

Vorwort

Ulrich Wiesmann

„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann“ ist ein Aphorismus des französischen Schriftstellers, Malers und Grafikers Francis Picabia (1879-1953), der den durch Hans-Joachim Hannich geprägten universitären Geist am Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsmedizin Greifswald in ausgezeichneter Weise beschreibt. Dieses Buch anlässlich seines 60. Geburtstages soll die Vielfältigkeit, Kreativität und Innovationskraft seines Wirkens als Direktor des Greifswalder Instituts zum Ausdruck bringen.

Hans-Joachim Hannichs akademische Laufbahn begann an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Dort studierte er Psychologie, war anschließend Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Münster und an der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Universität Münster. Seine Arbeitsschwerpunkte bildeten die Psychosomatik der Intensivmedizin und die Schmerztherapie. Als Deutschlands erster Psychologe auf einer Intensivstation habilitierte er sich mit dem Thema *„Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung. Untersuchungen zur psychologischen Situation“*. Nach seiner Habilitation und Erteilung der *Venia legendi* für Medizinische Psychologie wurde er Professor für Klinische Psychologie und Psychosomatik an der Universität Münster und anschließend Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie der Universität Münster.

Im Jahre 1994 wurde Hans-Joachim Hannich nach Greifswald berufen und ist seitdem Direktor des hiesigen Instituts für Medizinische Psychologie. In seiner langjährigen Tätigkeit hat er in Greifswald als Dozent und Forscher, aber auch als Psychotherapeut und Supervisor sowohl national als auch international Akzente gesetzt. Die Vielfältigkeit seines Engagements soll mit dieser Festschrift hervorgehoben und würdig umrahmt werden. Dementsprechend beinhaltet dieses Buch eine Fülle von Beiträgen, die sein Wirken in der psychotherapeutischen Praxis sowie in der medizinpsychologischen Lehre und Forschung herausstellen.

Hans-Joachim Hannich ist Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) und ausgewiesener Lehranalytiker in der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). Er ist zudem Dozent und Lehranalytiker am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern (IPPMV), dessen Vorsitz er seit 2004 inne hat.

Im ersten Teil dieses Buches, der das psychotherapeutische Wirken würdigen soll, beschreibt Ingrid Gralow, eine Münsteraner Weggefährtin, die Pionierarbeit zum Konzept der Speziellen Schmerztherapie, das an der Universität Münster seinen Ursprung hatte.

Die Beiträge von Fridjof Gebhardt, Ute Ebener, Regine Altenstein und Benita Noack reflektieren sein Wirken als Psychotherapeut und Supervisor am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern. Der psychotherapeutische Teil wird mit einer weiteren Greifswalder Erfolgsgeschichte abgerundet: Nach über zehn Jahren ist es Hans-Joachim Hannich mit Unterstützung des Ärztlichen Direktors schlussendlich gelungen, 2007 den Psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienst am Institut für Medizinische Psychologie Greifswald zu etablieren. Dessen erfolgreiche Arbeit wird von Britta Buchhold und Ulrich Wiesmann dargelegt.

Im zweiten Teil, der Hans-Joachim Hannichs Innovationen in der Lehre herausstellt, beschreibt Ursula Viktoria Wisiak auf sehr persönliche Weise ihren gemeinsamen Weg mit Hans-Joachim Hannich in der medizinpsychologischen Lehre. Peter Schmiedebach und Wolfgang Krethlow stellen exemplarisch ein frühes patienten- und praxisbezogenes Ausbildungskonzept für Medizinstudierende dar, das eine enge Verzahnung von Forschung, Versorgung und studentischer Ausbildung vorsieht und wegbereitende Grundlage für den Greifswalder Schwerpunkt Community Medicine gewesen ist. Hans-Joachim Hannich war von 1994-2008 Sprecher des Lehrverbundes Community Medicine an der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald.

Der Beitrag von Mariacarla Gadebusch, Sven Sohr und Susan Kiebusch stellt die interdisziplinäre Ausrichtung in der Greifswalder medizinpsychologischen Lehre heraus. Die Autoren beschreiben die Erfahrungen aus einem Seminar, welches psychologische und medizinhistorische Dimensionen des Präparierkurses in der Anatomie thematisierte. Jeanette Riedel und Ursula Wisiak heben die Wichtigkeit interkultureller kommunikativer Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung von Migranten hervor. Sie stellen sechs modulare Schwerpunkte eines Curriculums für den Master of Migrant Health vor, das im Rahmen eines Konsortiums verschiedener europäischer Universitäten derzeit am Institut mit entwickelt und umgesetzt wird.

Der zweite Teil schließt mit einem Beitrag von Ulrich Wiesmann et al., das das von Hans-Joachim Hannich geprägte innovative Lehrkonzept des Fachs Medizinische Psychologie an der Universitätsmedizin Greifswald aus dem Studienjahr 2007/08 vorstellt. Die Innovationen bestehen darin, dass sich Studierende im Seminar Medizinische Psychologie mit psychologischen Problemfeldern in der ärztlichen Tätigkeit mittels Simulationspatienten auseinandersetzen und eine wissenschaftliche Projektarbeit auf einem Studentenkongress präsentieren. Die Studierenden arbeiten inhaltlich, praktisch und empirisch zu einem von vier Themen: Schmerzanamnese bei chronischen Rückenschmerzen, motivierende Gesprächsführung bei Suchtproblemen, partizipative Entscheidungsfindung bei Depressionen und Überbringen schlechter Nachrichten bei Tumorerkrankungen.

Der dritte Teil dieses Buches beleuchtet unterschiedliche Forschungsschwerpunkte am Greifswalder Institut für Medizinische Psychologie. Die Beiträge von Wolfgang Hoffmann und Neeltje van den Berg, Wolfgang Hannöver sowie Donata Kurpas sind verbunden mit dem Engagement von Hans-Joachim Hannich in der Landmedizin bzw. des community-oriented primary health care. Als Präsident des European Association for Community Health (EACHC) und Vizepräsident der International Association for Rural Medicine (IARM) setzt er sich insbesondere für die Verbesserung der Situation von Men-

schen mit psychischen Störungen in ländlichen Gebieten ein. Wolfgang Hoffmann und Neeltje van den Berg stellen am Beispiel des Nahbereichs Woldegk (Mecklenburgische Seenplatte) das Projekt eines zentralen Gesundheitshauses vor, das auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung in dieser ländlichen Region zielt. Wolfgang Hannover stellt konzeptuelle Überlegungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in ländlichen Regionen an. Die Arbeit von Donata Kurpas, die im Rahmen des Erasmus-Programms regelmäßige Studienaufenthalte in Greifswald hatte, betont die Bedeutung des bio-psycho-sozialen Ansatzes in der Versorgung chronisch kranker Menschen – ein Ansatz, der integraler Bestandteil der medizinpsychologischen Lehre ist.

Der Aufsatz von Christel Bienstein beschreibt einen Ausschnitt aus den gemeinsam mit Hans-Joachim Hannich entwickelten Forschungsarbeiten zur Versorgungssituation von Patienten im Wachkoma und ihren Angehörigen. Der Beitrag von Andreas Zieger, klinischer Neurochirurg und „konvertierter“ Rehabilitationsmediziner, setzt sich exemplarisch mit der von Hans-Joachim Hannich angeregten fächerübergreifenden, integrativen „Verbindungswissenschaft“ Medizinpsychologie auseinander. Auch aus diesen Ansätzen heraus entwickelte Hans-Joachim Hannich das seit vielen Jahren angebotene und sichtfelderweiternde Wahlpflichtfach „Integrative Medizin“, welches seit 2004 stetig am Institut für Medizinstudierende im vorklinischen Abschnitt angeboten wird.

Mit Christina Krause verbindet Hans-Joachim Hannich eine langjährige Zusammenarbeit in der Planung, Durchführung und Auswertung eines Projekts zur Selbstwertstärkung im Grundschulalter, dessen Konzipierung auf der theoretischen Grundlage der Salutogenese von Antonovsky fußte. In ihrem Beitrag beleuchtet sie kritische Lebensereignisse als potentiellen Motor für positive Veränderungsprozesse.

Der Beitrag von Baier et al. ist Ausdruck einer langjährigen freundschaftlichen Verbundenheit mit dem Institut für Medizinische Psychologie der Universität Rostock. Die Rostocker KollegInnen beleuchten den Zusammenhang zwischen familiärem Hintergrund und Studienerfolg in der Humanmedizin. Die Studie von Eda Merisalu et al. untersucht die gesundheitliche Situation von Medizinstudierenden aus interkultureller Perspektive und ist Ausdruck einer langjährigen Zusammenarbeit des Greifswalder Instituts für Medizinische Psychologie mit dem Department of Public Health der Universität Tartu in Estland.

Gabriele Niehörster et al. stellen in ihrem Beitrag die Auswirkungen seelisch belastender Einsätze auf Einsatzkräfte von Freiwilligen Feuerwehren in Mecklenburg-Vorpommern vor. Über lange Jahre war das Greifswalder Institut engagiert im Aufbau und der Ausbildung von Notfallteams zur Akutbetreuung Betroffener, Angehöriger und Hinterbliebenen in Not- und Unglückssituationen. Durch diese Aktivitäten gelang die Etablierung der Landeszentralstelle Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) Mecklenburg-Vorpommern am Institut, welche durch das Innenministerium und das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur finanziert wird. Die PSNV umfasst alle Strukturen und Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen, über die Kati Möbius in ihrem Beitrag berichtet. Eine weitere Zielgruppe der medizinpsychologischen Forschungstätigkeit am In-

stitut sind LehrerInnen. Christine Altenstein stellt in ihrem Beitrag das Netzwerk Lehrer-gesundheit M-V sowie Erfahrungen, Ergebnisse und Implikationen aus diesem Projekt dar, das vom Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur in den Jahren 2005 bis 2008 gefördert und am Institut für Medizinische Psychologie koordiniert und wissenschaftlich begleitet wurde.

Die letzten beiden Beiträge stellen die salutogenetische Forschungsperspektive am Institut für Medizinische Psychologie heraus. Ulrike Plötz und Ulrich Wiesmann stellen einen salutogenetisch fundierten Interventionsansatz für die adjuvante Behandlung von Personen mit atopischer Dermatitis vor, das Greifswalder Gruppenprogramm „GreifDerm“. Last but not least stellt Ulrich Wiesmann die vielfältigen Ergebnisse der Greifswalder Altersstudie zusammen, die nicht zuletzt dadurch zustande kamen, dass Hans-Joachim Harnich seinem Assistenten viel Raum für geistige Freiheit und Entfaltungsmöglichkeiten bot, um dem Denken immer wieder neue Richtungen zu geben.

Ulrich Wiesmann, im Februar 2012

Psychotherapie



Hans-Joachim Hannich und das Konzept der Speziellen Schmerztherapie in Münster

Ingrid Gralow

Hajo Hannich hat in seiner Münsteraner Zeit entscheidende Impulse für den Ausbau einer spezialisierten interdisziplinären schmerztherapeutischen Einrichtung in Münster gegeben. Basierend auf dem „Bio-Psycho-Sozialen Krankheitskonzept“ wurde am Universitätsklinikum Münster eine Schmerztagesklinik 1992 zunächst als dreijähriger Modellversuch eingerichtet, der ein interdisziplinäres diagnostisches und therapeutisches Konzept realisierte und nach erfolgreichem Abschluss in die Regelversorgung übernommen wurde. Bisher vorhandene Behandlungskonzepte waren überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Das Münsteraner Konzept dagegen integrierte in Ergänzung der medizinischen Schmerztherapie tiefenpsychologische Therapiemaßnahmen für ein heterogenes Spektrum von Schmerzpatienten.

Neben der erforderlichen medizinischen Therapie sind einzel-, gruppenpsychotherapeutische sowie kreativtherapeutische Maßnahmen integriert mit Entspannungsverfahren, Physiotherapie und Schulung der Körperwahrnehmung.

Insbesondere durch die Integration von kreativtherapeutischen Maßnahmen wie Musik- und Kunsttherapie in das Behandlungskonzept hat Hajo einen entscheidenden weiteren therapeutischen Schwerpunkt geschaffen. Langzeiterfolge auch bei langfristig schwerst chronifizierten Patienten bestätigen die Notwendigkeit solcher Behandlungskonzepte.

Meine Zusammenarbeit mit Hans-Joachim Hannich geht auf frühe Wurzeln zurück: So haben wir beide 1971/72 unser Studium der Psychologie in Münster begonnen und dieses mit einer gemeinsamen Diplomarbeit über „Biofeedback bei Patienten mit funktionellen Herzstörungen“ unter Prof. Vaitl abgeschlossen. Das Interesse an den Wechselwirkungen von Psyche und Soma führte uns 1982 in der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Universitätsklinik Münster wieder zusammen. Hajo begann – neben seinem damaligen Arbeitsschwerpunkt Psychosomatik in der Intensivmedizin – sehr früh auch die psychosomatische Sichtweise in der damals neu entstehenden „Speziellen Schmerztherapie“ zu verankern und entscheidende Impulse für den weiteren Ausbau einer spezialisierten interdisziplinären schmerztherapeutischen Einrichtung zu geben:

Die „Spezielle Schmerztherapie“ muss einem sehr heterogenen Spektrum gerecht werden, da sich Schmerzen aufgrund der unterschiedlichsten pathophysiologischen Veränderungen entwickeln und chronifizieren können. Zu den Besonderheiten dieser Chronifizierung gehören allerdings nicht nur die in neuerer Grundlagenforschung immer differen-

zierter aufgedeckten somatischen Prozesse der Neuroplastizität, sondern auch die im klinischen Alltag deutlich zunehmenden psychischen Befindlichkeitsstörungen. Diese können einerseits als Komorbiditäten den Leidensdruck bei organisch bedingter Schmerzsymptomatik entscheidend mitgestalten als auch andererseits den originären Behandlungsgrund darstellen, der sich als Somatisierungsstörung an nicht hinreichenden körperlichen Befunden manifestiert (Verri et al., 1998, Gralow et al., 1995, Linton, 2000, Gralow, 2000, Gralow, 2002, Hannich, 2002).

Bisher vorhandene Behandlungskonzepte sind überwiegend syndromorientiert z. B. für Rücken- oder Kopfschmerzpatienten und in der Regel auf verhaltensmedizinischer Basis erfolgreich angewandt worden (Flor, Fydrich, & Turk, 1992, Turk, Rudy, & Sorkin, 1993, Guzman et al., 2001, Pfingsten, 2001). Das hiesige Münsteraner Konzept dagegen integrierte in Ergänzung der medizinischen Schmerztherapie tiefenpsychologische Therapiemaßnahmen für ein heterogenes Spektrum von Schmerzpatienten (Gralow et al., 1996). Basierend auf dem „Bio-Psycho-Sozialen Krankheitskonzept“ (Egle, Derra, Nix, & Schwab, 1999) wurde am Universitätsklinikum Münster eine Schmerztagesklinik 1992 zunächst als dreijähriger Modellversuch¹ eingerichtet, der ein interdisziplinäres diagnostisches und therapeutisches Konzept realisierte und nach erfolgreichem Abschluss in die Regelversorgung übernommen wurde.

Die aufgenommenen Patienten zeichnen sich durch einen hohen Chronifizierungsgrad aus und fühlen sich sowohl in ihrer körperlichen Aktivität als auch in der psychischen Befindlichkeit stark beeinträchtigt (Wurmthaler et al., 1996, Pfingsten, Schöps, Wille, Terp, & Hildebrandt, 2000). Ihre Situation ist durch reduzierte Lebensimpulse und sozialen Rückzug gekennzeichnet. Die affektive Ausprägung der Schmerzen wird bei diesen Patienten vorrangig als subjektive Leidenserfahrung im Zusammenhang von Lebensbedingungen und innerer Konfliktverarbeitung verständlich. Das Therapiekonzept beinhaltet daher neben somatischen Behandlungsverfahren und körperorientierter Therapie die gezielte psychotherapeutische Aufarbeitung der jeweiligen Psychodynamik der psychischen Schmerzgenese. Wesentlich ist hierbei, dass die Erfahrung des primären Leidensdrucks auch auf der – bisher verdrängten – psychischen Ebene gelingt. Das psychodynamische Verständnis chronischer Schmerzen bei somatoformer Störung geht davon aus, dass der Ausdruck von inneren Konflikten auf die organische Ebene verschoben ist. Die vollzogene Flucht vor der inneren Realität ist meist von tiefliegenden Ängsten begleitet, die ihrerseits durch Flucht in Aktivitäten sowie Verdrängung abgewehrt werden. Hier setzt die psychoprophetische Funktion des Schmerzes ein, indem sie den Betroffenen vor psychischem Zusammenbruch bewahrt (Egle, Derra, Nix, & Schwab, 1999). Chronischer Schmerz im Zusammenhang mit Somatisierung weist auf früh erworbene Störungen der psychischen Entwicklung oder auf traumatische Lebensereignisse hin, beides Situationen, in denen die Symbolisierung dem Individuum näher steht als der verbale Ausdruck (Egle & Nickel, 1998, Limberg, 1998, Egle, Heucher, Hoffmann, & Porsch, 1993). In der therapeutischen Arbeit mit diesen chronischen Schmerzkranken ist es daher wesentlich, Ängste, De-

¹ Finanziert durch das BMG Gralow 1996

pression und psychische Anspannung nicht nur als schmerzreaktiv zu begreifen. Abgewehrte durch biographische Belastungen begründbare Affekte für die Patienten wahrnehmbar zu machen, also die Abwehr wie Verdrängung, Flucht ins Leistungsprinzip oder Verzerrung der Realität zu vermindern, sind originäre Behandlungsziele (s. Leitlinien der Behandlung somatoformer Schmerzstörungen AWMF 2000). Diesen therapeutischen Veränderungsprozess unterstützen einzel-, gruppenpsychotherapeutische sowie kreativtherapeutische Maßnahmen integriert mit Entspannungsverfahren, Physiotherapie und Schulung der Körperwahrnehmung neben der erforderlichen medizinischen Therapie, wobei versucht wird, eine weitere Fixierung auf nicht indizierte somatische Verfahren zu vermeiden.

Die 4-wöchige Behandlung zielt im Wesentlichen ab auf einen verbesserten Zugang zu den Emotionen, eine Sensibilisierung der körperlichen Wahrnehmung und funktionelle Verbesserung, gesteigerte Aktivierung und Gestaltung, positive Sinneserfahrungen und Genussfähigkeit und insbesondere auch auf die Fokussierung gesunder Anteile.

Im Gegensatz zu behavioristischen Ansätzen, die mit strukturierten Schmerzbewältigungsprogrammen arbeiten (Pfungsten, 2001, Flor, Fydrich, & Turk, 1992, Turk, Rudy, & Sorkin, 1993), werden in der hier durchgeführten Therapie psychische Konflikte, biographische Erfahrungen und die Beziehungsdynamik der Patienten in den Gruppen- und Einzelpsychotherapiesitzungen thematisiert.

Durch die Integration von kreativtherapeutischen Maßnahmen wie Musik- und Kunsttherapie in das Behandlungskonzept werden diese psychischen Prozesse explizit unterstützt (Schmeer, 1992). Die spezifischen Wirkfaktoren kreativen Gestaltens werden in der Literatur konkretisiert (Baukus & Thies 1993, Limberg, 1998), jedoch bestehen die Beschreibungen hauptsächlich aus Kasuistiken und beziehen sich auf Bewältigungsstrategien bei chronischen Erkrankungen (Herlen-Pelzer & Rechenberg, 1998). Der Einsatz kreativtherapeutischer Konzepte auch in der Schmerzbehandlung wird vereinzelt diskutiert (Müller-Busch, 1997, Limberg, 1998).

Hajo Hannich hat sowohl die Musik- als auch die Kunsttherapie in dem Interdisziplinären tagesklinischen Behandlungsprogramm etabliert und damit einen entscheidenden therapeutischen Schwerpunkt geschaffen. Die Ergebnisse sind überzeugend (Schwerdt, Wirtz, Grabbe, & Gralow, 2002). Geht man davon aus, dass das Schmerzempfinden mit verschiedenen Erlebnisschichten einer Person zusammenhängt, so wird deutlich, wie sich die Qualität des Schmerzes durch kreatives Gestalten verändern kann. Dies fördert die Suche nach Selbstausdruck, sie ist auf Bewegung und Umgestaltung ausgerichtet (Hannich, 1992, Müller-Busch, 1997). Der Aspekt der Aktivierung wird hier fokussiert im Sinne der bewussten autonomen Gestaltung und nicht im Sinne von Flucht in Aktivität, ein ansonsten häufiger Mechanismus, der zur Verdrängung schmerzhafter Anteile eingesetzt wird. „Verbesserte Genussfähigkeit“ sowie erhöhte „Intuition und Phantasie“ (Schwerdt, Wirtz, Grabbe, & Gralow, 2002) deuten darauf hin, dass die durch den chronischen Schmerz eingeengte Wahrnehmung durch neue Sinnes- und Körpererfahrungen beim kreativen Gestalten erweitert wird.

Diese Erfahrungen stehen im Gegensatz zum mechanistischen Ursache-Wirkungs-Prinzip, an dem viele Schmerzpatienten mit Somatisierungsstörung auf der Suche nach einer

organischen Ursache festhalten, und können die Polarisierung des körperlichen und psychischen Erlebens auflockern (Klapp, Belz, & Müller, 1992). Die kreativtherapeutische Arbeit mit Bildern, Imagination und Phantasie ist somit als Unterstützung der psychotherapeutischen Arbeit geeignet, der einseitig ausgerichteten Schmerzfixierung, dem Kausaldenken, der Abwehr von Emotionalität, der Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegenzuwirken, die den Chronifizierungsprozess von Schmerzen mitbedingen.

Dies in Münster maßgeblich mit initiiert zu haben, ist der bleibende Verdienst von Hans-Joachim Hannich.

Ich wünsche Hajo weiterhin viele Jahre kreativen Schaffens.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2000). Leitlinie Somatoforme Störungen 6: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Quelle: www.awmf-leitlinie.de
- Baukus, P. & Thies, J. (1993). Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie. Stuttgart: G. Fischer.
- Egle, U. T., Derra, C., Nix, W. A. & Schwab, R. (1999). Spezielle Schmerztherapie: Leitfaden für Weiterbildung und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U. T., Heucher, K., Hoffmann, S. O. & Porsch, U. (1993). Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie mit psychogenen Schmerzpatienten. In U. T. Egle & S. O. Hoffmann (Hrsg.), *Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht* (S. 380-394). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U. T. & Nickel, R. (1998). Kindheitsbelastungsfaktoren bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 44 (1), 21-36.
- Flor, H., Fydrich, T. & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49 (2), 221-230.
- Gralow, I. (2000). Psychosoziale Risikofaktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 14 (2), 104-110.
- Gralow, I. (2002). Kopfschmerzen aus psychosomatischer Sicht. In Gralow, I., Husstedt, I.W. & Bothe, H.-W. et al. (Hrsg.), *Schmerztherapie interdisziplinär* (S.380-394). Stuttgart: Schattauer.
- Gralow, I., Hürter, A., Schwerdt, C., Hannich, H.-J., Meyer, B. & Voss, S. (1996). Konzept einer Schmerztagesklinik. *Psychotherapeut*, 41 (4), 242-249.
- Gralow, I., Schwerdt, C., Hannich, H. J., Meyer, B., Hürter, A. & Witte, C. (1995). Das klinische Bild des chronifizierten Schmerzpatienten: Analyse einer Schmerzambulanz am Beispiel des Kopfschmerzes. *Der Schmerz*, 9 (4), 198-205.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*, 322 (7301), 1511-1516.
- Hannich, H.-J. (1992). Schwerpunkt: Kunst in der Medizin. Versuch einer Standortbestimmung. *Mensch-Medizin-Gesellschaft*, 17, 259-265.
- Hannich, H.-J. (2002). Psychologische Schmerzdiagnostik. In Gralow, I., Husstedt, I.W., Bothe, H.-W. et al. (Hrsg.), *Schmerztherapie interdisziplinär* (S. 80-87). Stuttgart: Schattauer.
- Herlen-Pelzer, S. & Rechenberg, P. (1998). Malen mit Krebspatienten. Ein Beitrag zur Krankheitsbewältigung. Stuttgart: Fischer.

- Klapp, B., Belz, S. & Müller, A. (1992). Kunst- und Musiktherapie in der Klinik. *Medizin Mensch Gesellschaft*, 17 (4), 265-277.
- Limberg, R. (1998). Kunsttherapie bei frühen Störungen. Strukturbildung und Identitätsentwicklung mit den Mitteln der Kunst. Aachen: Shaker Verlag.
- Linton, S.J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25 (9), 1148-1156.
- Müller-Busch, H. C. (1997). Schmerz und Musik: Musiktherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Stuttgart: G. Fischer.
- Pfingsten, M. (2001). Multimodale Verfahren – auf die Mischung kommt es an! *Schmerz*, 15, 492-489.
- Pfingsten, M., Schöps, P., Wille, T., Terp, L. & Hildebrandt, J. (2000). Chronifizierungsausmaß von Schmerzerkrankungen: Quantifizierung und Graduierung anhand des Mainzer Stadienmodells. *Der Schmerz*, 14 (1), 10-17.
- Schmeer, G. (1992). Das ICH im Bild. Ein psychodynamischer Ansatz in der Kunsttherapie. München: Pfeiffer.
- Schwerdt, C., Wirtz, M., Grabbe, Y. & Gralow, I. (2002). Kunsttherapie in der Behandlung chronifizierter Schmerzpatienten. *Psychotherapeut*, 5, 301-309.
- Turk, D. C., Rudy, T. E. & Sorkin, B. A. (1993). Neglected topics in chronic pain treatment outcome studies: determination of success. *Pain*, 53 (1), 3-16.
- Verri, A. P., Proietti Cecchini, A., Galli, C., Granella, F., Sandrini, G. & Nappi, G. (1998). Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia*, 18 (Suppl 21), 45-49.
- Wurmthaler, C., Gerbershagen, H. U., Dietz, G., Korb, J., Nilges, P. & Schillig, S. (1996). Chronifizierung und psychologische Merkmale: Die Beziehung zwischen Chronifizierungsstadien bei Schmerz und psychophysischem Befinden, Behinderung und familiären Merkmalen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4 (2), 113-136.

„und so kreise ich um den gelobten Stern, doch es gibt keine Landefläche für mich.“

Die dunkle Seite der Größenphantasien: klinische Erfahrungen mit frühgestörten Patienten und grundlegende psychodynamische Konzepte zur Entstehung narzisstischer Störungen

Fridjof Gebhardt

Ausgehend von den klinischen Erfahrungen mit einem 26-jährigen Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (Rezidivierende Depression und Beziehungsstörung bei zugrundeliegender Identitätsstörung mit narzisstischer Abwehrformation) vermittelt der Text einen Eindruck in die reichhaltige und pathologische Phantasiewelt, die Größenphantasien, aber auch das negative Selbstbild des Patienten und „eine psychotisch anmutende Überzeugung von der eigenen Schlechtigkeit“. Auf der „dunklen Seite“ findet sich die Beziehungsunfähigkeit des Patienten, die ihn „in Einsamkeit um das geliebte Objekt kreisen lässt“.

Anschließend gibt der Autor einen Überblick über verschiedene Konzeptualisierungen der Ich-Entwicklung, die für das Verständnis der narzisstischen Störung hilfreich sind. Nach diesem Ausflug in die Entwicklungspsychologie betrachtet der Autor die Psychodynamik der narzisstischen Störung als eine „Störung der basalen Interaktionsmuster“ genauer, beschreibt die Klinik der narzisstischen Persönlichkeit und zeigt, wie das Grundverständnis von der Entstehung der narzisstischen Störung die therapeutische Haltung beeinflusst.

Mit der Überschrift meines Vortrags zitiere ich einen Patienten, der sich bei mir in Analyse befand und dem ich einen besonderen klinischen Einblick in die therapeutische Interaktion mit einer früh gestörten Persönlichkeit verdanke.

Erster Eindruck, Übertragungsbeziehung, die Phantasiewelt

... Die erlebte Beziehungsunfähigkeit drückt sich in einer Fortsetzungsgeschichte aus, die Herr K. in größeren Abständen bis zum Beginn der Therapie schrieb. In dieser Geschichte ist er ein Astronaut, der zu einer gefährlichen Mission aufbricht und dafür die Zimmerpflanze, der er sich „*helfend verbunden*“ fühlt, zurücklässt. Er soll den „*verlockenden Stern*“

am Rande der bekannten Galaxie finden und erkunden. Nach vielen Abenteuern entdeckt er schließlich den Stern, fliegt auf diesen Stern zu und kann ihn auch *„wie durch ein Wunder“* erreichen. Doch es gibt für ihn auf diesem Stern keinen Landeplatz und so bleibt er auf der nächstgelegenen Umlaufbahn im Orbit, um sich *„bis ans Ende der Tage“* seinen Stern anzusehen.

In diesen kurzen Ausführungen sind die zwei prägenden Seiten der narzisstischen Persönlichkeit deutlich zu erkennen. Neben den Größenphantasien existiert ein negatives Selbstbild, eine psychotisch anmutende Überzeugung von der eigenen Schlechtigkeit. Es geht auch immer um ganz starke Beziehungen, um innigste Verbundenheit. Auf der „dunklen Seite“ finden wir die völlige Beziehungslosigkeit. So geht es in der Fortsetzungsgeschichte meines Patienten natürlich um eine ganz große Sache, es geht hinauf zu den Sternen – unter dem macht er es nicht – er ist der Weltenerkunder und sollte er das Unmögliche möglich machen und den „gelobten Stern“ finden, würde der Patient nicht nur sich selber retten, es wäre die Rettung für die gesamte Menschheit. Und der Abschied fällt schwer. Es gibt in der Geschichte verschiedene, unglaublich rührende Sequenzen des sich gegenseitig Erkennens und Verbundenfühls. Aber obwohl er noch nie Dagewesenes erreicht, scheitert seine Mission, denn er (ganz persönlich) findet keinen Landeplatz, seine Beziehungsunfähigkeit lässt ihn auf ewig in Einsamkeit um das geliebte Objekt kreisen.

Narzissmus, narzisstische Persönlichkeit

Es ist zunächst einmal festzustellen, dass es keine einheitliche Definition zum Begriff des Narzissmus gibt. Dadurch wird der Austausch, die Verständigung natürlich erheblich erschwert. Um nicht zusätzlich für Verwirrung zu sorgen, werde ich durchgängig die Formulierung „narzisstische Störung“ verwenden.

Die stark differierende Konzeptualisierung reicht bis in das grundsätzliche Verständnis der Psychodynamik einer narzisstischen Störung hinein. Bei dem Versuch, die Psychodynamik früher Störungen zu erfassen, kommt man nicht umhin entwicklungspsychologische Überlegungen anzustellen. Je nach Einstellung zur Existenz eines „primären“ bzw. „sekundären“ Narzissmus variiert die Auffassung von einer pathogenen Fixierung auf einem frühen psychosexuellen Entwicklungsstadium (Regression auf die ursprüngliche Libidobesetzung des Ich), der libidinösen Besetzung von Ich- oder Selbstrepräsentanzen zur affektiven Selbstwertregulation (siehe Entwicklungskonzept von Otto Kernberg) bis zur triebunabhängigen Selbstentwicklung (Entstehung des Ich und narzisstische Besetzung durch die Spiegelung des Objekts).

Ich werde versuchen mich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Ich meine jedoch, dass diese – vielleicht ausgesprochen trocken anmutenden – unterschiedlichen Konzeptualisierungen der Ich-Entwicklung durchaus von Bedeutung sind für das Verständnis der Entstehung narzisstischer Störungen. Ich meine weiter, dass es tatsächlich notwendig ist, sich einem (oder mehreren) der Konzepte verbunden zu fühlen, da sich daraus wiederum behandlungstechnische Konsequenzen ableiten. Und zwar nicht in dem Sinne, dass man die Patienten mit einer narzisstischen Störung so oder so behandeln muss, sondern, dass sich

aus dem eigenen Verständnis, der eigenen Grundauffassung ganz automatisch eine therapeutische Haltung und eine ganz persönliche Interaktion in der Übertragungsbeziehung herausbildet.

Alle Vertreter der Psychoanalyse, die die frühe Objektabhängigkeit anerkennen, diese aber nicht als spezifische Beziehungsform betrachten, halten an dem Konzept des objektlosen primären Narzissmus fest. Die Entstehung der narzisstischen Störung folgt somit a) dem klassischen Modell der Regression auf eine frühere Libidostufe, in dem Falle der ursprünglichen Libidobesetzung des Ich, b) das „Ich-Ideal“ wird funktional zum sublimierten Ersatz für den verlorengegangenen primären Narzissmus oder sie wird c) mit dem „narzisstischen Typus“ der Objektwahl (im Gegensatz zum „Anlehnungstypus“) erklärt.

Bereits 1935 hat Ferenczi demgegenüber die „primäre Liebe“ als Beziehung von Anfang an beschrieben. Dieses Konzept wurde in der Folge von Balint, Rosenfeld, Kernberg, Volkan u.a. vertieft und ausgearbeitet. Aktuell befindet sich bei der entwicklungspsychologischen Betrachtung der Ich-Entstehung die Bindungstheorie sehr im Fokus der psychoanalytischen Forschung. Diese Forschung geht ganz klar von einer Beziehung von Anfang an aus. Es wird angenommen, dass die frühen Beziehungen die Grundlage für den Erwerb und die Entwicklung bestimmter psychischer Funktionen bereitstellen. Viele Autoren nehmen an, dass psychische Funktionen über die Beziehung zu den Primärobjecten internalisiert werden. (Spitz bezieht sich im Besonderen auf die Rolle der Mutter-Kind-Interaktion für die Entwicklung der Selbstregulation (vgl. auch Greenacre, 1952; Spitz, 1959). Auch Bions Modell des Containment (1959, 1962) nimmt an, dass das Kind die von der Bezugsperson ausgeübte Funktion der Transformation internalisiert und dadurch die Fähigkeit erwirbt, eigene negative Affektzustände auszuhalten und zu regulieren. Winnicott (1951) unterstreicht die große Bedeutung des Übergangsraums zwischen Kind und Bezugsperson für die Entwicklung der Symbolfunktion. Winnicott entdeckte die Bedeutung, die das psychologische Verstehen des Kindes durch eine Bezugsperson für die Entfaltung des „wahren Selbst“ hat, und trug dem dialektischen Aspekt dieser Beziehung Rechnung: Das psychische Selbst entwickelt sich, indem eine Person sich in der Vorstellung einer anderen als denkend und fühlend wahrnimmt (1962). Damit hat er die Vorarbeit für das aktuelle Verständnis der Mentalisierung geschaffen. Es wird angenommen, dass die selbstorganisierende Qualität des Mentalisierens (die Vorstellungs- und Denkfähigkeit) große Bedeutung für die Stabilität des Selbst hat. Die Entstehung des Mentalisierens hängt von der Primärobjectbeziehung des Kindes ab, vor allem von der Spiegelbeziehung zur Bezugsperson. Die wiederkehrenden Reaktionen auf seine Affektäußerungen bündeln und formen die inneren Erfahrungen des Kindes, so dass diese in dem Maße bedeutungsvoller und handhabbarer werden, in dem die primären Repräsentanzen seiner Erfahrung in die sekundäre Repräsentanz seiner seelischen und körperlichen Verfassung umorganisiert werden (vgl. Fonagy u. Target, 1997). Diese Erfahrung ist der Ursprung, aus dem schließlich die Fähigkeit zur Mentalisierung wachsen kann, allerdings nur im Kontext einer kontinuierlichen, intimen Bindungsbeziehung. Wenn eine sichere Bindung den Erwerb von Regulationsmechanismen (einschließlich Gedächtnis) für unerträgliche Erregungszustände ermöglicht, so sind die dazu nötigen Informationen am wahrscheinlichsten konsistent zu erwerben und kohärent zu repräsentieren, wenn dem

Kind sein aktueller affektiver Zustand exakt, aber nicht überwältigend gespiegelt wird. Sichere Bindung hat also viel mit gelungenem Containment gemein. Besonders bedeutsam ist die Fähigkeit der Mutter, ihr Baby psychisch zu halten, indem sie auf eine Weise körperlich fürsorglich reagiert, die zeigt, dass sie den seelischen Zustand des Kindes wahrgenommen hat, und gleichzeitig widerspiegelt, dass sie die Situation bewältigt. Die Bezugsperson kann die psychische Realität des Kindes – z. B. Vernichtungsangst – anerkennen und gleichzeitig einen Rahmen herstellen, der die Verbindung des Erwachsenen zu einer erweiterten Realität vermittelt und die existentiellen Ängste des Kindes lindern hilft. Das Kind bringt die modulierte Reaktion der Mutter mit den eigenen Gefühlen in Zusammenhang und lernt langsam, wie das symbolische Spiel mit dem Affekt seine emotionalen und physiologischen Reaktionen binden kann. Man erkennt die Bedeutung des intersubjektiven Austausches, der die Entwicklung der Selbstwahrnehmung untermauert. Den Kern des reifen Selbst eines Kindes bildet der Andere im Moment der Reflexion.

Die auf diese Grundlagen aufbauende Entwicklung des normalen Selbst wurde durch Otto Kernberg besonders eindrücklich aufgezeigt. Das normale „Selbst“ umfasst integrierte Selbst-Repräsentanzen, die mit Objekt-Repräsentanzen verbunden sind. Gegenüber der Psychose (völlig undifferenzierte Selbst- und Objekt-Repräsentanzen) und Borderline-Fällen (fehlende Synthese von Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zum integrierten Selbst) ist bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung die libidinöse Selbst-Besetzung nur nicht normal integriert, sondern bildet eine pathologische Struktur: das grandiose Selbst (montiert aus Real-Selbst, Ideal-Selbst und Ideal-Objekt). Um dieses grandiose Selbst aufrechtzuhalten, werden entwertete, aggressiv besetzte Selbst- und Objekt-Repräsentanzen abgespalten, verdrängt und projiziert. Der krankhafte Narzissmus beruht auf pathologischer Ich-/Überich-Entwicklung und konflikthaft gestörten Triebderivaten. Bei normaler Entwicklung werden libidinös-aggressive Komponenten zu einem realistischen Selbst-Konzept mit „guten“ wie „bösen“ Selbst-Repräsentanzen integriert. Gerade diese Integration ist bei der narzisstischen Persönlichkeit gestört.

Nach diesem Ausflug in die Entwicklungspsychologie möchte ich nun wieder stärker auf die Psychodynamik der narzisstischen Störung, also auf die Störungen der basalen Interaktionsmuster eingehen.

Wenn eine sichere Bindung die Folge gelungenen Haltens ist, kann eine unsichere Bindung als Identifikation mit der Abwehr der Bezugsperson gesehen werden. Einer unsicher vermeidenden Bezugsperson wird es nicht gelingen, das Unbehagen des Kindes zu spiegeln, während eine unsicher verwickelte Bezugsperson den Zustand des Kindes in drastischer Klarheit darstellen wird. In beiden Fällen ist die Chance des Kindes, eine Repräsentation seines inneren Zustandes zu internalisieren, vertan. In diesen Fällen wird die Nähe zur Bezugsperson auf Kosten einer Einschränkung der reflexiven Funktion aufrechterhalten. Wenn das Kind keine erkennbare Version seines inneren Zustandes in der Vorstellung der anderen Person finden kann, wird es keine Repräsentation dieser Zustände erwerben. Das Kind, das keine erkennbaren, modifizierten Bilder seiner affektiven Zustände aufgenommen hat, wird später Schwierigkeiten haben, Wirklichkeit von Phantasie und körperliche von psychischer Realität zu unterscheiden. Es wird also eher auf einen manipulativen als auf einen kommunikativen Gebrauch von Affekten festgelegt sein.

Eltern, die nicht im Als-ob-Modus mit ihren Kindern umgehen können, missbrauchen oder vernachlässigen ihre Kinder nicht notwendigerweise oder sind geisteskrank. Die Bezugsperson war möglicherweise unfähig, sich selbst dem Kind ausreichend zu offenbaren, und hat auf diese Weise verhindert, dass es sich in ihrer Vorstellung entdecken konnte. Andere Bezugspersonen zeigen vielleicht mentale Repräsentationen wie Hass, Sadismus, Abscheu, die das Kind mit Ablehnung verbindet, selbst wenn sie nicht in Handlung umgesetzt werden. Darüber hinaus ist es für das Kind genauso beunruhigend, die Eltern als ängstlich oder als beängstigend zu erleben. Da es in diesem frühen Stadium das Objekt als Teil des Selbst betrachtet, neigt es dazu, seinen eigenen Seelenzustand als gefährlich oder katastrophisch anzusehen, weil dieser an das ängstigende Verhalten der Elternperson gebunden ist.

Tatsächliche Misshandlungen des Kindes haben zusätzliche Bedeutung für die Entwicklung des Kernselbst. Das misshandelte Kind kann sich nicht den Luxus leisten, die Ausdrucksweise seiner Bezugsperson in der Weise des Als-ob, d. h. ohne Konsequenzen, zu verstehen, da die Gefühle der Eltern oft schreckliche Auswirkungen nach sich ziehen. Konfrontiert mit der böswilligen Intention der Bezugsperson, kann das Kind sich nur schützen, indem es alle Vorstellungen über Gefühle und Gedanken in Anderen und in sich selbst aus seinem Bewusstsein verbannt. Das misshandelte Kind wird so lernen, Gedanken zu fürchten und Wissen über seinen inneren Zustand zurückzuweisen. Das sollte nicht als bloßes Defizit verstanden werden, sondern auch als eine Anpassungsleistung. Traumatisierte Kinder können aber auch eine Hypersensibilität für seelische Zustände entwickeln, indem sie immer sofort wissen müssen, was Menschen in ihrer Umgebung fühlen und denken, um so weiterer Traumatisierung zuvorzukommen. Eine solche Sachkenntnis der psychischen Welt des Anderen entwickelt sich oft auf Kosten der Kenntnis des eigenen inneren Zustandes.

Desorganisierte Kinder gehören offenbar zu einer gesonderten Kategorie. Überwach für das Verhalten der Bezugsperson, scheinen sie besonders sensibel für deren inneren Zustand zu sein, dennoch gelingt es ihnen nicht, die Verbindung zu ihrer eigenen Verfassung herzustellen (Selbstorganisation), die ungeordnet und inkohärent bleibt (autistoide Entwicklung).

Klinik

Die um ein pathologisches Größen-Selbst zentrierte narzisstische Persönlichkeit zeichnet sich bei oberflächlich sozialem Funktionieren durch extreme Selbstbezogenheit, übermäßiges Bedürfnis nach Bewundertwerden und gleichzeitig vorhandene Minderwertigkeitsgefühle aus. Hinzu kommen emotionale Flachheit, mangelnde Empathie, Neid, Misstrauen, Entwertung und parasitäre Ausbeutung anderer. Ich denke aber, dass aus dem Dargestellten deutlich wird, dass die sogenannte „narzisstische Störung“ eigentlich eine Diagnose ist, die eine höchst heterogene Patientengruppe mit unterschiedlichem strukturellem Defizit umfasst. So werden wir strukturell eher reifere Patienten finden, die durchaus symbolisierungsfähig sind. Gleichzeitig sind die Übergänge zur Borderlinestörung, mit dem

typischen manipulativen Gebrauch der Affekte, fließend. Abhängig vom Ausmaß der Störung der Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit kann sich klinisch ein sehr unterschiedliches Bild ergeben. Der klinisch vielleicht wichtigste Indikator für die inadäquate Integration erlebter psychischer Realität ist die Qualität der Rigidität, die die innere Repräsentanzenwelt, das Selbsterleben und die Beziehungen zu Anderen bestimmt. Diese Rigidität geht weit über gewohnheitsmäßige Abwehrmuster hinaus und bildet das Haupthindernis auf dem Weg zu therapeutischer Veränderung. Diese Patienten organisieren die therapeutische Beziehung – wie andere auch – so, dass ihre unbewussten Erwartungen sich bestätigen. Jedoch gilt für Patienten mit einer gestörten Fähigkeit zur Mentalisierung, dass diese Erwartungen mit der vollen Wucht der Realität erlebt werden und kein Gefühl für alternative Perspektiven existiert. Ausschlaggebend hierfür ist nach dem eben aufgezeigten entwicklungspsychologischen Verständnis der Grad der gestörten Spiegelung in der Mutter-Kind-Interaktion, oder anders formuliert das Ausmaß der Deprivationstraumatisierung.

In einem solchen, auf die frühe Beziehung fokussierten Verständnis ist der klinisch beobachtbare Narzissmus immer sekundär, d.h. ein Schutz vor dem versagenden Objekt. Der angestrebte Idealzustand ist die affektbezogene Qualität des ruhigen „Wohlbefindens“ (und eben nicht triebbezogen).

Therapie

Ich habe eingangs behauptet, dass das jeweilige Grundverständnis von der Entstehung der narzisstischen Störung die therapeutische Haltung beeinflusst.

Da nach Auffassung der Objektbeziehungstheorie die narzisstische Persönlichkeit ein hochidealisiertes Selbstbild durch omnipotente Verleugnung und Entwertung bewahren muss und jede Abhängigkeit von einem sowohl geliebten wie auch gleichzeitig gehassten Objekt vermeiden muss, geht es in der Therapie um die konsequente Deutung der basalen Aggression und der negativen Übertragung, um so echte Abhängigkeit zu erfahren. Ziel ist es die „depressive Position“ zu erreichen und ödipale Konflikte zu ermöglichen.

In dem Ansatz von Otto Kernberg steht die „systematische Analyse“ der Übertragung, insbesondere der negativen Übertragung im Focus der Therapie. Die omnipotente Kontrolle und die Entwertung des Therapeuten stehen im Mittelpunkt. Die per Verdrängung, Projektion und Spaltung abgewehrten aggressiv besetzten Selbst- und Objektanteile sollen erlebbar und reintegriert werden, eine Annäherung an ein realistisches Selbstkonzept mit „guten“ wie „bösen“ Selbstanteilen erreicht werden.

Kohut lehnt ein wertendes, von außen, vom Objekt her aufgebautes Modell ab. Seine Betrachtung erfolgt von innen, aus Sicht des Selbst. Er stellt die Bedürfnisse des Selbst, das traumatische Versagen der archaischen „Selbst Objekte“, das zu einem Entwicklungsdefizit im rudimentären Selbst geführt hat, in den Mittelpunkt. Entsprechend meint er, dass nur wenn arretierte Bedürfnisse nach adäquatem Gespiegeltwerden bzw. Idealisieren nicht omnipotent befriedigt, sondern aufgenommen und unter „optimaler“ Frustration durch den in seiner Empathie unvermeidlich versagenden Therapeuten deutend durchgearbeitet