

# Das Pygmalionmotiv in der Psychotherapie

## *Bertram von der Stein*

### Einleitung

Kohut entwickelte Anfang der siebziger Jahre ausgehend von Rekonstruktionen aus Psychoanalysen das Konzept des Selbstobjektes. Er beschrieb spezifische Übertragungsmodi narzisstischer Persönlichkeiten, nämlich die idealisierende Übertragung und die Spiegelübertragung. Kennzeichnend für beide Übertragungsformen ist, dass der Analytiker nicht als anderer vom Selbst des Patienten separiert wahrgenommene Person mit eigenen Bedürfnissen, Zielen und Grenzen wahrgenommen wird, sondern als Erweiterung oder Ergänzung der eigenen Person. Diese Sichtweise kennzeichnet traditionell den Begriff Selbstobjektbeziehung. Meist wird bei der Etablierung einer Selbstobjektbeziehung die Seite des Patienten betrachtet und stillschweigend vorausgesetzt, dass Therapeuten dem Gebot der Abstinenz folgend diesen Beziehungsmodus nicht entwickeln. Die durch regressive Prozesse verstärkte Machtasymmetrie stellt für nicht wenige Therapeuten und Angehöriger sozialer Berufe ein erhebliches Verführungspotential dar, nämlich quasi gottähnlich einen anderen Mensch nach seinen Vorstellungen oder nach seinem Ebenbild zu formen. Darüber hinaus können durch diese Asymmetrie vermeintlich andere Bedürfnisse leichter befriedigt werden. Mangelnde Selbstreflexion, Verleugnung und Verdrängung dieser Verführungssituation sind Katalysatoren missbräuchlicher therapeutischer Beziehungen, einer Gefahr vor der keine Therapierichtung gefeit ist. Im Folgenden soll nicht in erster Linie der sexuelle Missbrauch oder andere grobe Grenzverletzungen in der Therapie sondern die unspektakulären narzisstischen Missbrauchstendenzen von Therapeuten thematisiert werden. Hierbei geht es nicht um moralinsauren Dogmatismus, sondern darum wie notwendig die Reflexion eigener Bedürfnisse und Selbsterfahrung für Therapeuten ist, um Übertragung und Gegenübertragung professionell zu handhaben und diskrete Grenzüberschreitungstendenzen rechtzeitig zu erkennen.

### Die Komödie „Pygmalion“ von George Bernhard Shaw (1856-1930)

Der irisch-britische Dramatiker George Bernhard Shaw hat diese Problematik in seinem berühmtesten Werk „Pygmalion“ 1913 erfasst und humoristisch verarbeitet.

Die populärste Komödie Shaws, 1956 in Musicalversion erschienen unter dem Titel „My fair Lady“, bezieht sich auf die Sage des zyprischen Königs Pygmalion, der sich in eine weibliche Statue verliebte, die von Aphrodite zum Leben erweckt wurde. In Ovids Metamorphosen wird der König zum Bildhauer, der sich in sein selbst geschaffenes Bild verliebt. Shaws Pygmaliongestalt ist ein narzisstischer Phonetiker, Prof. Higgins, der das Experiment machen will einem aus der Unterschicht stammenden Mädchen durch Drill Sprache und Verhaltensregeln der Oberschicht beizubringen und sie in die feine Gesellschaft einzuführen. Diese, Eliza, lässt sich durch den Komfort des neuen Lebens jedoch nicht lange blenden, vielmehr wird es ihr klar, dass sie für Higgins nur ein Versuchsobjekt ist. Sie passt sich vordergründig an aber durchschaut das erniedrigende Experiment schnell. Anlässlich eines Empfangs bei Higgins Mutter kommt es zum Eklat: Eliza schildert im besten Englisch, Higgins Absicht folgend nur über das Wetter und die Gesundheit zu reden, allerdings mit drastischen Bildern, die Krankheit ihrer Tante und die Absicht einiger Verwandter die alte Frau „abzumurksen“. Inhaltlich widersetzt sie sich seinem Postulat nur freundliche Belanglosigkeiten zu kommunizieren, formal hält sie sich an die Vorgaben ihres Lehrmeisters indem sie sprachlich auf dem Niveau der Oberklasse bleibt. Ein Charakteristikum des falschen Selbst ist das Auseinanderklaffen von Form und Inhalt, von äußerem Erscheinungsbild und latenten Strebungen. Sprachlich demaskiert Eliza durch formalen

Gehorsam aber inhaltlichen Ungehorsam das falsche Selbst ihres Mentors und führt damit die Konventionen der besseren Gesellschaft ihrer Zeit ad absurdum. Bei einem späteren Botschaftsempfang schließlich funktioniert Eliza als feine Dame perfekt. Anschließend kommt es jedoch zu einer verzweifelten Auseinandersetzung mit Higgins, die diesem seine Pantoffeln ins Gesicht wirft. Sogar Higgins Mutter ergreift Elizas Partei. Schließlich ist klar, dass gerade die Emanzipation von Higgins narzisstischen Missbrauch und Pseudomoral letztlich Eliza zur feinen Dame macht. Sie entwickelt kein an viktorianischen Konventionen orientiertes falsches Selbst. In ihrem späteren Leben heiratet sie dann auch ihren Verehrer Henry und grenzt sich von Higgins parasitären Bedürfnissen ab.

Ähnlich wie Higgins können Therapeuten insbesondere wenn Krisen und Defizite unbewusst bleiben dazu neigen, Patienten als Selbstobjekte zu missbrauchen.

### **Sabina Spielrein ein historisches Beispiel für Missbrauch in der Therapie**

Anhand dieses historischen Beispiels wird deutlich, dass schon die erste Generation von Psychoanalytikern nicht frei war von selbstobjekthaften Beziehungen. So kann man C.G. Jungs Beziehung zu Sabina Spielrein, seine ehemalige Patientin, Analysandin und Schülerin als klassischen Fall des sexuellen und narzisstischen Missbrauchs in einer Therapie anführen.

Die als schwer gestört geltende achtzehnjährige Russin jüdischer Herkunft wird 1904 im Burghölzli in Zürich Jungs erste Analysepatientin. Der damals dreißigjährige verheiratete Jung geht mit ihr eine sexuelle Beziehung ein. Sigmund Freud, der diese Beziehung seines Kronprinzen kritisch kommentiert, sie aber auch stillschweigend duldet, appelliert an Sabinas Vernunft und Einsicht. Diese geht auf Jung mit einem Messer los und unternimmt einen Suizidversuch.

Als eine der ersten Russinnen promoviert Sabina Spielrein in Medizin in Zürich. Ihre Dissertation mit dem Thema „Die Destruktion als Ursache des Werdens“ ist die erste psychoanalytische Doktorarbeit beeinflusst Freud wesentlich in den Gedanken zu seiner berühmten Schrift „Jenseits des Lustprinzips“. Gleichwohl wurde Spielreins Beitrag von ihm lediglich als Fußnote erwähnt.

So ist der Beginn der Psychoanalyse mit dem Skandalon des menschlichen und wissenschaftlichen Missbrauchs behaftet.

### **Reflexion über den Begriff Selbstobjekt**

Kohut bezeichnet das Gegenüber mit dem das Kind in lebendigem Austausch stehen muss, um sich selbst entwickeln zu können, nicht nur als primäres Objekt, sondern als Selbstobjekt. Dieser Begriff ist oft missverstanden worden. Im Bezug auf die Entwicklung ist das Selbstobjekt eine andere Person, etwa eine Mutterfigur, die zunächst vom Kind wie ein Teil seines eigenen Selbst erlebt wird. Vielmehr muss dieses Selbstobjekt verfügbar sein, wie eigene Glieder, wie Hand oder Arm. Das Selbstobjekt dient dazu, dem Menschen als physiologische Frühgeburt zu helfen das rudimentäre Selbst zu regulieren und zu ergänzen somit ins Gleichgewicht zu bringen. Die enge Verbundenheit mit mütterlichen, später auch mit väterlichen und anderen Selbstobjekten bietet eine Matrix, als Nähr- und Mutterboden für eine Selbstentwicklung. Ein gesundes, „Selbstobjektmilieu“, ist unaufdringlich im Hintergrund präsent, wie Luft oder wie Wasser zum physischen Überleben nötig ist. Das Grundbedürfnis nach Selbstobjekten, bleibt nach Kohut lebenslang erhalten. Im Laufe des Lebens ändert sich nicht nur das Selbst, sondern auch die Formen der Selbstobjektbeziehung wandeln sich von undifferenzierten Formen am Anfang, wo das Selbstobjekt als Person eigener Bedürfnisse kaum ins Blickfeld rückt, bis hin zu relativ ausgewogenen Beziehungsformen in denen der Andere zwar gebraucht, zugleich aber als Subjekt wahrgenommen wird. Damit kommen differente Qualitäten von Selbstobjektbeziehungen ins

Spiel. Auf allen Ebenen der Entwicklung kann dies misslingen. Einzelne Stationen dieser Transformationsgeschichte laufen parallel zur Trieb-Ich- und Selbstentwicklung.

In undifferenzierten Vorformen handelt es sich um wechselseitige Vorgänge. Eltern üben für ihr Kind eine Selbstobjektfunktion aus, und stellen sich ihm zur Verfügung. Umgekehrt stellt das Baby für Eltern ein wichtiges Selbstobjekt dar, sei es dass sie sich durch die Lebendigkeit und die Schönheit ihres Kindes gespiegelt erleben, sei es dass sie es als ihren Besitz missverstehen, über den sie verfügen könnten. Es wird immer wieder übersehen, dass es nicht nur ein archaisches Selbstobjekt am Anfang der Entwicklung gibt, sondern auch die Erfahrung einer anderen Person, die sich auf deren Funktion bezieht, um das eigene Selbst zu stützen. Das heißt eine Person wird fast zur Gänze in den Dienst einer anderen gestellt. Allerdings verliert dieser Begriff niemals endgültig den Beigeschmack pathologischer Unreife. Menschliche Entwicklung verläuft keineswegs von infantiler Abhängigkeit zu erwachsener Unabhängigkeit, von der Symbiose über Trennung, Individuation zur Autonomie oder vom Narzissmus zur Objektliebe, sondern es geht darum, im Laufe der Entwicklung eine Selbstobjektfunktion zu verändern und die Grenzen zwischen Selbst und Nicht-Selbst, trotz passageren Gebrauches nicht zu verleugnen. Gelungene Selbstobjektbeziehungen sind nie differenzlose Verschmelzungen, sondern, interpersonale Ergebnisse von Aushandlungs- und Anpassungsvorgängen zwischen Beziehungspartnern.

An dieser Stelle seien Winnicotts Gedanken eines förderlichen Umgangs mit dem sich ausbildenden Selbst in einem mütterlich tragenden Lebensmilieu erwähnt. Dies gilt für drei Funktionen:

Holding (das Halten), Handling (der Umgang) und Object-Presenting (Darbieten von Objekten) und die Erlaubnis das Objekt zu gebrauchen, ohne sich selbst darin zu verlieren oder das Objekt zu zerstören. Halten, Objekte darbieten und sich gebrauchen lassen sind fundamentale Selbstobjektfunktionen.

Vom beziehungspsychologischen Aspekt ist es wichtig, den Objektbenutzungsmodus einer Persönlichkeit betrachten. Hierbei kann man vom psychoanalytischen Entwicklungsmodell oder von psychiatrischen Persönlichkeitsstörungskonzepten ausgehend, die sich in der klinischen Praxis vermischen, verschiedene Charaktertypen, z.B. oral depressiv, anal zwanghaft, narzisstisch, schizoid, histrionisch, etc. formulieren und ihrer spezifischen Art der Selbstobjektbeziehung darstellen.

### **Selbstobjektbeziehungsmodi verschiedener Charakterausformungen**

Die Selbstobjektbeziehungen innerhalb missbräuchlicher Therapien sind beeinflusst von den zentralen Konflikten des Therapeuten und des Patienten, die unreflektiert ausagiert werden können. Immer dann wenn sich subtil die Bedürfnisse des Therapeuten in den Vordergrund drängen ist der Weg in einen Missbrauch beschritten.

Selbstobjektbeziehungen **depressiver Therapeuten** sind gekennzeichnet durch anklammernde Abhängigkeit, Entmutigung des Patienten, subtile Aufforderung zum Rückzug von Aktivitäten und Kontakten, Schuldgefühlen und die Angst vor Objektverlust. Sie scheuen Konfrontationen, da sie die Liebe des Patienten nicht verlieren wollen. Sie können sich von Patienten schlecht trennen. Behandlungen dauern oft über Jahre, manche sogar lebenslang. Voller Schuldgefühle vergessen sie oft die Rechnung. In Abwehr der eigenen Bedürftigkeit zu altruistischer Abtretung neigend, überziehen die Stunden. Sie verleugnen aggressive Tendenzen bei sich und anderen und verkennen den destruktiven Charakter suizidalen Agierens der Patienten. Ein Therapieende wird oft, wenn es für den Therapeuten unerträglich wird, agierend durch Krankheit oder Fehlleistungen herbeigeführt. Da sie selbst nicht verlassen werden wollen, versuchen sie Autonomiebestrebungen der Patienten zu behindern. Biographische Belastungen werden schicksalhaft interpretiert. Sie übersehen die Eigenverantwortlichkeit der Patienten für ihr Leben und sympathisieren eher mit der Opfer-

als mit der Täterseite. Depressive Therapeuten fühlen sich oft als Opfer der Umgebung und klagen über unempathische Kollegen oder ungünstige Strukturen im Gesundheitswesen.

**Beispiel:** Eine ungewollt kinderlose Therapeutin übernimmt die Behandlung einer aus dissozialen Milieu stammenden Patientin. Die Patientin erlebte, wie der Vater die Mutter tötete, die Leiche verschwand spurlos. In der sechs Jahre dauernden Behandlung wird die Patientin, die während dieser Zeit studiert Journalistin. Sie verdient sich ihren Lebensunterhalt bezeichnenderweise durch Darstellung und Erfinden von Kriminalfällen. Als die Patientin, die sehr erfolgreich nach dem Studienabschluss arbeitete und alle Wünsche der Therapeutin nach einer idealen Tochter erfüllte, schwanger wurde und durch riskantes Verhalten eine Fehlgeburt auslöste wurde die Therapeutin krank und wies die Patientin ab mit dem Argument eine gesündere Therapeutin könnte mehr für sie tun.

**Zwanghafte Therapeuten** versuchen Patienten ihre eigenen Vorstellungen auf zu drücken. Wegen eigener Gründlichkeit dauern Therapien sehr lang. Um zwanghafte Kontrollbedürfnisse zu befriedigen, stören häufige Zwischenbilanzen den therapeutischen Ablauf. Ein starres Behandlungsschema muss durchgehalten werden, z.B. eine starre Stundenfrequenz, ohne Rücksicht auf die realen Lebensbedürfnisse des Patienten. Veränderungen der Stunden werden als destruktives Agieren und Widerstand wahrgenommen. Ihre eigene Tendenz lange in Lehranalysen und Ausbildungen zu sein, stülpen sie dem Patienten über. Sie haben Angst vor Hingabe und vor eigenen lebendigen Impulsen. Deshalb scheuen sie Verwicklungen. Wegen ihrer Über Ich- Angst besteht gegenüber Triebregungen und Affekten des Patienten wenig Toleranz. Therapien wirken oft blutleer.

**Beispiel:**

Eine Studentin steht kurz vor dem Staatsexamen. Um zu lernen bittet sie für acht Wochen um eine Stundenreduzierung. Vom Therapeuten als Widerstand gedeutet, da sie wegen eines Liebesverhältnisses im letzten halben Jahr drei Stunden kurzfristig abgesagt hatte, kommt es wegen der Kompromisslosigkeit des Therapeuten zum Abbruch. Häufiges Argument des Therapeuten ist: „Was ist wichtiger die Therapie oder Ihr Agieren in Außenräumen“.

**Hysterische Therapeuten** wollen eine Rolle spielen und gesehen werden. Da sie das Steinklopfen des Durcharbeitens vernachlässigen, sorgen sie dafür, dass in Therapien immer etwas passiert. Deshalb verleiten sie Patienten zu Normverstößen, agieren gegen Regeln, bagatellisieren die Folgen des eigenen Handelns, vernachlässigen die Regelmäßigkeit von Terminen. Klarifizierende Interventionen werden zu Gunsten impressionistischer Anmutungen unterlassen. Reale Widerstände werden übersehen. Originelle und auffällige Patienten, die zum Agieren neigen und wie in einem Theaterstück die Therapie in Bewegung halten, werden selbstobjekthaft als Unterhalter missbraucht. Es werden eher akute Traumatisierungen gesehen und kumulative vernachlässigt. Das Durcharbeiten zugrunde liegender Konflikte unterbleibt. Karthartischen Knalleffekte, fast wie spontane Wunderheilungen, werden unbewusst mit den Patienten inszeniert. Die Therapie bleibt affektualisiert wird pathetisch als „Umkehr“ des gesamten Lebens dargestellt. Gemeinsam mit dem Patienten wird die Schuld gescheiterter Vorbehandlungen bei Kollegen gesucht. Hysterische Therapeuten meinen, wenn sie radikale Verhaltensänderungen bei den Patienten zu erkennen glauben, einen Therapieerfolg zu haben, weil sie übersehen, weil Patienten um geliebt und gesehen zu werden, manchmal diesen unbewusst darstellen oder sogar halbunbewusst vortäuschen. Häufig agieren die Patienten dann die unbewussten Wünsche des Therapeuten nach Grenzüberschreitungen aus.

**Beispiel:** Ein Therapeut erlebt im stationären Setting die „Spontanheilung“ einer psychogenen Gangstörung. Nach dieser szenisch dramatischen Besserung wird die Patientin ihrem Wunsch entsprechend schnell entlassen. Über den zentralen Beziehungskonflikt und über

biographische Meilensteine der Patientin, kann der Therapeut in der Supervision nichts sagen. Kritische Anmerkungen vom Supervisor und Kollegen anderer Berufsgruppen werden als kleinlich abgetan. Sein Bild der Patientin bleibt unklar und konzeptlos. Kurze Zeit später wird die Patientin nach einem dramatischen Suizidversuch in die Psychiatrie aufgenommen.

**Narzisstische Therapeuten** neigen dazu, ihre Patienten als ihre Schöpfung zu betrachten. Sie lassen sich durch die Patienten ihre eigene Großartigkeit spiegeln. Selbstobjektbestehungen im Sinne von Spiegelübertragung, nach dem Motto: „Gemeinsam auf hohem Niveau verachten und bekämpfen wir andere“ sind häufig. Die Kränkbarkeit narzisstischer Therapeuten ist hoch. Sie vertragen schlecht, wenn sich Patienten während der probatorischen Sitzungen andere Therapeuten „ansetzen“ und fühlen sich entwertet, falls der Patient Kritik äußert. Ihre unbewältigten Neidgefühle bestimmen ihren Interventionsstil: Sie versuchen ihre Patienten auszubremsen, wenn sie merken, dass diese beruflich, wirtschaftlich oder im Privatleben erfolgreicher werden könnten und legen keinen Wert darauf, Autonomiestrebungen ihrer Patienten zu unterstützen. Schweigewaffe und Deutungskeule dienen mehr dem Machterhalt und der Stabilisierung des brüchigen Therapeutenselbst als dem Fortschritt des Patienten. Wenn Patienten keine Spiegelung der Großartigkeit der Therapeuten ermöglichen und vordergründig langweilige Durchschnittsmenschen ohne außergewöhnliche Biographien sind und keine Fortschritte machen und für narzisstische Therapeuten quälende Leere und Langeweile aufkommt, trennten sich diese schnell von den Patienten. Eine große Gefahr narzisstischer Selbstobjektbeziehungen entsteht bei der Behandlung prominenter Patienten, wobei der Therapeut sich gerne mit dem prominenten Patienten schmückt, Konfrontation vernachlässigt und den Narzissmus des Patienten unterhält und parasitär von dessen Ruhm profitieren will.

**Beispiel:**

Ein Medizinstudent fällt durchs Examen und stürzt in eine suizidale Selbstwertkrise. Von der Brillanz seinen Patienten geblendet wird ohne Rücksichten auf ich-strukturelle Defizite eine Psychoanalyse begonnen. Die Therapieziele des narzisstischen Therapeuten sind einseitig auf erfolgreiches Bestehen der Prüfung ausgerichtet. Nach Examen und Promotion wiederholt sich in der ersten Stelle des Patienten das gleiche Muster, als der hochkränkbare Patient die Probezeit nicht besteht. Enttäuscht vom Patienten wird die Behandlung während einer kurzen psychotischen Episode mit der Begründung der Patient sei zu gestört für eine Psychoanalyse beendet.

Utopien, Orientierung an Idealzuständen und Neigung zur therapeutischen Ideologiebildung unter Vernachlässigung der „banalen Realität“ und die subtile Befriedigung eigener unerfüllter Kontaktwünsche und Überforderung der Patienten, indem sie deren konkrete Umsetzungsschwierigkeiten im Alltag unterschätzen, kennzeichnen den **schizoiden Therapeuten**. Oft kann er nicht verstehen, dass Patienten und Kollegen seinen theoretischen Konstruktionen nicht folgen können. In ein Team kann er sich schlecht einordnen. Sozialmedizinische Aspekte wie Umgang mit Arbeitslosigkeit, sekundärem Krankheitsgewinn und Rentenwünschen bleiben meist unberücksichtigt.

**Beispiel:**

Mit einer Patientin, die über Kälte und Lieblosigkeit klagt, ist wochenlang die Mutterbeziehung Thema. Dass die Patientin als Analphabetin nicht fähig ist beim Sozialamt den Heizkostenzuschuss zu beantragen und deshalb im Winter friert, fällt der Therapeutin nicht auf.

### **Konsequenzen für Therapeuten**

Um die Entwicklung von Selbstobjektbeziehungen in der Therapie zu verhindern, ist es hilfreich übliche Rahmenbedingungen einzuhalten. Dies umschließt die Dauer der Therapiesitzung, die Kostenübernahmevereinbarung, Vereinbarung von Stunden, Absagen, Abstimmung der Sitzungstermine, Urlaubsregelung und voraussichtliche Dauer der Therapie. Wichtig ist, zu Beginn der Behandlung das Behandlungsziel des Patienten zu klären und sich bewusst zu machen, ob dieses von eigenen Behandlungszielen unterscheidet. Der zentrale Konflikt sollte fokussiert werden, die probatorischen Sitzungen eingehalten werden. Häufig kommt es zu selbstobjekthafter Therapiegestaltung, wenn überstürzt eine Behandlung begonnen wird.

Bei fehlender Reflexion, die bei therapeutischer Ungeduld vorprogrammiert ist, ist es wahrscheinlicher in Verwicklungsfallen, die zum Aufbau einer Selbstobjektbeziehung führen, zu tappen: Symbiosewünsche, Nähe- und Distanzprobleme, unrealistische Veränderungswünsche und Idealisierungswünsche des Therapeuten drängen dann agierend zum Schaden des Patienten zur Erfüllung. Zur Verbesserung der Selbstreflexion und professionellen Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung ist es hilfreich sich im Laufe einer Therapie immer wieder Fragen wie diese zu stellen:

Fehlt mir etwas Wesentliches in meinem derzeitigen Leben (Partner, sexuelle Befriedigung, Kinder, Erfolg, Anerkennung, Vermögen, Heimat, Identität, etc.)?

Gibt es eigene Traumatisierungen, die möglicherweise in einer Lehranalyse oder einer Lehrausbildung umgangen worden sind?

Weshalb finde ich den Patienten sympathisch oder unsympathisch?

An wen erinnert mich der Patient?

Warum überziehe ich Stunden?

Habe ich den Patienten schon einmal vergessen oder einen falschen Termin gegeben?

Warum fällt es mir leicht oder schwer den Therapieantrag zu formulieren?

Akzeptiere ich nicht, wenn sich Patienten von mir trennen wollen?

Welche Wertorientierung habe ich?

Welche moralischen Vorstellungen habe ich?

Reagiere ich auf kleine Grenzüberschreitungen des Patienten mit Strenge oder Milde?

Welche Therapieziele sind mir wichtig?

Fühle ich mich durch den Patienten kontrolliert oder bedroht?

Häufen sich Dialoge, bei denen es um „richtig“ oder „falsch“ geht?

Spielt die Geschlechtszugehörigkeit des Patienten eine wesentliche Rolle? Steht dies im Zusammenhang mit meiner Lebenssituation, Vorgeschichte und Wünschen?

Gibt es erotische Spannungen?

Bin ich sexuell erregt?

Bin ich verliebt in den Patienten?

Wie ist die Altersrelation zwischen dem Patienten und mir?

Welche Bedürfnisse, einen Vater oder eine Mutter zu finden, oder aber sich einen Sohn oder eine Tochter heranzuziehen, habe ich?

Welche Affekte herrschen bei mir vor, wenn ich mit dem Patienten zusammen bin?

Habe ich überwiegend negative Affekte oder freue ich mich auf die Stunde und benutze sie als Erholung von anderen Patienten?

Geht es mir besser oder schlechter nach der Stunde und weshalb?

Gibt es Gemeinsamkeiten mit meiner Biographie und meiner Lebenssituation?  
Fühle ich mich dem Patienten überlegen oder unterlegen?  
Bin ich auf den Patienten neidisch?  
Mache ich den Patienten zu meinem Unterhalter?  
Finde ich den Patienten interessant?  
Aus welchem sozialen Umfeld komme ich?  
Welche Ressentiments gegen andere Gesellschaftsschichten liegen bei mir vor?  
Mache ich eigene negative Beziehungserfahrungen zu einer Ideologie?  
Bin ich mehr an Behandlungspraxis oder an theoretischen Fragestellungen interessiert?  
Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Selbsterfahrung für Therapeuten.

### **Literatur**

- Freud, S.: (1920 g): Jenseits des Lustprinzips. GW XIII, 1-69  
Hensch, T. (2003): Tagebuch einer heimlichen Symmetrie. Gießen, Psychosozialverlag  
König, K.: (1993) Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht  
Kohut, H.: (1979): Die Heilung des Selbst. Frankfurt a. M., Suhrkamp  
Kohut, H. ( 1973): Narzissmus. Frankfurt a. .M., Suhrkamp.  
Krutzenbichler, S.H., Essers, H. (2002): Muss denn Liebe Sünde sein? Gießen, Psychosozialverlag  
Shaw, G.B.: (1916, reprint 1974) Pygmalion. Aylesbury, Penguin Plays  
Stresau, H.: G.B. Shaw (1962, 2001) Reinbeck, Rohwolt.  
Winicott D.W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München, Kindler

Autor:

Dr. med. Bertram von der Stein  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
Psychoanalytiker DGPT  
Rehabilitationswesen  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Quettinghofstr. 10a  
50769 Köln