

Einleitung: Was ist Beziehung?

Die Frage ist nicht rhetorisch gestellt, sondern durchaus ernst gemeint und legitim bei einem Wort, das in der Alltagssprache weit verbreitet ist und als Begriff einen *Schlüsselbegriff* im Selbstverständnis gegenwärtiger psychodynamisch¹ orientierter psychosozialer Medizin darstellt, die sich ja auch als *Beziehungsmedizin* (Weiner 1989; Kraus und Csef 1995) versteht. *Beziehung* wird dabei zumeist in einer Weise verwendet, als verstünde sich von selbst, was damit gemeint sei, und als handle es sich um einen Begriff, der keiner weiteren Explikation bedarf. Sucht man dann nach einer Definition dessen, wovon, womit und wofür psychosoziale Medizin – als Beziehungsmedizin – eigentlich die Medizin sein soll, wird man zunächst einmal enttäuscht: *Beziehung* ist kein Begriff im Hauptregister der Gesammelten Werke Freuds – obwohl Freud den Begriff verwendete² – und weder als eigener Begriff im »Vokabular der Psychoanalyse« von Laplanche und Pontalis (1992), noch als Grundbegriff im »Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe« von Mertens und Waldvogel (2007) aufgeführt – Beziehung verteilt sich hier auf andere Begriffe wie Bindung, Interaktion, Objektbeziehung, Übertragung und Gegenübertragung, wird aber nicht als eigener Begriff geführt.

Die enorme Bedeutung der *Beziehung* für die Psychotherapie und psychosoziale Medizin unterstreichen nachdrücklich die klassischen Lehrbücher von Hoffmann und Hochapfel (2009), Ermann (2004), Schüssler (2011), Reimer und Rüger (2006), Wöller und Kruse (2010) und Thomä und Kächele (2006), doch was unter *Beziehung* genau zu verstehen und wie sie zu definieren sei, bestimmen sie nicht. Auch im Manual der OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2006) werden von den drei psychodynamischen Achsen *Beziehung*, *Konflikt* und *Struktur* – die alle drei beziehungsbezogen sind – nur die Bedeutungen von Konflikt und Struktur, nicht aber die von Beziehung definiert. Beziehung wird zwar im Zusammenhang mit Übertragung und Gegenübertragung, Beziehungsmuster, Beziehungsverhalten, Bezie-

-
- 1 Beziehung findet aber auch in der Verhaltenstherapie zunehmend mehr Beachtung, z.B. im Konzept der »komplementären Beziehungsgestaltung« (vgl. Znoj 2005). Zur systemischen Therapie s. Willi (2005).
 - 2 Z.B.: »Für die Psychoanalyse ist die Beziehung zu einem Objekt das Wesentliche« (Freud 1905d, S.82). »Was sind Übertragungen? [...] Eine ganze Reihe früherer psychischer Erlebnisse wird nicht als vergangen, sondern als aktuelle Beziehung zur Person des Arztes wieder lebendig [...]« (Freud 1905e, S.280).

hungswünschen und -ängsten vielfach umschrieben, doch nicht eigentlich definiert.³

Thomä und Kächele sprechen von einer »zerstrittene[n] Begriffs-Familie« (Thomä und Kächele 2006, S.74) um den Terminus *Beziehung* herum und beschreiben historisch und klinisch sehr genau die Spannungen zwischen den einzelnen Mitgliedern dieser Familie, die da heißen: »*reale Beziehung, therapeutische Allianz, Arbeitsbündnis* und *Übertragung*« (ebd.), ziehen es dann aber vor, mit bewusstem Bezug auf einen zentralen Begriff M. Bubers »die Einzigartigkeit des Verhältnisses« von Patient und Therapeut als »besondere Form einer *Begegnung* zu bezeichnen« (ebd., S.93).

Definitionen⁴ finden sich in dem ursprünglich von Uexküll herausgegebenen monumentalen Werk *Psychosomatische Medizin* (2011) und Küchenhoffs und Mahrer Klemperers Monographie über *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag* (2009), doch sind diese Definitionen in beiden Werken sehr allgemein gehalten und gehen dabei auf die (anthropologische) Besonderheit der *zwischenmenschlichen* Beziehung gerade nicht ein. V. Uexküll und Wesiack definierten Beziehung in einem umfassenden Sinn zeichentheoretisch: Beziehung erscheint hier »als Begriff für den fundamental wichtigen Sachverhalt, dass sich Leben zwar auf jeder Integrationsebene in verschiedenartiger Erscheinung, im Prinzip aber in der gleichen systemischen Weise darstellt« (Uexküll und Wesiack 2011, S.36). Beziehungen bestehen in dieser Perspektive »aus Zeichen bzw. Nachrichtenverbindungen« zwischen Molekülen, Zellen, Organen, Personen und Ökosystemen und »lassen sich als Fäden von Nachrichtennetzen beschreiben, die lebende Systeme mit anderen Systemen und mit ihrer Umgebung verknüpfen. [...] Beziehun-

3 Aber auch z.B. die *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*, herausgegeben von Jürgen Mittelstraß (2005), das mit über 4000 Stichwörtern umfangreichste allgemeine Nachschlagewerk zur Philosophie und Wissenschaftstheorie im deutschsprachigen Raum, enthält keinen Artikel zu *Beziehung*. Und in J. Ritters *Historischem Wörterbuch der Philosophie* wird Beziehung nur als Begriff der Logik aufgeführt.

4 Weitere relativ formal gehaltene Definitionen finden sich bei Nitzschke (2008), Streeck (2006) und Norcross und Lambert (2011): »Von einer Beziehung reden wir immer dann, wenn wir annehmen, das Fühlen, Denken, Sprechen und Handeln eines Menschen sei auf das Fühlen, Denken, Sprechen und Handeln eines anderen Menschen bezogen [...]« (Nitzschke 2008, S.267). »In der Psychotherapie spielt das Verhältnis, das sich zwischen einem Patienten und seinem Therapeuten entwickelt, gleich in mehrfacher Hinsicht eine Rolle: Es ist *Rahmen* des therapeutischen Geschehens, es ist ein *Medium* von Kommunikation, und es ist selbst therapeutisches *Mittel*« (Streeck 2006, S.33). »The relationship is the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another, and the manner in which these are expressed. [...] the therapy relationship is like a diamond, a diamond composed of multiple, interconnected facets. The diamond is a complex, reciprocal, and multidimensional entity« (Norcross und Lambert 2011, S.6).

gen sind Bedeutungsbeziehungen« (ebd.). Dabei zeige sich, »dass Beziehung dem Begriff Integration entspricht« (ebd.). Küchenhoff und Mahrer Klemperer (2009) beschreiben Beziehung ähnlich global als »Grundeigentümlichkeit von Lebensprozessen« und »nicht [...] an den Kontakt zwischen Menschen gebunden [...]«. Eine recht allgemeine Definition von Beziehung kennzeichnet sie als Austausch zwischen einem natürlichen Gegenstand und seiner Umwelt oder seinen Umwelten« (Küchenhoff und Mahrer Klemperer 2009, S.2 f.). Rudolf und Henningsen nähern sich der Beziehung als einem »vielschichtigen Geschehen« (Rudolf und Henningsen 2013, S.319) über die verschiedenen Beziehungsebenen (Patienten- und Helferrolle, Grundhaltung, Beziehungsangebote, Übertragung und Gegenübertragung, Aushandlungsprozesse, Motivation). Steimer-Krause und Krause bezeichnen die Frage, was denn eine Beziehung sei, als »keineswegs trivial« (Steimer-Krause und Krause 1993, S.74) und weisen auf die Schwierigkeit, Beziehung ähnlich präzise zu beschreiben wie den Affekt.⁵ Krause definiert Kriterien einer guten Alltagsbeziehung.⁶ Von dieser unterscheidet sich eine gute therapeutische Beziehung vor allem durch eine andere »unbewusste emotionale interaktive Antwort des Therapeuten auf die Beziehungsangebote der Patienten« (Krause 1997, S.99).

Beziehung im Sinne von *zwischenmenschlicher* und *therapeutischer Beziehung*, so ein erster Befund, ist im wissenschaftlichen Sprachgebrauch der psychodynamisch orientierten psychosozialen Medizin *zugleich* von zentraler Bedeutung *und* oftmals überraschend unbestimmt und ungenau; eine nähere Beschreibung und Bestimmung des Beziehungsbegriffs mithin ein Desiderat der gegenwärtigen Psychotherapieforschung. Es geht in diesem Buch nicht darum, eine solche Bestimmung theoretisch schon ausformulieren zu wollen, sondern eher darum, die Fragestellung praxisnah genauer zu klären und eine mögliche Bestimmungs*richtung* zu diskutieren. Dafür habe ich den Text grob in zwei Teile gegliedert: einen klinisch-historischen und -empirischen (►Kap. 1–3) und einen anthropologisch-systematischen (►Kap. 4). Dabei soll es um eine Diskussion der folgenden drei Hypothesen gehen:

-
- 5 Sie beschreiben Beziehung dann als »eine Verallgemeinerung, die aus immer wiederkehrenden, spezifischen und zeitlich stabilen Interaktionsmustern erschlossen wird« (Steimer-Krause und Krause 1993, S.74).
 - 6 »Erstens ist die Freuderegulierung von Einfluss auf die Sedierung des negativen Affektes. Zweitens ist der negative Affekt im allgemeinen an die Objektwelt gebunden und damit ein Zeichen der gemeinsamen oder verschiedenen Sichtweise der Objekte, [...] aber nicht der Selbststruktur oder der Beziehung. Drittens: Kongruenz im Sinne der Echtheit als Übereinstimmung von Ausdruck und Erleben [...] bleibt eher ernsten Situationen vorbehalten. Viertens: die verschiedenen Formen von Projektion, Verleugnung, Introjektion [...] sind im allgemeinen für eine gute Beziehung wenig günstig, weil sie die Wahrnehmung der Intentionalität des Partners sehr erschwer[en].« (Krause 1997, S.78).

1. Der gegenwärtige psychodynamische Diskurs ist Resultat einer »intersubjektiven Wende« (Altmeyer und Thomä). Beziehung erhält dadurch in diesem Diskurs eine basale anthropologische Bedeutung, die den Menschen als ein Wesen erscheinen lässt, das nur in und mit Beziehungen leben und gut leben kann: D. h. der Mensch erscheint in diesem Diskurs anthropologisch als eine Art *animal relationale*.
2. *Animal relationale* heißt dabei m. E. aber nicht nur, dass Menschen sich nur durch ihre unhintergehbare Bezogenheit verstehen lassen, sondern dass auch umgekehrt in dieser Bezogenheit, d.h. im Begriff der Beziehung, das spezifisch Menschliche sich abbilden lassen können muss: Die *intersubjektive Wende* bedarf für ihre Realisierung der Ergänzung durch eine *anthropologische Wende*. Hierfür ist aus meiner Sicht die Abstimmung mit anderen basalen anthropologischen Phänomenen (Grundphänomenen) erforderlich. Im vorliegenden Text soll es dabei um eine Abstimmung mit dem anthropologischen Phänomen der Normativität (Moralität) gehen. Dafür ist eine Berücksichtigung anthropologischer und philosophischer Positionen notwendig⁷.
3. Beziehung erscheint vor diesem Hintergrund charakterisiert durch eine bestimmte Qualität, die eine bestimmte Wertung enthält, d.h. Beziehung ist nie neutral oder indifferent, sondern immer schon ein wertorientiertes und wertevermittelndes, mithin genuin ethisches Geschehen.

⁷ Philosophie dabei verstanden als aus dem Staunen geborene *spezifische Form begründungsbezogener Reflexivität* in der Auseinandersetzung mit *Alltagsfragen*.

1 Zur klinisch-historischen Entwicklung

Aus heutiger Perspektive ist es oft üblich, in der Entwicklung der psychodynamischen psychosozialen Medizin zu einer Beziehungsmedizin drei Paradigmen (vgl. Ermann 2010, S. 17) zu unterscheiden:

1. Die (sog.) Ein-Personen-Psychologie Freuds – betreffend den Zeitraum von Freud bis ca. 1950
2. Die Wende von der Ein- zur Zwei-Personen-Psychologie – in etwa im Zeitraum von 1950 bis 1970
3. Die »intersubjektive Wende« ab ca. 1970

1.1 Freud

Dem Wissenschaftsverständnis des ausgehenden 19. Jahrhunderts folgend, sah Freud die Psychoanalyse als wertfreie Wissenschaft – als eine »Naturwissenschaft wie jede andere« (Freud 1940a, S. 80) und als »Forschungsmethode ein parteiloses Instrument wie etwa die Infinitesimalrechnung« (Freud 1927c, S. 360). Freud beschrieb die Seele unter dem Paradigma einer positivistischen Naturwissenschaft als einen vielschichtigen »psychischen Apparat« mit objektivierbaren Inhalten – und den Therapeuten als außenstehenden Beobachter und Behandler, der die Tribschicksale seines Patienten deutend aufklären sollte. Freud folgte darin erkenntnistheoretisch dem neuzeitlichen Subjekt-Objekt-Modell, in dem der eine den anderen mithilfe eines objektiven Verfahrens behandelt, um eine Störung zu beseitigen. Das analytische Setting wurde hierarchisch konzipiert, und es wurde dem Therapeuten die alleinige Deutungskompetenz zugesprochen. Um die Objektivität des analytischen Verfahrens zu garantieren, stellte Freud bestimmte behandlungstechnische Regeln auf und formulierte als deren Normen: *Anonymität*, *Abstinenz* und *Neutralität*.

1.1.1 Anonymität

Freud verwandte unterschiedliche Metaphern zur Veranschaulichung seines theoretischen Therapieverständnisses. Die Anonymitätsregel war eng mit der des Spiegels⁸ verbunden: Freud gab 1912 den Ratschlag, der Analytiker solle »undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte

8 Zum ideengeschichtlichen Kontext s. Boetticher 1999, S. 141 ff.

nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird« (Freud 1912e, S. 384). Freud wandte sich damit gegen die Auffassung, dass der Patient seine Widerstände schneller überwinden könne, wenn der Analytiker ihm »Einblick in die eigenen seelischen Defekte und Konflikte gestattet« (ebd.). Die eigentliche Arbeit am Unbewussten und die Überwindung tieferer Widerstände sowie »die Lösung der Übertragung, eine der Hauptaufgaben der Kur« (ebd.), werde hierdurch erheblich erschwert.

1.1.2 Abstinenz

Freuds Abstinenzregel hatte unterschiedliche Ziele: Einmal ging es darum, zu verhindern, dass sich der Patient durch in der Übertragungsbeziehung erfahrene Surrogate beruhigen ließ und die Motivation zur Veränderung durch vorschnelle Ersatzbefriedigung geschwächt wird. Durch die Enthaltensamkeit innerhalb der therapeutischen Beziehung sollten durch vorübergehende Zunahme von Frustration zugleich das Verständnis der Übertragungsneurose unterstützt und schließlich die Integration verdrängter Impulse und Affekte und der Handlungsspielraum des Patienten erweitert werden.⁹ Die Abstinenzregel diene aber nicht nur dem Schutz des Patienten, sondern auch dem des Therapeuten. Durch die Forderung an die Patienten, Beziehungswünsche verbal und nicht handelnd zu äußern, sollten Analytiker geschützt werden, wenn sie in Gefahr kamen, Übertragungswünsche als Beziehungsangebote misszuverstehen und sich auf sie einzulassen (Körner 2008). Die Forderung galt aber auch direkt dem Analytiker: »Auch er sollte die Verantwortung dafür übernehmen, dass der Patient spricht, aber nicht handelt« (ebd., S. 2).

1.1.3 Neutralität

Das Konzept der *Neutralität* wurde im Zuge von Freuds Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Gegenübertragung ab etwa 1914 zu einer der Grundregeln der Psychoanalyse, die beinhalten sollte, sich religiöser, moralischer oder sozialer Wertungen zu enthalten (Langenbach et al. 1999) und einen von

9 »Vor allem aber entsteht durch die Abstinenz ein geschützter Raum, in dem regressive Wünsche sich angstfreier entfalten können, weil sicher ist, dass alle Impulse, Phantasien und Wünsche erlaubt und möglich sind, gerade weil einer darüber wacht, dass sie nicht in Handlungen einmünden. Hierdurch wird die Integration verdrängter Wünsche und Impulse in das Selbst ermöglicht. Wenn sie nicht mehr verdrängt werden müssen, können sie bearbeitet und sozialisiert werden. Damit verlieren sie ihren archaischen, in hohem Grade ängstigenden und bedrohlichen Charakter. Die Ichstärke nimmt zu. Das Ich kann mit Es- und Über-Ich-Impulsen besser umgehen. Der Handlungsspielraum des Analysanden wird hierdurch vergrößert.« (Kreische 1998, S. 386)

Es, Ich und Über-Ich gleich distanzierter Standpunkt einzunehmen (Freud 1936). Der Analytiker soll seine Gegenübertragung reflektieren und kontrollieren, um seine eigenen Überzeugungen und Wertvorstellungen dem Patienten nicht überzustülpen. Neutralität bedeutet aber auch, nicht den Konflikt für den Patienten lösen zu wollen: »Finden Sie nicht auch, ich sollte mich von meinem Partner trennen?«, ist eine in Therapien relativ häufig auftretende Frage. »Ja. So, wie sie sich ständig von ihm übersehen und gekränkt fühlen, ist es wahrscheinlich sinnvoll, Sie würden sich bald trennen und sich eine Partnerschaft suchen, in der es Ihnen besser geht«, könnte eine gut gemeinte, schnell Partei ergreifende Antwort lauten. »Ich verstehe Ihren Wunsch, Ihnen ein Stück weit Ihre Entscheidung abzunehmen, aber wenn ich jetzt diesem Wunsch nachkommen würde, verstünden wir unter Umständen nicht, aufgrund welcher unterschiedlichen Gefühle Sie innerlich so unentschieden sind«, könnte eine Neutralität beinhaltende Antwort sein.

Neutralität ist ein irreführender Begriff, denn er *impliziert* auch bei Freud (der von *Indifferenz* sprach) *keine Wertneutralität*. Die Neutralitäts-Regel hatte bei Freud nicht nur eine erkenntnistheoretische Bedeutung zur Legitimierung der Wissenschaftlichkeit seines Verfahrens, sondern auch eine moraltheoretische zum Schutz der Autonomie und Würde des sich in Abhängigkeit gebenden Patienten vor Indoktrination und Manipulation:

»Wir haben es entschieden abgelehnt, den Patienten, der sich Hilfe suchend in unsere Hand begibt, zu unserem Leibgut zu machen, sein Schicksal für ihn zu formen, ihm unsere Ideale aufzudrängen und ihn im Hochmut des Schöpfers zu unserem Ebenbild, an dem wir Wohlgefallen haben sollen, zu gestalten. [...] der Kranke soll nicht zur Ähnlichkeit mit uns, sondern zur Befreiung und Vollendung seines eigenen Wesens erzogen werden.« (Freud 1919a, S. 190)

Das Neutralitäts-Postulat ist hier schon ethisch intendiert und situiert. Es soll m. E. gerade keine ethisch neutrale, sondern eine um die Autonomie und Würde des Gegenübers besorgte, *zugleich technische und moralische* Haltung begründen und stellt insofern schon bei Freud einen *performativen Widerspruch* dar.

1.1.4 Ein-Personen-Psychologie?

Der Ausdruck *Ein-Personen-Psychologie* (»one-body-psychology«) stammt von Balint (1968) und richtet sich kritisch gegen Freuds monadisch konzipierte Trieb- und Strukturtheorie,

- derzufolge sich die menschliche Psyche primär in einem Zustand der Isolation befindet und sich erst sekundär auf eine unabhängig von ihr gegebene und objektiv erkennbare äußere Realität bezieht, zu der dann auch die primären Bezugspersonen gehören; und
- derzufolge damit das Wesen psychischer Entwicklung und psychischer Erkrankung primär im Individuum liegt und das zentrale Problem der Konflikt seiner Triebe mit der sozialen Umwelt darstellt.

Ein-Personen-Psychologie heißt also, dass Beziehungen eine sekundäre Funktion in der eigentlichen Entwicklung der Triebe zugesprochen wird und die Beziehungsobjekte dadurch wichtig werden, dass sie als Objekte der Triebbe-setzungen in Erscheinung treten.

Der Terminus *Ein-Personen-Psychologie* trifft sicherlich auf viele Aspekte der Freudschen Metapsychologie zu, wird aber der Leistung Freuds, die moderne Psychotherapie als Beziehungsmedizin auf den Weg gebracht zu haben, m. E. dann doch nicht gerecht. Nicht nur standen in der analytischen Praxis immer die *Beziehungen* von Patienten zu ihren Eltern, Geschwistern, Partnern und Analytikern performativ im Zentrum (Tiedemann 2007), auch Freuds theoretisches Denken zeigt an mehreren Stellen eine klar intersubjektive Ausrichtung:

- In seinen Konzepten der *Übertragung und Gegenübertragung*, die eine ganz neuartige Perspektive auf das Verstehen von Beziehung, und nicht nur der therapeutischen, eröffneten (– und die die Anwesenheit eines symbolisierbar Dritten in einem aktuellen Beziehungsgeschehen beschreiben und damit implizit einem naturalistischen Verständnis widersprechen, das Beziehung zwischen Personen ähnlich beschreibt wie die zwischen Molekülen).
- In seiner ersten psychoanalytischen Theorie, der *Trauma-* oder *Verführungstheorie*, die insofern eine zentrale Bedeutung von Beziehung impliziert, als sie annahm, dass *allen* psychischen Störungen ein traumatisches Beziehungsgeschehen in Form eines realen sexuellen Traumas zugrunde liegt (Hirsch 2008).
- In seiner *Strukturtheorie*, die insofern intersubjektive Aspekte enthält, als Freud in ihr sowohl das Ich als auch das Über-Ich in ihrer Genese durch frühere Objektbeziehungen geprägt sieht.
- In seiner Konzeptualisierung des *Narzissmus*, in der Altmeyer (2000) zwei parallele Narzissmustheorien identifizierte: Neben einer objektabgewandten auch eine objektbezogene intersubjektive Konzeption, in der Narzissmus als Geliebtwerden definiert wird.
- In seiner *Suizidtheorie*, die Kind (1992) als »im Kern eine Objektbeziehungstheorie der Suizidalität« (S. 12) beschrieb (► Kap. 3.5).

Doch zeigte Freud nicht nur in der Theorie zumindest partiell eine intersubjektive Ausrichtung, auch in seiner Praxis war er selbst nicht durchgehend »Freudianer«: Bräutigam (1983) und Crermerius (1981) haben anhand der Untersuchung von Berichten einiger Patienten und Analysanden Freuds gezeigt, dass die als »klassisch« bezeichnete Technik Freuds nicht immer das war, was Freud selbst praktiziert hatte. Es gab mitunter deutliche Diskrepanzen zwischen dem, was Freud als *Behandlungsratschläge normativ* empfahl und der Art und Weise, wie er seine *Behandlungspraxis performativ* selbst gestaltete. Freud gelangte hier häufig zu wertenden Aussagen und Handlungen. Er zeigte sich als freundlich, auch als herzlich und äußerte neben Kritik auch Lob und Anerkennung; er gab mitunter Geschenke oder ließ dem hungrigen Rattenmann zu Beginn der Sitzung ein Frühstück servieren. Er erschien sehr aufmerksam, auch humorvoll, zeitweise aber auch

ungeduldig und manchmal auch wütend. Andrea Gysling (1995) fasste zusammen:

»Freud war in der täglichen Praxis ein herzlicher, spontaner, oft sogar impulsiver Mensch, der mit Meinungen nicht zurückhielt [...]. Das knochentrockene, blutleere Unperson-Ideal, das er gesetzt hatte, strafte er täglich Lügen.« (Gysling 1995, S.43)

Ungeachtet seiner Praxis ist die Vernachlässigung des Beziehungsaspekts in der Freudschen Theorie der *psychischen Entwicklung* und des *therapeutischen Settings* bereits von Ferenczi und der Ungarischen Schule sowie von Sullivan (►Kap. 3.2) ab den 1920er Jahren kritisiert worden.

1.2 Objektbeziehungstheorie

1.2.1 Grundzüge

In den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts setzte dann ein, was Balint den Wechsel von der Ein- zur Zwei-Personen-Psychologie (Balint 1968) nannte. Grundlage dieses Perspektivenwechsels war die von Melanie Klein und anderen entwickelte *Objektbeziehungstheorie*. Ging Freud – mit den o.g. Einschränkungen – primär von den Trieben aus, die sich erst sekundär auf die Objekte richten, fokussierte die Objektbeziehungstheorie entwicklungspsychologisch primär auf Beziehungserfahrungen, die sich als innere Objekte niederschlagen und das intrapsychische und interpersonelle Erleben prägen. Damit verschob sich der Fokus von dem innerseelischen auf das interpersonelle Geschehen und es gewannen für die Ätiologie psychischer Erkrankungen gerade die frühen Beziehungserfahrungen größere Bedeutung. Kleins Objektbeziehungstheorie war dabei allerdings noch eine »Es-Psychologie *par excellence*« (Mitchell 2005, S. 139), sowohl in ihrer Entwicklungspsychologie als auch Behandlungstheorie. Das mütterliche Gegenüber war weitgehend nur als Objekt triebgenerierter Projektionen und der Therapeut als Übertragungsziel und damit »ausschließlich als Deutender« (ebd., S. 140) konzipiert.

Bion brachte demgegenüber mit seinem Begriff des *Containings* eine »neue Metapher« (ebd., S. 152) und mit dieser ein erweitertes Beziehungsverständnis ins Spiel: In der frühen Mutter-Kind-Interaktion nimmt die Mutter in ihrer Container-Funktion zu bedrohliche und aversive Affekte, Impulse und Phantasien (sog. Beta-Elemente) in sich auf, metabolisiert sie für ihr Kind und gibt sie in modifizierter und für das Kind verwendbarer Weise als sog. Alpha-Elemente wieder zurück. Bion betonte dabei, dass dies ein gemeinsames Geschehen zwischen Mutter und Kind ist, bei der nicht eine bestimmte Eigenschaft des Gegenübers, sondern eine gemeinsame Interaktion verinnerlicht wird. Analog zu seiner entwicklungspsychologischen Theorie verstand Bion als die Aufgabe des Therapeuten, für den Patienten als gleichsam »entgiftendes« und

»verdauendes« Objekt zur Verfügung zu stehen und die für den Patienten unerträglichen Beta-Elemente stellvertretend zu metabolisieren und als entwicklungsfördernde Alpha-Elemente ihm zurückzugeben. Dabei ging Bion noch davon aus, dass der ideale mütterliche oder therapeutische Container leer sein und die eigene Subjektivität möglichst ausblenden sollte.

1.2.2 Therapeutische Implikationen

Mit einem insgesamt stärker beziehungsbezogenen Verständnis waren auch Änderungen in der Behandlungspraxis verbunden: Insbesondere Donald Winnicott und Michael Balint schrieben einer aktiveren Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten eine größere kurative Bedeutung zu. Winnicott betonte die Wichtigkeit, sich als Therapeut von den Patienten als ein Objekt verwenden zu lassen, mit dessen Hilfe sie sich selbst erfahren können. Winnicott führte im Begriff des *Holdings* seine behandlungspraktischen auf seine entwicklungspsychologischen Vorstellungen zurück: Wie die »ausreichend gute« Mutter ihrem Kind eine haltende und sichere Umgebung durch Versorgung und Spiegelung seiner inneren Zustände gibt, bedarf auch der Patient eines *Holdings* durch seinen Therapeuten¹⁰, um sich sicher genug fühlen zu können, eine Auseinandersetzung mit seinen belastenden biographischen Erfahrungen und Gefühlen auszuhalten. Ähnlich ging es Balint darum, das Erkennt- und Anerkanntwerden in der Regression durch eine therapeutische Haltung zu ermöglichen, »die den Patienten annimmt und bereit ist, ihn zu stützen und zu tragen wie die Erde oder das Wasser einen Menschen trägt, der sich mit seinem Gewicht ihnen anvertraut« (Balint 1968, S. 177).

Während es also bei Freud und auch noch Klein explizit vor allem um Aufdeckung und Deutung unbewusster Motive ging und sie hierin den entscheidenden Wirkfaktor sahen, fokussierten Bion, Winnicott und Balint stärker auf ein beziehungsbezogenes Aufgreifen der Übertragung und deren responsive Verarbeitung in der Gegenübertragung. Zu einer entscheidenden Neufassung des Konzepts der *Gegenübertragung* hatte Paula Heimann (1950) mit ihrem Aufsatz »On Counter-Transference« beigetragen, in dem sie die Gegenübertragung als eine Inszenierung, bzw. Schöpfung des Patienten (*the patient's creation*) im Inneren des Therapeuten beschrieb, der darüber an dem inneren Erleben des Patienten teilhat. Mit dieser Neufassung wurde die Gegenübertragung von einem Störfaktor, als den Freud sie noch weitgehend verstanden hatte, zu einem zentralen Mittel für das Verständnis des Unbewussten des Patienten.

10 »Der Analytiker hält den Patienten; dies nimmt oft die Form an, dass dem Patienten im richtigen Augenblick mit Worten etwas mitgeteilt wird, das zeigt, dass der Analytiker die tiefe Angst, die erlebt wird [...], kennt und versteht.« (Winnicott 1974, S. 317)