



Angehörige und andere Dritte in der Psychotherapie

Jürgen Grieser (Zürich)

Zusammenfassung: Zu jeder psychotherapeutischen Behandlung gehören Dritte, die mit ihren Anliegen und Zielvorstellungen auf die Therapie Einfluss nehmen wollen: Angehörige, andere Therapeuten und Fachpersonen aus dem psychosozialen Umfeld, Krankenkassen, Behörden. Um mit diesen Dritten in einer für die Behandlung förderlichen Art und Weise umgehen zu können, braucht es eine konzeptionelle Vorstellung, eine gemeinsame Landkarte, die eine Verständigung ermöglicht. Ausgehend von den verschiedenen Settings in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, in der es sich aufgrund der Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern immer schon um ein komplexes System mit verschiedenen Zielvorstellungen handelt, wird – auch für die Erwachsenentherapie – vorgeschlagen, die Entwicklungsaufgaben der Familie als inneres Referenzsystem des Therapeuten zu verwenden. Die Entwicklungsaufgaben der Familie können dann auch als gemeinsames Drittes im Sinne eines kleinsten gemeinsamen Nenners in der Kommunikation mit den realen Dritten dienen.

Schlüsselwörter: Angehörige in der Psychotherapie, Elternarbeit, Familienentwicklung, Setting, Triangulierung, Therapieziele und Zielkonflikte,

1 Zwei Unterschiede zwischen Erwachsenen- und Kinderpsychotherapie

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich von der mit Erwachsenen in zweierlei Hinsicht: Erstens sind Kinder und Jugendliche weder juristisch noch lebenspraktisch selbständig, sondern von ihren Bezugspersonen, in der Regel also den Eltern, abhängig. Deshalb ist es prinzipiell unmöglich, mit einem Kind oder Jugendlichen zu arbeiten, ohne die Inhaber des Sorgerechts und die Personen, die mit dem Kind zusammenleben, zu berücksichtigen.

Zweitens spielt der Gesichtspunkt der Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen eine viel zentralere Rolle als bei Erwachsenen. Im Kindes- und Jugendalter sind die körperlichen, kognitiven und emotionalen Charakteristika der verschiedenen Alterstufen so verschieden, dass die gleichen Symptome je nach Entwicklungsstufe völlig unterschiedlich zu bewerten sind und dass auch

sehr verschiedene Zugangsweisen zur Welt des Kindes zum Einsatz kommen müssen. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen steht der Entwicklungsgedanke so selbstverständlich im Vordergrund, dass z. B. Eggers (2004: 147) sagen kann: «Kinder- und jugendpsychiatrische Therapie heisst allgemein: Förderung von Entwicklungsprozessen beim Kind.» Zwar ist es auch in der Erwachsenentherapie nötig, die Situation des Patienten vor dem Hintergrund der in seinem Leben anstehenden Entwicklungsaufgaben zu reflektieren – z. B. daraufhin, ob es um den Einstieg ins Berufsleben geht, die Gründung einer Familie, die Ablösung eines Kindes oder den Rückzug aus dem Erwerbsleben. Doch grundsätzlich gehen wir immer davon aus, dass wir uns als Erwachsener mit einem anderen Erwachsenen verständigen können.

Aus dem ersten Unterschied ergibt sich, dass der Kinder- und Jugendlichentherapeut die Indikationsstellung, die Definition der Therapieziele und die Therapieplanung nicht in der Dyade mit dem Patienten allein durchführen kann, sondern dass er immer Drittpersonen mit einbeziehen muss. Der Therapeut ist mit dem Kind nur vorübergehend zu zweit, die realen Dritten bleiben immer irgendwie präsent. Gemessen an der oft über lange Strecken gegenüber dem Auftritt realer Dritter abgeschirmten therapeutischen Dyade in der Erwachsenentherapie handelt es sich deshalb beim Setting der Kinder- und Jugendlichentherapie grundsätzlich um eine komplexere Situation, in der sich von Beginn an die Frage stellt, wie mit den realen Dritten umgegangen werden soll. Diese Frage ist um so bedeutsamer, als die im Vergleich zu den Erwachsenentherapien höhere Abbruchquote bei Kindern und Jugendlichen zumindest teilweise auf die Probleme der Therapeuten mit den Eltern zurückzuführen sind (vgl. Diez Grieser 1996).

2 Zur entwicklungspsychologischen Bedeutung des Dritten

Ohne Dritte ist die menschliche Entwicklung nicht vorstellbar: Immer ermöglicht etwas Drittes, dass Dinge auseinandertreten, Differenzierungen geschehen, Wahrnehmungen und Symbolisierungen möglich werden. Die Verfügbarkeit von Dritten ermöglicht die Trennung von der Mutter und die Entwicklung der inneren Welt des Kindes. Prototypisch in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie war dies der ödipale Dritte, der die Wunscherfüllung in der sexuellen Dyade zwischen Kind und Elternteil verbietet, dann der Vater als der Dritte der frühen Triangulierung, der die Ablösung des Kindes von der Mutter ermöglicht. Die Sprache selber, in der wir uns reflektieren und kommunizieren, ist ein Drittes, das zwischen dem Subjekt und dem, was es symbolisieren möchte, eine Distanz schafft und damit das Denken ermöglicht. Die Fähigkeit, sich auf Dritte zu beziehen, die

Anwesenheit Dritter auszuhalten und auch selber triadische Situationen zu initiieren, ist Zeichen einer strukturellen Kompetenz, die bereits im Säuglingsalter ansatzweise zu beobachten ist und in allen Entwicklungsschritten eine entscheidende Rolle spielt. Dieser triadische Zugang zur Welt kann aber immer wieder zugunsten dyadischer Erlebnisweisen zurückgenommen werden oder durch symbiotisch-regressive Wünsche in Frage gestellt werden.

In der Therapie erlebt der Patient, wie sein Therapeut mit den aussertherapeutischen Dritten umgeht, und das hat für ihn etwas Beispiel- und Vorbildhaftes. Fürstenau sieht darin, dass der Therapeut den Bezug auf die aussertherapeutischen Dritten aufrechterhält und nicht der Regression in die Dyade mit dem Patienten nachgibt, den Ausdruck einer «erwachsenen post-ödipalen beruflichen Haltung» (1984: 132) des Therapeuten. Indem sich der Therapeut auf diese Weise dem Patienten als «reife Person enthüllt» (Loewald, nach Loch 1974: 442) kann dies zu einer Identifikation des Patienten mit diesem Umgang des Therapeuten mit Dritten einladen.

Eine ungenügend entwickelte Fähigkeit zu triangulieren geht typischerweise damit einher, dass Dritte entweder als potentielle Retter idealisiert oder als destruktive Eindringlinge dämonisiert werden. Dennoch entstehende Triaden können nicht lange aufrecht erhalten werden, sondern zerfallen rasch wieder in einzelne Dyaden. Erleben wir uns als Therapeuten übermässig dyadisch eingespannt und in unserer Fähigkeit zu triangulieren beeinträchtigt – was man z. B. daran merkt, dass man nicht mehr kreativ denken und handeln kann –, so kann es sich dabei um unsere zur strukturellen Problematik des Patienten passende Gegenübertragung handeln. Manchmal lässt sich auf seiten von Therapeuten aber auch eine habituelle Unlust beobachten, mit Dritten wie Angehörigen oder Lehrern zu telefonieren, dem Oberarzt zu rapportieren oder Krankenkassenberichte auszufüllen; dann ist die dyadische Abschliessung der Patient-Therapeuten-Dyade eher dem Therapeuten zuzuschreiben, der damit auch weniger gut als Vorbild dafür gelten kann, dass die «Auseinandersetzung mit interferierenden dritten Instanzen» zu den «zentralen Aufgaben reifen menschlichen Lebens» gehört (Fürstenau 1984: 143).

3 Die Hintergrundtheorie des Therapeuten

Ein Drittes, an dem wir uns sowohl in der Situation mit dem Patienten als auch in der Kommunikation mit aussenstehenden Dritten – Angehörigen, Fachkollegen – orientieren, sind unsere Hintergrundtheorien. Aus unserer Hintergrundtheorie leiten wir die Diagnose, die anzuwendende therapeutische Methode und daraus die Regeln ab, die den Rahmen der Behandlung darstellen:

Häufigkeit und Dauer der Konsultationen, ob der Patient sitzt oder liegt, ob gesprochen, gemalt oder gespielt wird, wann es zu körperlichen Berührungen kommt oder nicht, die Bezahlung, wer sonst noch in die Therapie mit einbezogen wird, mit wem darüber kommuniziert wird, wie die Schweigepflicht gehandhabt wird und in welcher Form die Therapie beendet werden kann. Diese Regeln stellen ein übergeordnetes Drittes in der Behandlung dar, auf das beide Parteien, Patient wie Therapeut, rekurren können, wenn etwas aus dem Ruder zu laufen droht.

Welche Hintergrundtheorie der Therapeut für den jeweiligen Patienten aktiviert, strukturiert nicht nur den Behandlungsverlauf in einem technischen Sinn, weil seine Haltung und seine Interventionen darauf basieren, sondern auch in einem symbolischen Sinn. Lévi-Strauss (1949) war in seinen Untersuchungen magischer Heilrituale darauf gestossen, dass zum Handeln des Heilkundigen immer gehört, dass dieser durch die Anwendung seiner Theorie in Diagnostik und Therapie der Symptomatik einen Sinn verlieh, sie damit im Rahmen der kulturspezifischen Konzepte einband und verstehbar machte. Indem der Therapeut so in Anwendung seiner Theorie die Psychopathologie seines Patienten konstruiert (vgl. Loch 1974: 440), erhält der Patient eine sinnstiftende Erklärung für seine Probleme angeboten, die zugleich Teil einer übergeordneten Realität jenseits der Patient-Therapeut-Dyade ist. Dies alleine kann schon dazu führen, dass Ängste des Patienten gebunden und Veränderungsprozesse angestoßen werden.

Von der Hintergrundtheorie des Therapeuten hängt auch ab, was er mit dem Personensystem um den Patienten herum macht. Er kann sich auf die innere Welt des Patienten konzentrieren und sich mit den Spuren der bedeutsamen Anderen beschäftigen, die diese in der inneren Welt des Patienten hinterlassen haben; das wäre das eine Extrem. Oder er kann die wichtigen Anderen des Patienten in seinen realen Bezugspersonen der Gegenwart lokalisieren und sich mit diesen beschäftigen; das wäre das andere Extrem. So oder so: der Angehörige «sprengt die Dyade, eröffnet eine neue Dimension. Ist die dyadische Beziehung linear, eindimensional, jedenfalls intim und privat, so ist die Dreierbeziehung zweidimensional, flächenhaft und jetzt erst im vollen Sinne sozial, öffentlich, politisch» meint Dörner (2001: 147) mit Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung im Allgemeinen. Erst mit dem Auftreten des Angehörigen werde die ärztliche Wahrnehmung vollständig, «nämlich ein Teil der sozialen Wirklichkeit, was man von der dyadischen Beziehung noch nicht behaupten kann».

4 Ziele und Zielkonflikte

Es gibt zwei Arten von Zielkonflikten: die einen konstellieren sich primär zwischen Patient und Therapeut, die anderen zwischen der Therapeut-Patient-Dyade und der Umwelt. Zum ersten Punkt: Patienten haben nicht unbedingt die gleichen Ziele wie ihre Therapeuten. Während etwa der narzisstische Patient die Verwirklichung seiner omnipotenten Grössenphantasien verfolgt, bescheidet sich sein Therapeut vielleicht wie Freud (1895d: 312) mit dem Ziel, «hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln». Mit den aus dieser Divergenz der Ziele resultierenden Konflikten können wir therapeutisch umgehen, wenn es gelingt, «dem Patienten die Begrenzung der Arbeit auf behandelungsimmanente Ziele näherzubringen» (Thomä und Kächele 1985: 330).

Zum anderen gibt es Zielkonflikte zwischen der Patient-Therapeut-Dyade einerseits und den realen Dritten andererseits. Je mehr Personen in einer Behandlung involviert sind – und in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind dies meistens ziemlich viele – desto mehr unterschiedliche Zielvorstellungen und dementsprechend potentielle Konflikte kommen zusammen. Die Eltern haben vielleicht andere Ziele als ihr Kind. Der Vater aber auch wieder andere als die Mutter. Der Lehrer fordert Ritalin. Der Hausarzt findet, das Kind sei ganz o. k., aber die Mutter müsse sich ändern. Und der Grossvater wendet sich an die Vormundschaftsbehörde, um eine Gefährdungsmeldung zu machen. Mittendrin steht der Therapeut mit dem Kind.

5 Die triangulierende Funktion des Symptoms

Auch wenn sich alle Beteiligten darüber einig zu sein scheinen, dass die Reduktion der Symptomatik das Ziel der Behandlung sei, können über den Weg dorthin völlig konträre Vorstellungen bestehen.

Beispiel: Im Rahmen einer Ablösungsproblematik produziert ein jugendlicher Symptome, die zu einer psychiatrischen Abklärung führen. In der daraufhin veranlassten Einzeltherapie wird auf eine Symptomreduktion und Normalisierung des Jugendlichen hingearbeitet. Dies geht auch einige Zeit gut, bis der Jugendliche schliesslich eine psychotisch anmutende Symptomatik entwickelt, die nach einem längeren Hin und Her zu einer stationären Aufnahme des Patienten führt. Auf der Station beruhigt er sich. Nun wird verständlich, dass der Junge auf seine Symptomatik angewiesen war, um sich von seiner Familie absetzen zu können; deshalb stand das individuumszentrierte Ziel der Symptomreduktion in Widerspruch zum übergeordneten familiendynamischen Problem: der blockierten Ablösung zwischen Eltern und Sohn. Diese wurde vorübergehend ersatzweise mit

der äusserlichen Trennung von der Familie mit Hilfe der Hospitalisierung vollzogen. Damit diese möglich wurde, musste der Jugendliche derart starke Symptome produzieren, denn mit einer mildereren Symptomatik wäre er nicht aufgenommen beziehungsweise von den Eltern nicht abgegeben worden. Die Symptome müssen also stark genug sein, damit sie eine Veränderung des Familiensystems erzwingen können.

Vom Beginn einer Behandlung her gesehen kommt dem Symptom immer die zentrale strategische Funktion zu, dass es den Patienten und seine Familie in die Behandlung geführt hat. Das Symptom hat sich in einer blockierten Situation gebildet und ermöglicht dem Patienten oder der Familie die Grenze der systemimmanent gegebenen Möglichkeiten zu überschreiten und sich Zugang zu einem Dritten zu verschaffen. Betrachtet man das Symptom als kommunikative Kompromisslösung, in der die Störung im System mitteilbar und eine Beziehungsaufnahme zu einem Dritten ausserhalb möglich wird, dann «wird das Symptom zum *Symbol*», das etwas über die Beziehung aussagt, in der es auftritt, «und zwar sowohl über die Beziehung innerhalb der Familie als auch in der Familie-Therapeut-Beziehung» (Bauriedl 1980: 196, kursiv i. O.). Deshalb kann eine Zieldefinition, die die Beseitigung des Symptoms im Zentrum hat, kontraproduktiv wirken; denn ist das Symptom weg, bevor eine Arbeitsbeziehung des ganzen Systems mit dem Therapeuten hergestellt ist, wird die Motivation für eine Veränderung der zugrundeliegenden Dynamik verschwinden.

6 Die soziale Symptomverschiebung

Die Behebung der Symptomatik beim Patienten als vorrangiges Ziel therapeutischer Arbeit ist also eine unsichere Orientierungsmarke, wenn damit anstehende Entwicklungsaufgaben des Patienten z. B. im Rahmen der familiären Dynamik ausser Betracht fallen. Auch in der Erwachsenentherapie besteht die Gefahr, dass in der Einengung auf oberflächliche Entwicklungsziele des Patienten Veränderungen eingeleitet werden, die zugrundeliegende familiäre Blockierungen ausser Acht lassen. Weil die therapeutische Beziehung immer auch unspezifisch unterstützend wirkt, können damit individuelle Ziele plötzlich in einer quasi maniformen Dynamik verwirklicht erscheinen und familiäre Bindungen können über den Haufen geworfen werden. Anders als das Kind, das den von den Eltern abgesteckten familiären Rahmen nicht einfach verlassen kann, kann der erwachsene Patient seine Phantasien ausagieren und Tatsachen schaffen, die gravierende Folgen für ihn und seine Angehörigen haben können. Was mit diesen dann passiert, erfährt der Einzeltherapeut unter Umständen nicht. Wenn man die individuelle

Symptombesserung als einziges Beurteilungskriterium nimmt, mahnt deshalb Richter, sehe die Erfolgsbilanz von Einzelbehandlungen vielleicht besser aus als sie ist, denn dann erfahre man nichts «von den Scheinheilungen, die dadurch zustande kommen, dass der Einzelpatient zwar medizinisch gesünder wird, an seine Stelle aber ein neuer Symptomträger tritt, der fortan die ungebesserte Gruppenspannung kanalisieren muss» (Richter 1970: 72).

Es kommt häufig vor, dass Fortschritte in einer Therapie damit einhergehen, dass sich ein anderes Familienmitglied in eine Behandlung begibt, weil nun seine eigenen Schwierigkeiten klarer wahrnehmbar geworden sind. Entscheidet sich ein Elternteil im Rahmen der Behandlung eines Kindes selber eine Psychotherapie aufzunehmen, so kann man dies in der Regel als eine progressive soziale Symptomverschiebung werten und erwarten, dass dies der Entwicklung des Kindes zugute kommen wird. Es kann aber auch zu Erkrankungen bei Angehörigen kommen, die nicht unbedingt als soziale Symptomverschiebung wahrgenommen werden, wie bei den schwer psychosomatisch kranken Patienten, von denen Schöttler berichtet:

Bei Schöttlers Patienten ging das Verschwinden des psychosomatischen Leitsymptoms nach 2 bis 3 Jahren psychoanalytischer Behandlung damit einher, dass sie «den Versuch aufgaben, ihren eigenen Müttern die fehlende Mutter zu ersetzen. Zu diesem Zeitpunkt erkrankte eine grosse Anzahl der Angehörigen meiner Patienten schwer. Anfänglich waren es nur die Mütter, später auch die Väter, Geschwister und Partner. Dies ist um so auffälliger, als bis auf einen Patienten alle seit Beginn der Therapie räumlich von ihren Ursprungsfamilien getrennt lebten» (Schöttler 1981, zit. nach Simon et al. 1984: 322).

7 Der Umgang mit den Angehörigen in verschiedenen kindertherapeutischen Settings

Je mehr Beteiligte, desto unübersichtlicher das Feld. In solchen Situationen suchen wir nach Möglichkeiten, die Komplexität zu reduzieren. Am einfachsten wäre es, man könnte die Angehörigen des Patienten einfach aus der Behandlung ausschliessen, wie sich Freud das gewünscht hatte. Freud sah in der «Dazwischenkunft der Angehörigen geradezu eine Gefahr» für die psychoanalytischen Behandlungen, «und zwar eine solche, der man nicht zu begegnen weiss» (Freud 1916-17: 478). Als er dann arriviert war und sich seine Patienten aussuchen konnte, arbeitete Freud nach der Regel, «keinen Kranken in Behandlung zu nehmen, der nicht sui juris¹, in seinen wesentlichen Lebensbeziehungen von anderen unabhängig wäre»

(Freud 1916-17: 480), wobei ihm klar war, dass sich das nicht jeder Psychoanalytiker leisten konnte.

Die Patienten der Kinderanalytiker waren nun aber natürlich nie Personen *sui juris*. Doch es ergaben sich in der Anwendung der Psychoanalyse auf Kinder noch weitere Gründe, weshalb es sich Kinderanalytiker nicht leisten konnten, Kinder ohne ihre Angehörigen in Behandlung zu nehmen. Dies legte Dorothy Burlingham bereits zwei Jahrzehnte nach Freud in ihrem 1935 erschienen Aufsatz «Kinderanalyse und Mutter» dar. Sie erwog 3 Möglichkeiten des Umgangs mit den Müttern beziehungsweise den Eltern ihrer Patienten: Methode 1: Die Analytikerin konzentriert sich ganz auf das Kind und ignoriert die Eltern. Sie will die Eltern gar nicht kennen und arbeitet nur mit dem, was das Kind mit in die Analysestunde bringt. Methode 2: Man nimmt das Kind aus der Familie heraus und bringt es für die Dauer der Analyse in eine neutrale Umgebung, um es dann geheilt in die Familie zurückzugeben. Methode 3: Die Eltern werden in die Behandlung mit einbezogen, ihnen wird als Ersatz dafür, dass sie ihr Kind der Analytikerin überlassen, angeboten, dass die Analytikerin sich für die Eltern und das, was die Eltern über ihr Kind zu berichten haben, interessiert. Dies sei die bei weitem schwierigste Methode, meinte Burlingham, aber auch die einzig mögliche. Denn die beiden anderen Methoden könnten zwar theoretisch dazu führen, dass das Kind seine Symptome verliere, weil sich aber die familiäre Realität nicht verändert hat, müsse es weiterhin bzw. nach seiner Rückkehr in die Familie wieder gegen die gleichen Schwierigkeiten wie vorher kämpfen, weshalb auch die alte Symptomatik wieder auftreten kann.

Burlingham spricht bereits die zentralen Punkte an: Für die Eltern stellt es zunächst einen Verlust, eine Kränkung dar, ihr Kind in Therapie geben zu müssen, dafür muss man ihnen etwas als Ersatz bieten. Und die Eltern werden, meint Burlingham, ihr Kind natürlich aus der Behandlung wieder herausnehmen, wenn ihnen die Behandlung nicht gefällt oder sie die damit verbundene Spannung nicht aushalten. Es gibt also zwei Gründe, weshalb die Angehörigen eines Kindes in die Therapie einbezogen werden müssen; erstens, damit sie die Behandlung zulassen und unterstützen können, und zweitens, weil mit ihnen an der familiären Dynamik gearbeitet werden muss, die die Symptomatik des Kindes mit unterhält.

Im deutschsprachigen Raum tauchte in den Sechzigerjahren mit der Familientherapie ein neuer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychotherapie auf, der die Beziehungen zwischen den Eltern und ihrem Kind direkt zum Gegenstand der therapeutischen Arbeit machte. Im familientherapeutischen Paradigma wird das Symptom des sogenannten Indexpatienten als Problem der Familie betrachtet;

der Fokus wird von den intrapsychischen Konflikten des Kindes zu den interpersonellen Konflikten und Kollusionen zwischen dem Kind und seinen Eltern verschoben. In der Familientherapie ist das Problem des Umgangs mit den Angehörigen von vornherein gelöst: alle sind gleichberechtigt Teilnehmer der Psychotherapie. Der Preis für diese Form der Arbeit «mit dem gebündelten Problem einer ganzen Familiengruppe» ist jedoch, dass der Therapeut «das komplexe Gestrüpp der Emotionen einer ganzen Gruppe, die durch neurotische Spannungen beunruhigt ist» (Richter 1970: 122), auszuhalten hat.

Noch einen Schritt weiter weg von der Zentrierung der therapeutischen Aktivität auf das Kind als Symptomträger führt die letzte Variante, wenn nämlich mit den Eltern alleine gearbeitet wird, ohne dass das Kind selber in Therapie genommen wird. Man kann dies je nach Schwerpunkt und Methode als Beratung der Eltern, als Elterntherapie oder als Behandlung des Kindes über die Eltern bezeichnen. In vielen Fällen lassen sich Entwicklungen beim Kind schon durch die Arbeit mit seinem Umfeld in Gang bringen. Der erste, der dies machte, war Freud (1909b) in seiner «Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben», des Kleinen Hans, die sich weitgehend auf Freuds Gespräche mit dem Vater beschränkte.

Die Anforderungen an einen Kinder- und Jugendlichentherapeuten in Bezug auf den Umgang mit den Angehörigen des Kindes sind also hoch: Er soll nicht nur in der Lage sein, die Symptomatik des Kindes vor dem Hintergrund seiner Entwicklungssituation zu verstehen und zu behandeln, sondern auch dazu, «die Persönlichkeit der Eltern und deren Störungen diagnostisch zu erfassen», «die Verschränkung der kindlichen Störung mit den Auffälligkeiten der Eltern bzw. des Familiensystems psychodynamisch zu interpretieren», um daraus die angemessenen Behandlungsziele und Behandlungstechniken abzuleiten (Horn 2003: 771). Im Umgang mit den Eltern unterscheiden sich letztere wiederum in Abhängigkeit davon, ob auf Seiten der Eltern Defizite an erzieherischem Wissen, neurotische Konflikte oder strukturelle Probleme im Zentrum stehen.

8 Der Umgang mit Angehörigen des erwachsenen Patienten

Auch die Angehörigen von erwachsenen Patienten interessieren sich für den Therapeuten und die Behandlung, weil sie wissen, «dass es nicht nur beim Patienten zu Veränderungen kommen wird, sondern auch bei ihnen selbst» (Thomä und Kächele 1985: 198). Sie spüren, «dass die Entwicklungsprozesse des einen sich beim anderen auswirken und die Beziehung sich verändert». Im positiven Fall sind sie neugierig und kommen auch mal von sich aus mit, um den Therapeuten zumindest im Wartezimmer kennenzulernen. Oder sie haben Gründe, die Entwicklung

des Patienten vorwiegend als Nachteil für sich selber zu phantasieren und werden dann versuchen, die Behandlung zu kontrollieren und zu diskreditieren. Ein weiterer Grund dafür, die Angehörigen mit zu bedenken, besteht darin, dass diese in die pathologischen Lösungsmuster des Patienten mit einbezogen sind und von ihm dazu benutzt werden, Konflikte auszuagieren, die er in der Therapie (noch) nicht symbolisieren und bearbeiten kann. «Es ist also wesentlich, den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, dass der Analytiker um ihre Belastungen weiss und ihr Mitbetroffensein von den Auswirkungen des psychoanalytischen Prozesses beim Patienten zur Kenntnis nimmt» (Thomä und Kächele 1985: 199).

Beispiel: Ein Familienvater kommt aufgrund einer Symptomatik, unter der scheinbar vor allem seine Frau zu leiden hat, in Therapie. Der Patient ist nur wenig in der Lage, sein eigenes Leiden zu formulieren, er spricht aber immer wieder darüber, wie es seiner Frau geht, dass er meint, diese stützen zu müssen, und dass er Angst hat, sie könnte ihn verlassen. Dem Therapeuten ist unklar, ob sein Patient oder dessen Frau der Auftraggeber ist; auch weiss er nicht, was er über den Zustand ihrer Ehe denken soll. Er lädt den Patienten ein, seine Frau einmal mitzubringen. Das Gespräch zu dritt bringt für den Therapeuten wie für das Paar einige Klärungen: Der Therapeut sieht, dass sich das Bild, das der Patient von seiner Frau entwirft, nicht allzu sehr davon unterscheidet, wie der Therapeut sie erlebt. Dennoch scheint ihm die eheliche Beziehung nicht so akut gefährdet wie dem Patienten. Die Frau zeigt sich konstruktiv um den Mann und ihre Beziehung bemüht und formuliert das nicht unproblematische, aber für die Ohren ihres Mannes wichtige Anliegen an die Therapie, es wäre ihr lieber, wenn er offen streiten statt seine Symptome produzieren würde. Im Rückblick diene das Gespräch zu dritt auch als Modell für eine Paartherapie, über die sie sich zu einem späteren Zeitpunkt Gedanken machten. Und die Tatsache, dass die Frau den Therapeuten persönlich kennengelernt hatte, ermöglichte es ihr auch, ihm einmal in einer akuten Krise ihres Mannes nach Hause anzurufen.

Spüren die Angehörigen, dass sich der Therapeut auch für ihr Ergehen und ihre Sicht der Dinge interessiert, so kann dies ihre Angst reduzieren, der Therapeut könnte die Selbstverwirklichung des Patienten auf Kosten seiner familiären Beziehungen fördern. Aber auch ohne dass die Angehörigen real in der Therapie erscheinen, kann ein Patient schon nur daraus, wie sich der Therapeut für seine Angehörigen interessiert und diese in seiner Vorstellung präsent hält, darauf schliessen, ob seine Entwicklung seine aktuellen Beziehungen in Frage stellen wird oder ob sich der Therapeut auch um die bestehenden familiären Beziehungen des Patienten kümmert.

Spricht ein erwachsener Patient von seinen Kindern, insbesondere wenn er sich um sie Sorgen macht, so stehen wir wie immer vor der Frage, inwieweit es hier um seine realen Kinder oder um Bilder seiner Innenwelt geht, die er anhand seiner Kinder in der Stunde thematisiert. Volkamer (1999: 220) empfiehlt für die therapeutische Arbeit mit erwachsenen Patienten, die minderjährige Kinder haben, sich im Zuge der Erhebung der Familienanamnese ein differenziertes Bild über alle Familienmitglieder zu verschaffen und, wenn Verhaltensauffälligkeiten der Kinder zum Thema werden, diese mit dem Patienten ausführlich zu erörtern und gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit einem familientherapeutisch geschulten Psychotherapeuten zu klären.

Doch nicht immer sind die Patienten so leicht dazu zu bewegen, die Perspektive zu erweitern und ihre Angehörigen oder andere Dritte fürsorglich und konstruktiv mitzubedenken. Im Gegenteil kann eine solche triangulierende Bewegung des Therapeuten auch als Illoyalität, als Verrat an der phantasierten Einparteilichkeit und ausschliesslichen Zuwendung des Therapeuten für den Patienten selber erlebt werden und zu einem Widerstand in der Behandlung führen.

9 Störende Dritte zu hilfreichen Dritten machen

Dennoch gilt: Dritte, die sich ausgeschlossen fühlen, können über kurz oder lang zu einem Problem werden. Dies gilt für die Arbeit mit Erwachsenen genauso wie für die mit Kindern und Jugendlichen. Auch bei den Angehörigen erwachsener Patienten kann ein rigides Festhalten an der therapeutischen Zweiersituation zum Gefühl führen, ausgeschlossen zu sein. «Sie fühlen sich als ausgeschlossene Dritte und neigen entweder zu Reaktionen der Idealisierung oder der vollständigen Ablehnung des Analytikers» (Thomä und Kächele 1985: 198). Von der entwicklungspsychologisch grundsätzlich notwendigen und konstruktiven Rolle des Dritten ausgehend, möchte ich anhand von zwei Beispielen Hinweise darauf geben, wie man störende Dritte zu hilfreichen Dritten machen kann.

Zunächst einmal wird man vom Auftreten der Dritten nicht überrascht, wenn man sie grundsätzlich schon mit auf der Rechnung hat und sich gar nicht erst der Illusion einer vollständigen Regression in die Dyade hinzugeben bereit ist. Doch da uns allen der dyadische Funktionsmodus und auch symbiotische Wünsche zur Verfügung stehen, wird es uns bei einer entsprechenden Problematik auf Seiten des Patienten immer wieder passieren, dass wir die Dritten vorübergehend ausblenden. Manchmal ist es auch unbedingt nötig, zu aufdringliche Dritte auf Distanz zu bringen, was wiederum voraussetzt, dass man mit ihnen in Kontakt

tritt und ihnen ihren Platz zuweist. Dieser Zustand zu zweit wird jedoch spätestens dadurch beendet, dass der Bericht an die Krankenkasse fällig wird. Die von aussen kommende Anforderung, einen Bericht zu verfassen, stellt immer eine Gelegenheit dar, unsere dyadische Situation mit dem Patienten zu reflektieren und uns mit Hilfe unserer Hintergrundtheorie als Drittes zu triangulieren. Dies gilt auch für alle anderen Situationen, in denen wir mit Dritten über den Patienten und die Therapie kommunizieren. Wären die Berichte besser honoriert, könnte man sie als ein konstruktives Drittes willkommen heissen. Dem steht allerdings entgegen, dass der Vertrauensarzt bzw. die Versicherung in Bezug auf die Behandlung eine ähnliche Machtposition wie die Eltern eines Therapiekindes haben; ihre Haltung ist für die Fortführung oder das Ende der Behandlung ganz entscheidend.

Wenden wir uns deshalb gleich dem Schlimmsten zu, wenn Eltern den Abbruch der Behandlung ihres Kindes erzwingen:

Schon Freud machte diese Erfahrung in der Behandlung eines jungen Mädchens. Als deutlich wurde, dass dessen Angstzustände mit einer geheimen ausserehelichen Beziehung der Mutter zu tun hatten, machte die Mutter rasch entschlossen dieser für ihre Zwecke «schädlichen» Behandlung ein Ende und steckte ihre Tochter in eine Nervenheilanstalt (Freud 1916-17: 479).

Im Extremfall kann sich der Therapeut zwischen zwei Optionen hin- und hergerissen fühlen: Entweder kann er einen anderen, mächtigeren Dritten auf den Plan rufen und z. B. bei der Vormundschaftsbehörde Meldung wegen Gefährdung des Kindeswohls erstatten. Oder er nimmt sich zurück und lässt das Kind in der Hoffnung gehen, dass die in der Therapie schon angestossenen Veränderungen weiter wirken werden. Der Abbruch einer Behandlung durch die Eltern stellt zwar zunächst meist eine Kränkung für den Therapeuten dar, doch ist nicht sicher, dass die Beendigung zwangsläufig zu einem Nachteil für das Kind werden muss. Besonders wenn sich die Spaltung zwischen der Patient-Therapeut-Dyade und der Familie nicht mehr überbrücken lässt, nimmt eine Beendigung der Therapie Druck vom Kind. Verfolgt der Therapeut mit dem Patienten Ziele, die von der Familie nicht geteilt werden, kann der Patient in ein unlösbares Dilemma zwischen seiner Beziehung zu den Eltern und der zu seinem Therapeuten geraten.

Gelingt es dem Therapeuten jedoch, die dyadische Sicht zu transzendieren und die Verhältnisse vor der Folie der familiären Dynamik zu betrachten, so können manchmal auch in einem von den Angehörigen angestossenen, ja erzwungenen Ende mehr progressive Impulse erkennbar werden, als es zunächst den Anschein macht.

Beispiel: Nach zweijähriger Therapie ihres jugendlichen Sohnes drängte die alleinerziehende Mutter auf eine Beendigung der Behandlung. Zwar war die Therapie im Erleben von Patient und Therapeut einigermaßen erfolgreich, da sich der Patient schulisch und sozial entwickelte, doch entsprachen die bisher erreichten Veränderungen nicht den Erwartungen der Mutter. Sie wusste zwar, dass der Sohn gerne zum Therapeuten ging, doch begründete sie mit der noch fortbestehenden Symptomatik des Sohnes ihren wachsenden Vorbehalt gegenüber der Therapie. Auch der Therapeut war mit dem Erreichten noch nicht zufrieden, deshalb kam ihm eine Beendigung der Behandlung zum gegebenen Zeitpunkt zu früh. Da sich der Patient aber schon seit längerem in einem Loyalitätskonflikt zwischen dem Angebot des Therapeuten und der Position der Mutter befand, überliess der Therapeut seinem Patienten die Führung, anerkannte die Haltung der Mutter und unterstützte auch die positiven Aspekte, die der Patient in dem Vorstoss der Mutter für sich erkannte. Er versuchte darauf zu vertrauen, dass die bisher erreichte Stärkung des Patienten ausreichen würde, um die anstehenden Ablösungsschritte von der Mutter aus eigener Kraft zu realisieren. Therapeut und Patient verabschiedeten sich mit gemischten Gefühlen, im Bewusstsein, von aussen getrennt worden zu sein. Jahre später erfuhr der Therapeut zufällig, dass sich sein ehemaliger Patient seither weiter gut entwickelt hatte und eine zufriedenstellende Position im Leben gefunden hatte; nun erst fühlte sich der Therapeut von dem Ärger und den Schuldgefühlen, die ihn in seiner Gegenübertragung noch immer in Gedanken an diese Behandlung begleitet hatten, entlastet. Im Nachhinein kann man sagen, dass der Patient die mit Hilfe der Therapie geschaffenen Entwicklungsmöglichkeiten erst umsetzen konnte, nachdem die Blockierung zwischen Therapeut und Mutter weggefallen war. Patienten können die Fähigkeit zur Ablösung auch im Therapieende mit dem Therapeuten einüben und sie dann in der Beziehung zu den Eltern anwenden.

Eine solche positive Interpretation dieses Behandlungsverlaufs basiert auch wieder auf einer Hintergrundtheorie über die Kräfteverhältnisse und Entwicklungsaufgaben in der Familie, aber auch auf einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen dieses Therapeuten in diesem System. «Begrenzte Beziehungen, insbesondere Zweierbeziehungen, stehen stets in grösseren, weiteren Bezügen und sind, auch als begrenzte Beziehungen, nur voll zu tätigen oder zu verstehen, zu beeinflussen und zu verändern, wenn diese ihre Einbettung in komplexe Zusammenhänge *stets mitgesehen* wird und die Gestaltung der engeren Beziehung dieser Einbettung Rechnung trägt», meint Fürstenau (1984: 142, kursiv i. O.). Ohne eine solche Einschätzung der realen Möglichkeiten vor dem

Hintergrund des gesamten familiären Systems kann man sich als Therapeut mit seinem Patienten in eine schwer lösbare Konfliktkonstellation manövrieren. Behält man hingegen die Dritten im Auge und schaut sie nicht nur auf ihr pathogenetisches Gewicht, sondern auch auf ihre progressiven, entwicklungsförderlichen («salutogenetischen») Möglichkeiten hin an, so hilft einem dies, jene erwachsene, triangulierte Haltung aufrecht zu erhalten, von der Fürstenau sprach.

10 Die Therapeutenfamilie

Nicht nur der Patient, sondern auch der Therapeut hat seine Angehörigen, eine Art professioneller Familie. Dies sind seine Berufskollegen und andere mit dem Patienten arbeitende Fachpersonen. Mit seinen Berufskollegen tauscht er sich real aus oder er bezieht sich in seiner Arbeit innerlich auf sie. Mit diesen Dritten trianguliert er sich, wenn er über seine Arbeit und seine Patienten nachdenkt oder spricht, was wiederum in die Behandlung zurückwirkt.

Beispiel: Eine Therapeutin stellt eine Behandlung nach einer langen Therapiedauer erstmals in der Supervision vor, was sie zuvor immer als unpassend verworfen hatte. Sie erlebt diese Öffnung hin zu ihrer professionellen Umwelt als markanten Schritt im Therapieverlauf. In der darauffolgenden Therapiestunde spricht ihre Patientin – der über diese Triangulierung der Therapeutin mit dem Supervisor natürlich nichts mitgeteilt wurde – erstmals von ihren Familienangehörigen in einer so lebendigen Form, dass bisher wenig sichtbare Qualitäten und Ressourcen in ihren familiären Beziehungen zutage treten.

Arbeiten mehrere Therapeuten oder andere Fachpersonen mit einem Patienten oder mit mehreren Patienten in einer Familie, so führt dies häufig zu Spaltungsphänomenen. Der Einzeltherapeut in der Dyade mit dem Patienten ist besonders der Tendenz ausgesetzt, sich mit «seinem» Patienten zu identifizieren, das heisst mit seinem Bild, das er sich vom Patienten anhand seiner Hintergrundtheorie konstruiert, und sich gegen die anderen Fachpersonen abzugrenzen. Bleiben wir in der Familienmetapher, so könnte man die Schwierigkeiten, die in der Behandlung entstehen, wenn sich Therapeut und Patient als gegen die professionellen Angehörigen des Therapeuten starr abgegrenzte Dyade erleben, mit den Schwierigkeiten vergleichen, die in einer Familie entstehen, wenn die Generationengrenze zwischen Kindern, Eltern und Grosseltern nicht funktioniert. Der mit seinem Patienten gegen die anderen Professionellen identifizierte Therapeut rutscht damit nämlich über die Grenzlinie Patient + Angehörige versus Therapeut + andere Helfer auf die Patientenseite, vielleicht sogar in die

Patientenfamilie hinein und schafft mit dieser Grenzüberschreitung eine strukturelle Unklarheit, die Triangulierung, Abgrenzung und Ablösung erschwert.

11 Die Familienentwicklung als Referenzkonzept

Ein Therapeut kann sich besser auf der Seite des professionellen Helfersystems verorten, wenn er von einem gemeinsamen Referenzsystem, einer von allen geteilten Hintergrundtheorie ausgehen kann. Auch eine konstruktive Lösung von Zielkonflikten zwischen mehreren Therapeuten im gleichen Patientensystem setzt voraus, dass alle sich auf ein gemeinsames Drittes beziehen können. Da jeder einzelne Beteiligte seinen eigenen Patienten konstruiert, ist es von Vorteil, die gemeinsame Referenzvorstellung nicht auf der Ebene des Individuums, sondern auf der der Familie zu suchen. Deshalb bietet der Wechsel der Perspektive weg vom Individuum hin zur Situation der Familie eine Möglichkeit, auch gegensätzliche Gesichtspunkte in einem Bild unterzubringen und eine distanziertere und differenziertere Wahrnehmungseinstellung auf die eigene Position im Behandler-Patienten-System einzunehmen.

Beispiel aus einer Teamsupervision: Das Team identifiziert sich mit der Patientin, einer Mutter, der ihre Kinder aufgrund einer vormundschaftlichen Massnahme weggenommen wurden. Die Mitarbeiter sprechen über das Leid der Mutter, alle finden es schlimm, dass ihr die Kinder entzogen wurden, und beraten, was man tun könnte, damit die Frau wieder Kontakt zu ihren Kindern bekommen könnte. Zunächst kann sich nur der aussenstehende Supervisor von diesem Sog zu einer exklusiven Identifikation mit der Mutter freimachen, indem er sich fragt, wo die Kinder und die zugehörigen Väter sind, und sich vorstellt, wie im Team der Betreuer und Therapeuten, die mit den fremdplazierten Kindern arbeiten und sich mit diesen identifizieren, wohl über deren Mutter gesprochen würde. Diesen abgespaltenen Aspekt vermittelt er dem Team, indem er es einlädt, sich mit den Betreuern der Kinder zu identifizieren: «Was für ein Bild würde man wohl von der Mutter haben, wenn man Betreuer der Kinder wäre, denen es bei der Mutter so schlecht gegangen sein muss, dass die Vormundschaftsbehörde sich gezwungen sah, sie der Mutter wegzunehmen?» Indem das Team nun den Fokus über die Patientin hinaus auf die ganze Familie erweitert, verändert sich das Bild der Patientin und ein Anteil ihrer Persönlichkeit wird wahrnehmbar, zu dem keine Informationen vorliegen und in den sich zunächst einmal niemand einzufühlen vermochte. Auf dieser Basis wird nun auch möglich, zu überlegen, in welcher Form Kontakte mit den Vertretern der Kinder vorstellbar wären.

Dieses Beispiel zeigt auch, dass es nicht immer gleich Helferkonferenzen braucht, sondern für die innere Triangulierung des Therapeuten schon ausreichen kann, wenn er über ein inneres Bild von dieser Patienten-/Therapeuten-/Familienlandkarte verfügt, in dem alle vorkommen und keiner die Position des exklusiv Guten oder Bösen inne hat. Kann man sich als Therapeut die anderen Familienmitglieder und Therapeuten psychisch präsent halten, so droht man nicht in die Illusion dyadischer Ausschliesslichkeit mit dem Patienten zu verfallen. Hat man diese Haltung einmal verinnerlicht, dann kann man wie Dörner (2001: 145) dem Patienten gegenüberreten: «Wenn ich einem neuen Patienten in der Praxis oder auf der Station zur Begrüssung die Hand gebe, muss ich wissen, dass dies schon mein erster Irrtum ist. In Wirklichkeit gebe ich damit einer Familie die Hand, für die ich damit Zuständigkeit und Verantwortlichkeit in unterschiedlicher, aber noch unbekannter Intensitätsverteilung übernehme.» Und, könnte man anfügen, auch den zu dieser Familie möglicherweise gehörenden anderen Therapeuten. Werden dann reale Kontakte mit diesen Dritten nötig, so kann man sie schon als alte Bekannte begrüßen und wird von ihrem Auftreten nicht überrumpelt und in eine defensive Abwehrposition versetzt.

12 Schlussbemerkungen

Aus der familientherapeutischen Perspektive können einige Konstellationen benannt werden, in denen eine Familientherapie anstelle oder neben einer Einzeltherapie bei Kindern oder bei Erwachsenen dringend angezeigt ist (nach Stierlin et al. 1980: 17f.):

- › Wenn die Loyalitätsbindung an die Familie verunmöglicht, dass sich der designierte Patient ohne Ausbruchsschuld erfolgreich einer Therapie zuwenden kann;
- › bei familiären Ausbeutungsverhältnissen;
- › wenn die Gefahr besteht, dass durch die Einzeltherapie «eine Partnerschaft, Ehe oder Familie, insbesondere Kinder und Eltern «auseinandertherapiert werden»;
- › wenn die Einzeltherapie nicht zum Erfolg führt;
- › und bei Vereinsamung und Ausstossung von kranken, alten oder sterbenden Menschen.

Dieser letzte Punkt weist uns auf einen Zielkonflikt höherer Ordnung hin. Die Familientherapie ist vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Ansatz vertreten, je älter dann die Patienten werden, desto häufiger werden sie als Individuen einzeltherapeutisch behandelt. Doch der von Vereinzelung und

Vereinsamung bedrohte alte Mensch befindet sich in einer der des Kindes ähnlichen Situation wieder und könnte genauso gut über die Aktivierung seiner familiären Beziehungen behandelt werden. Ein solcher Ansatz würde also ebenso gut in die Alterspsychiatrie gehören. Doch steht dem entgegen, dass die Gesellschaft heute der Familie schwerpunktmässig die Aufzucht der Jungen zur Aufgabe macht und nicht die Integration und Versorgung der Alten.

Sollte ein Patient tatsächlich einmal gar keine Angehörigen haben, so besteht eine dringliche Aufgabe darin, diesem Angehörige zu verschaffen; denn ein Patient, der gar keine Beziehungen und damit keine Bedeutung für andere hat, meint Dörner (2001: 145), könne «sich auch kaum als Person empfinden, mit der eine diagnostisch-therapeutische Beziehung verantwortlich möglich ist». Was noch einmal unterstreicht, dass es ohne Angehörige nicht geht.

13 Literatur

- Bauriedl, Thea ([1980] 1984): *Beziehungsanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp TB.
- Burlingham, Dorothy T. ([1935] 1988): Kinderanalyse und Mutter. In: Gerd Biermann, Hrsg., *Handbuch der Kinderpsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer, 272–279.
- Diez Grieser, Maria Teresa (1996): Probleme der Elternarbeit in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Kinderanalyse*, Heft 3, 241–253.
- Dörner, Klaus ([2001] 2003): *Der gute Arzt*. Stuttgart: Schattauer.
- Eggers, Christian (2004): Grundzüge der Therapie. In: Christian Eggers, Jörg M. Fegert, Franz Resch, Hrsg., *Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters*. Heidelberg: Springer, 145–203.
- Freud, Sigmund (1895d): *Studien über Hysterie*. Gesammelte Werke, Bd. 1.
- Freud, Sigmund (1909b): *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. Gesammelte Werke, Bd. 7.
- Freud, Sigmund (1916–17): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Gesammelte Werke, Bd. 11.
- Fürstenau, Peter ([1984] 1992): Der Psychoanalytiker als systemisch arbeitender Psychotherapeut. In: *Entwicklungsförderung durch Therapie*. München: J. Pfeiffer, 131–144.
- Horn, Hildegard (2003): Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 766–776.
- Lévi-Strauss, Claude ([1949] 1967): Der Zauberer und seine Magie. In: *Strukturelle Anthropologie I*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 184–203.

- Loch, Wolfgang (1974): Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer. *Psyche*, 28, 431–460.
- Richter, Horst-Eberhard ([1970] 1972): *Patient Familie*. Reinbek: Rowohlt TB.
- Simon, Fritz B., Ulrich Clement, Helm Stierlin ([1984] 2004): *Die Sprache der Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, Helm, Ingeborg Rücker-Embden, Norbert Wetzel, Michael Wirsching ([1980] 1992): *Das erste Familiengespräch*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Thomä, Helmut, Horst Kächele (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd. 1, Grundlagen. Berlin: Springer.
- Volkamer C. (1999): Eltern als Psychotherapiepatienten. *Nervenheilkunde*, 18, 218–220.

14 Anmerkungen

- 1 «Sein eigener Herr» ist, nach Meyers Grosseem Konversations-Lexikon von 1905, im römischen Recht derjenige, der nicht in der väterlichen Gewalt eines andern steht.