who act out.

Prof. JORASCHKY (Dresden) focussed in his lecture on the correlations be-

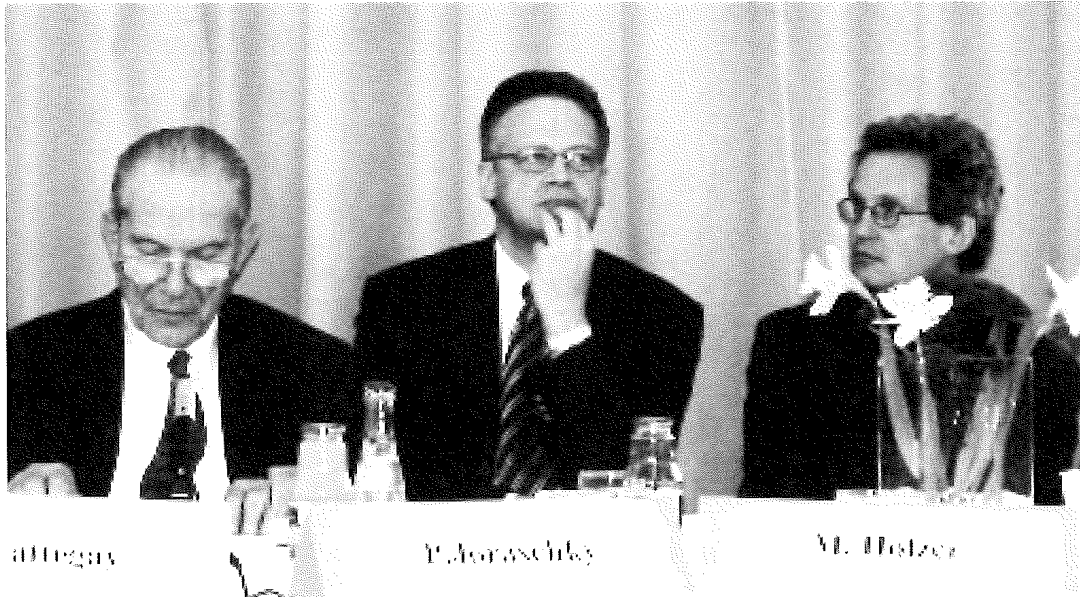


Foto 12: Prof. Dr. Battegay, Prof. Dr. Joraschky, PD Dr. Hölzer

tween the narcissistic vulnerabilities of patients and their acting-out. A most common way of acting-out with narcissistic patients is their aggressive devaluation of the self and their objects. Prof. JORASCHKY demonstrated in his case study how traumatic experiences in childhood can lead to a basic feeling of helplessness in personality disordered patients and how this may promote a way of thinking in categories of power and submission. Devaluing acting-out can be understood in this perspective as a protective mechanism of the self against feeling helpless and as a mode of narcissistic regulation. The flexibility of the therapist is central to the treatment of devaluating patients. In those cases where devaluation is still indispensable for the narcissistic regulation of the patient, therapeutic progress might be fostered better if the therapist is flexible enough to give way to the acting-out in certain regards.

Under the heading of 'therapeutic co-acting-out' this insight also played an important role in the last lecture of the day, being held by Dr. SCHMIDTS (München), the former senior consultant of the Clinic Mengerschwaige. Illustrated by an extensive case study, Dr. SCHMIDTS demonstrated how the partial acceptance of an acted out splitting defence by the therapeutic milieu may be the precondition for a severely disturbed patient to stay in therapy and to get

into contact. In order to establish a therapeutic contact with the patient the acceptance of his acting-out has to be complemented with its integration into group-dynamical references: „The acting-out has to have a well-defined place and address in the group“, as Dr. SCHMIDTS stated. Dr. SCHMIDTS chose his case material from the early days of the Clinic Mengerschwaige in order to un-



Foto 13: Dr. Martius, Dr. Lettner, Dr. Schleuning

derline the long tradition and continuity in Dynamic Psychiatry of working with patients who act out.

The following panel discussion showed how acting-out is understood and treated in other therapeutic traditions and institutions. Leading representatives from different therapeutic institutions in the greater Munich area reported about their experiences with patients who act out, and of the way this therapeutic problem is handled in their respective therapeutic settings. Dr. LETTNER (Bad Wiessee), the representative of the Schlemmer Clinic, underscored the importance of understanding the acting-out as a 'cry for help' of the patient. Dr. SCHLEUNING (München), medical director of the 'Atriumhaus', an emergency psychiatric institution in Munich, focussed on the dialectics of demarcating the acting-out on the one hand, and to give time and attention to the needs of the patient on the other hand. Which aspect has to prevail in the therapeutic contact with a certain patient can't be answered in general, but depends on the knowledge about his individual life history and actual circumstances. Dr. BRAUNISCH, the senior consultant of the psychiatric hospital in Agatharied, pointed at the distinction between 'loud' and 'silent' acting-out. The therapeutic team of any clinic has to have especially those patients in mind who try hard to 'behave well' and cover their acting-out so perfectly that their attempts to

communicate are often overlooked. An important competence that has also to be worked on in any psychiatric staff is the competence to anticipate the acting-out of patients and to be prepared for it.

Dr. RÜTH (Munich) from the Heckscher Clinic in Munich described the acting-out of children and adolescents in a psychiatric in-patient setting. He under-



Foto 14: Dr. Martius



Foto 15: Dr. Hölzer

derscored that it is essential to the therapist to get some influence on the acting-out of the patient in the sense of a 'counter-shaping' function. He also focused on the inevitable acting-out of the therapeutic staff of any psychiatric institution, which often accompanies the acting-out of the patient. For the head of such an institution it is important to permanently question these phenomena and to restore a 'working group' stance sensu BION. Dr. MARTIUS (Höhenried) discussed the understanding of acting-out as developed in KERNBERG's 'Transference Focused Psychotherapy' (TFP). As senior consultant of a therapeutic institution for rehabilitation he pointed out the many pragmatic reasons for acting-out, for example patients who want to quit working life and are trying to get a pension by acting-out psychic problems. Prof. JORASCHKY concentrated in his statement on the problem of the intense regression that many acting-out patients develop in psychiatric settings. A careful planning of the discharge from hospital and the further out-patient treatment is very important in these cases. Psychiatric hospitals have to take

more responsibility in this respect and should develop effective psychiatric networks for out-patient treatment of their patients. This idea was further deve-

loped by the moderator of the panel discussion, Dr. HÖLZER (Stuttgart). He put the important question, if it is not a contraindication in many cases to take acting-out patients into in-patient treatment, given the experience, that psychiatric hospitals often are some kind of 'greenhouses' for acting-out. A day-hospital setting might be the better choice for many of these patients.

Members of the dance-therapy group of the Clinic Mengerschwaige showed at the end of the symposium, how acting-out in a psychiatric setting mustn't always be a problem but can be transformed into an effective therapeutic tool. A public demonstration of the work in dance-therapy with impressive dances of different patients gave proof to the thesis, that acting-out can be also an act of creativity and therefore can be used for therapeutic purposes. The dances of the patients were the emotional touching highlight of a successful scientific event. The 'Mengerschwaige Psychotherapy Talks' will be continued the following year.

Dipl.-Psych. Thomas Bihler (München)



Foto 16: Auditorium

Ankündigung

9. Dortmund-Hemeraner Fachtagung für Psychiatrie und Psychotherapie: „Die psychiatrische Erkrankung, der psychisch Kranke und die Gesellschaft – Zur biologischen individuellen und sozialen Dimension psychischen Krankseins im Zeiten des Wandels“

Ort, Datum: Westfälische Klinik Dortmund, Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund (Freitag, 24.8.2007), Hans-Prinzhorn-Klinik, Frönsberger Str. 71, 58657 Hemer (Samstag, 25.8.2007)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. U. Sprick (Dortmund) , Prof. Dr. U. Trenckmann (Hemer)

Fachrichtungen: Psychiatrie, Psychotherapie, allg. Medizin

Informationen und Programme erhältlich bei: Medi-Office, Medizinischer Dokumenten und Kongressservice, Carsten Ball, Fröschengasse 15, 66111 Saarbrücken, Tel.:0681/9 40 97 60, e-mail: brall@medi-office.de. www.medi-office.de.

Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung im Rahmen des Fortbildungszertifikats der ÄKWL ist beantragt.

