NEUES aus der
TRANSAKTIONS
ANALYSE

Juli 1977

Jahrgang 1, Nr. 3

102 Neubeeltern von Schizophrenen
von Jacqui Schiff

114 Die Regressionserfahrung
von einem Patienten von Jacqui Schiff

118 ich gebe mein altes Eltern-Ich auf und verinnerliche ein neues Eltern-Ich
von einem Patienten von Jacqui Schiff

121 Passivität
von Aaron Wolfe Schiff, B.A.
Jacqui Lee Schiff

128 Bezugsrahmen*
von Jacqui Lee Schiff, M.S.S. W.
Aaron Schiff, B.A.
Eric Schiff,-

133 Mißachten (Abwerten, discount)
von Ken Mellor, Dip. Sec. Studs.
Eric Schiff

140 Redefinieren – Umdeuten
von Ken Mellor
Eric Schiff

150 Symbiotische Einladungen
von E. Wayne Hart, M.A:

152 Verschiebung der Symbiose in mißhandelnden Familien
von Rita Justice, PhD.
Blair Justice, PhD.

156 Behandlung der Anorexia nervosa
von Jacqui Lee Schiff

159 Grundprinzipien der Konfrontation
von Laurie Weiss, MA

NEU-BEELTERN VON SCHIZOPHREN
Jacqui Schiff

Einleitung

Diese Behandlungsmethode wurde von Morris und Jacqui Schiff, die beide als Sozialarbeiter psychiatrisch arbeiten, entwickelt. Sie entstand aus dem Bemühen, auf die Bedürnisse schizophrener Patienten zu antworten. Die Patienten nahmen in einer sehr aktiven und enthusiastischen Weise an der Planung und kritischen Beurteilung der Methoden teil; ,,Transactional Analysis Seminar“ in Washington D.C. gab viel Unterstützung und Rückhalt.

Behandlungssituation

Die Familie

Im Dezember 1966 bestand die Schiff'sche Familie aus Moe, Jacqui und ihren drei Jungen im Alter von 7,9 und 11. Zwei junge erwachsene schizophrene Patienten, beide regrediert und akut gestört, wurden mit der versuchsweisen Absicht, die Regression innerhalb einer Familienstruktur zu unterstützen, in die Familie aufgenommen. Die Besserung der beiden ersten Patienten war dramatisch und es gab innerhalb von einigen Monaten viele Anfragen, diese Methode mit anderen Patienten zu versuchen. Insgesamt hat die Familie 35 Patienten geholfen, dazu gehören die 16, die gegenwärtig dort wohnen.

Die Familie lebt auf 3 Morgen Land in einem Wohngebiet der oberen Mittelklasse in Fredericksburg, Va. (15000 Einwohner). Der Ort weiß von der Familie und die Patientenkinder haben, so oft wie es machbar scheint, wechselseitige Beziehungen mit der Gemeinde. Behörden und Organisationen innerhalb des Gebietes haben das Programm sehr unterstützt. Kritik kam von einzelnen Menschen, die durch die Möglichkeit, daß akut gestörte Psychotiker in größerer Zahl in der Gemeinde leben, beunruhigt wurden.

Das große Haus mit sechs Schlafzimmern läßt sich nicht von anderen Häusern in dem Gebiet unterscheiden. Hilfskräfte sind ein Koch und ein junger Mann, der den Haushalt ,,leitet”, wenn die Eltern nicht da sind. Moe Schiff hat eine Vollzeitpraxis in Fredericksburg und Frau Schiff praktiziert an zwei Tagen in der Woche im Distrikt von Columbia. Die Kinder gehen, wenn möglich, in die Schule oder arbeiten. Von den Kindern, die am Tage zu Hause bleiben, wird erwartet, daß sie' im Haushalt und im Garten helfen und von den älteren Kindern (regrediertes Alter), daß sie sich um die jüngeren kümmern.

Jedem Kind gegenüber wird sich verpflichtet, es nicht zurückzuweisen und seine Probleme anzugehen. Neuankömmlinge werden aufgefordert, Beziehungen zu ihren früheren Familien aufzugeben und ihre Energie in die Bildung von neuen Primärbeziehungen einzusetzen. Die Erfahrung zeigt, daß sogar die äußerst ernsthaft gestörten schizophrenen Patienten diesen Vertrag verstehen und eingehen können.

Es gibt noch zwei andere Familien, die mit Erfolg unter Benutzung dieser Technik Schizophrene neu-beelten. Hochwürden Thomas Faulkner und seine Frau aus Fredericksburg haben ein schizophrenes Kind aufgenommen und Herr und Frau John Christy haben eine Familie ähnlich der Schiff'schen Familie gegründet und haben zur Zeitvierjunge Menschen bei sich. Das ,,Psychiatric Rehabilitation Project” wurde 1968 als eine gemeinnützige Organisation gegründet, um kleine Einheiten, die diese Methode benutzen, zu gründen und zu unterstützen.

Natürliche Eltern

Die natürlichen Eltern werden, sofern sie Beziehungen zu den Patienten haben, aufgefordert, den jungen Menschen in die neue Familie abzugeben. Es wurde erwiesen, daß in bestimmten Fällen die Erlaubnis, neue Eltern anzunehmen und in der Familienumgebung gesund zu werden, wesentlich ist. Wir erklären der Familie, daß sie den Patienten so abgeben, als ob er dem Geburtsjahr nach ein viel jüngeres Kind sei und für eine Adoption hergegeben wird: ihnen wird auch mitgeteilt, daß die Patienten in den meisten Fällen, wenn sie gesund sind, nicht wieder in die natürliche Familie zurückkehren. Sie werden aufgefordert, dem Patienten zu erklären, daß sie ihn auf Dauer hergeben und ihm klar zu sagen, daß die Schiffs jetzt seine Eltern sind. Bis jetzt haben alle Eltern, die aufgefordert wurden, dies zu tun, es geschafft, dieser Anforderung nachzukommen; es scheint möglich, daß dies ein Anzeichen für einen Mangel an Tiefe und Bedeutung der Beziehungen in der Struktur der natürlichen Familie schizophrener Patienten ist.

Es werden soviel Daten als möglich aus der Vergangenheit erhoben, sofern sie sich auf die Störungen in der natürlichen Familie beziehen. Beim Erheben der Vergangenheitsdaten benutzen wir folgende Fragen:

1. Welcher Elternteil gab dem Kind das ursprüngliche Skript?
2. Gibt es irgend einen Grund, daß der andere Elternteil für die Skriptbildung nicht da war?
3. Wie haben die Eltern dem Kind mitgeteilt, daß es nicht O.k. war?
4. Wie wurde ihm kommuniziert, daß die Bedürfnisse der Eltern Vorrang vor den Bedürnissen der Kinder in dieser Familie hatten?
5. In welcher Weise waren die Eltern unzulänglich, mit der Welt fertig zu werden?
6. Inwieweit waren sie im Hinblick auf die Erziehung zur Disziplin unzulänglich?
7. Warum fürchtet sich der Patient vor dem Vater?

Da die natürlichen Eltern wahrscheinlich keine verläßlichen Quellen für Informationen über sich selbst oder den Patienten sind, müssen die meisten der obengenannten Vergangenheitsdaten in einer klinischen Auswertung erhoben werden. Es ist deshalb nützlich, daß der Therapeut den Patienten und seine Familie zwei oder dreimal, bevor dieser in die Familie aufgenommen wird, sieht, oder daß die Erhebung der obigen Fragen durch die überweisende Behörde erfolgt.

Neu-Beeltern

Das kleine Kind kommt in die Familie. Es ist kein gesundes, fröhliches Kind. Als es jünger war, hat es in großem Maße gelitten; obwohl es kämpft, diese Erfahrung loszuwerden, erzählen ihm Stimmen aus der Vergangenheit, daß es nicht in Ordnung ist, und daß das Schlechte immer da ist. Krankhafte Gefühle von Wut und Furcht überwältigen es vor Vertrauen oder vor Hoffen auf Hilfe. Es gibt seltsame und verwirrende Empfindungen und Bedürfnisse; sie sind physisch und unwiderstehlich und sie zwingen es, sich auf unannehmbare Verhaltensweisen einzulassen. Es gibt tiefe und wütende Verwirrung, die noch übler wird, sobald es notwendig wird, zu denken.

Das Kind hat eine Mutter. Sie versteht die seltsamen Sinnesempfindungen und antwortet auf die physischen Bedürfnisse. Sie streichelt und schaukelt es, sie füttert und badet es. Wenn sie weggegangen ist, fühlt es sich tot oder ,,nicht lebendig"; wenn sie da ist, kann es manchmal der Krankheit entkommen und sich ganzheitlich und behaglich fühlen.

Sie teilt ihm wichtige Dinge mit:
,,Du bist ein Junge-ein schöner Junge."
,,Du bist nicht schlecht. Du bist ein guter Junge."
,,Vergiß all diese häßlichen Dinge. Du bist jetzt mein Kind. Vergiß alles, mit Ausnahme von dem, was ich Dir sage."
,,Ich liebe Dich."

Die Botschaften sind einfach, da ein Baby nicht viel versteht. Es weiß aber, daß die Botschaften richtig sind und daß seine Bedürfnisse erfüllt werden. Es weiß, daß es die verrückte Stimme aus der Vergangenheit für eine wirkliche Mutter aufgeben kann. Es erlebt manchen Konflikt, da die verrückte Stimme die Forderungen, die Drohungen und die schlechten Botschaften eskaliert – es hat aber nicht die Absicht, für diese Botschaften die wirkliche Mutter aufzugeben.

Auch nicht für irgend etwas anderes. Sie ist das Wichtigste in der ganzen Welt. Es darf nichts, das diese Beziehung zu ihr bedroht, zugelassen werden. Es ist ein großes Baby und vielleicht für ein kleines Kind sehr aufgeweckt, es wird aber nicht fähig sein, sein Erwachsenen-Ich im Hinblick auf Dinge, die sein Bedürfnis nach Bemutterung betreffen, mit Energie zu besetzen: Die Drnglichkeit dieses Bedürfnisses darf nicht unterschätzt werden; es könnte jeden töten, den es als Bedrohung im Sinne von Trennung erfährt oder der sein Recht auf Befriedigung seiner Bedürfnisse in Frage stellt.

Die Mutter sorgt für das Kind. Es muß gefüttert und saubergehalten werden. Es darf ihm nicht erlaubt werden, sich selbst zu verletzen oder verletzt zu werden. Es darf andere nicht verletzen. Sie muß wissen, daß sie für ihn sorgen kann und daß sein Bedürfnis nach ihr Schutz ist: ,,Ich fürchte Dich nicht. Du brauchst mich zu sehr, um mich zu verletzen." -ist das, was sie ihm sagt, wenn es sie bedroht-und sie geht nicht weg: ,,Ich will mich um Dich kümmern." Sie füttert es, wenn notwendig mit Gewalt. Sie macht, daß es sie beachtet. Manchmal braucht sie Hilfe, um für es zu sorgen, aber sie ist immer da und sie hat die Leitung. Kinder, für die gesorgt wird, deren Probleme gelöst werden können und die sicher sind, daß sie geliebt werden, wachsen heran, um gesund zu sein.

Es gibt einen Vater. Väter sind größer, stärker und lauter als Mütter. Irgendwo in der Tiefe ist das Baby voller Furcht vor dem Vater-am Anfang ist

das jedoch nicht so wichtig. Der Vater sorgt für Dinge, wenn die Mutter nicht da ist; manche Dinge, die sie tut, tut er ebenso und vielleicht spielt er auch mehr.

'Das Kind wird sich seiner jedoch zuerst in seiner Beziehung zur Mutter bewußt. Er stellt Anforderungen an diese, die manchmal denen, die das Kind an sie stellt, vorgehen. Er gerät mit ihr in Auseinandersetzungen und sagt und tut Dinge, die sonst niemand anderer sagen darf oder tun darf. Er schützt die Mutter vor ihrem seltsamen, übergroßen Baby und er hat die Macht, Dinge, die das Kind betreffen, zu tun und er trifft auch Entscheidungen im Hinblick auf das Kind. Und er hat eine sexuelle Beziehung zur Mutter, die merkwürdig und überwältigend ist. ,,Sie ist Deine Mutter und meine Frau", sagt er zu dem Kind. ,,Du sollst nicht so handeln, als ob sie Deine Frau ist."

Der Vater wird auf andere Weise bedeutsam. Er geht heraus in die Welt und er teilt dem Kind mit, wie es dort ist und welche Dinge die Menschen dort tun. Der Sohn beobachtet seinen Vater, mißt seine Erfolge und seine Mißerfolge und findet heraus, wie man Probleme löst.

Der Vater sagt seinen Kindern, was zu tun und wie es zu tun ist. Es gibt dort so viele Dinge zu lernen - Werkzeuge benutzen, Auto fahren, mit Polizisten reden und mit Geld umgehen - und all dies kann eigentlich nur der Vater vermitteln.

Das wichtigste, das sein Vater tut, ist seine eigene Männlichkeit seinen Söhnen mitzuteilen. Er sagt ihnen, was von Männern erwartet wird und welcher Art von Mann sie sein sollen; die Söhne wissen dann, daß sie diese Informationen benutzen können, um die Welt mit Vertrauen in ihre eigene Zulänglichkeit und Integrität anzugehen.

Wenn das Kind älter ist, muß es Disziplin lernen. Es weiß nicht, daß er größer ist als seine Eltern; es fürchtet sich sehr vor ihrer Mißbilligung. Auch wenn es sich übel beträgt, wird es nachgeben, um Streicheln von Ihnen zu bekommen. Verbote sollten bestimmt und prägnant sein: ,,Hör damit auf!", ,,Du sollst Menschen nicht schlagen!", ,,Es ist falsch, Lügen zu erzählen." Das Kind muß bestraft werden, wenn es widersteht, sich wichtige Botschaften zu verinnerlichen. Es ist in Ordnung, einem Kind einen Klaps zu geben oder es zu schlagen -aber das Problem muß gelöst und das Kind, bevor es allein gelassen wird, wieder gestreichelt werden. Auf keinen Fall darf bei ihm das Gefühl, schuldig zu sein, entstehen. ,,Wenn Du etwas Schlechtes tust, werde ich Dich strafen, damit Du aufhörst, es zu tun. Du brauchst Dich nicht selbst zu bestrafen."

Das Kind hat eine Vergangenheit und manchmal fühlt es sich an dieser Vergangenheit schuldig: ,,Du warst für schlechtes Verhalten nicht verantwortlich, bevor Du ein Wertesystem, das dieses verbietet, verinnerlicht hattest." Es lebt in einer Welt, die Übereinstimmung mit Erwartungen, die in Konflikt mit seinen Bedürfnissen stehen, verlangt. ,,Die Welt ist in Ordnung. Du mußt groß werden und lernen, in ihr zu leben." Und immer, jeden Tag: ,,Du bist wundervoll - schön -, Du wirst heranwachsen, um ein richtiger Mann zu sein und ein glückliches Leben zu führen."

Eltern

Eltern, die diese Technik benutzen, müssen miteinander verheiratet sein; die Familienstruktur muß real und auf Dauer angelegt sein. Sie müssen eine Menge über Kinder in allen Alters- und Entwicklungsstufen wissen - besonders aber über kleine Kinder. Es scheint ratsam, daß sie gereifte Menschen sind, die mit Erfolg eigene Kinder bis zur Adoleszens aufgezogen haben.

Ein großer Teil des Prozesses macht es erforderlich, daß die Eltern intimen physischen Kontakt mit den schizophrenen Kindern aufnehmen-daß sie sie berühren und daß sie selbst berührt werden, daß sie sich behaglich fühlen im Hinblick auf den Anblick, das Gefühl und die Funktion ihrer eigenen Körper und derer ihrer Kinder. Sie müssen fähig sein, freimütig und behaglich ihrer eigenen Sexualität und der ihrer überentwickelten Jugendlichen, ins Gesicht zu schauen. Sie müssen in der Lage sein, die Kinder aufs Klo zu setzen und mit Spucken, Blut und Erbrechen umzugehen, ohne daran Anstoß zu nehmen oder sich abzuwenden.

Eltern lehren ihren Kindern Werte und dies ist dringend wichtig für die strukturhungrigen Schizophrenen. Die Eltern müssen für sich selbst gut begründete Werte haben und Vertrauen in ihr Recht, diese Werte in der Form von Erwartungen zu kommunizieren: ,,Ich bin ein Jude. Ich wünsche, daß meine Kinder Juden sind und Juden heiraten." ,,Du sollst nicht quängeln. Ich kann Quängeln nicht ausstehen und Du tust es besser nicht noch einmal!" ,,Homosexualität ist falsch. Sie ist unnatürlich und die Menschen, die sich auf sie einlassen, sind unglücklich und schämen

sich.“ Beeltern muß nicht unflexibel sein, aber bestimmt und beständig sein. es muß alle wichtigen Fragen moralischen und ethischen Verhaltens abdecken und die Eltern müssen in wichtigen Themen übereinstimmen.

Schizophrene sind im Hinblick auf sexuelle Rollen konstant verwirrt; die Eltern müssen deshalb ihre sexuelle Identität in Beziehung auf die Familie sauber definieren. (Zum Beispiel ist die Mutter verantwortlich für Nahrung, Sauberkeitserziehung, Haushaltsführung usw. Der Vater kümmert sich um Geld, er plant die Arbeit außerhalb des Hauses und hält die Disziplin aufrecht. Zwischen den Eltern besteht eine gegenseitige Beziehung; sie unterstützen einander im Hinblick auf ihre eigenen Bedürfnisse und sie teilen sich die Arbeit beim Erfüllen der Bedürfnisse der Kinder.)

Die Umwelt

Kinder wachsen gesund heran, wenn sie in einer gesunden Umwelt leben. Infolge dessen wird die Familie mit minimaler Anpassung an die Pathologie strukturiert. Uns besuchende Fachkollegen sind immer erstaunt über das Fehlen von ,,verrücktem Verhalten“, ,,monotonen Affekten“ und ,,In sich zurückgezogen sein“. Verrücktes Verhalten (im Unterschied zu regrediertem Verhalten) wird nicht erlaubt und die Kinder lernen schnell, was sie tun können und womit sie nicht davon kommen. Unangemessenes Verhalten wird bestraft. Monotoner Affekt ist auf Zuwendungs-Hunger zurückzuführen und verschwindet schnell, wenn Berührungs-Streicheln erhältlich ist. In-sich-zurückziehen dient zwei Funktionen: Es dient als eine Verteidigung gegen regressive Bedürfnisse, die niemand erfüllen will, und oft ist es in Übereinstimmung mit dem Skript (häufig ist es eine Folge von Klinik-Erfahrungen mit Absonderung, die benutzt wird, um unangemessenes Verhalten zu kontrollieren). Alle diese Probleme können innerhalb von Tagen abgestellt werden.

Kindern wird beigebracht, daß das Haus ein Ort ist, um sich mitzuteilen, um zu lieben, zu vertrauen, zu arbeiten und zu spielen. Probleme werden gelöst. Gefühle werden ausgedrückt und mit ihnen wird sich befaßt. Es wird erwartet, daß die Familienmitglieder aufrichtig und offen miteinander umgehen. Zu jeder Zeit kann einer fragen ,,Was denkst Du?“ und erwartet eine direkte Antwort. Es gibt keine Geheimnisse; jeder hat teil an der Verantwortung, zu wissen, was bei den anderen geschieht und sich darum zu kümmern. Es gibt Intensität und Drama. Jeden Tag gesche-’ hen für Menschen wichtige und bedeutsame Dinge. Kinder kommen gut voran. Gäste berichten, daß sie die Wirkung der unverteidigten Gefühle fühlen können, wenn sie in das Haus kommen. Intimität ist eine wichtige Erwartung des Haushaltes und es ist für jeden schwierig, dieser Erwartung zu widerstehen.

Es gibt keinen Verlust an Struktur, wenn ein Kind gesundet. Wenn es heranwächst, geht es erfolgreich mit mehr Erwartungen um und hat mehr Privilegien. Es entscheidet dann eines Tages, es ist erwachsen und bereit, das Haus zu verlassen. Dann wird es ein ,,großes Kind”. Es kommt zu der Familiengruppe. Es hat immer noch Verpflichtungen gegenüber der Familie und die Familie ist weiterhin ihm gegenüber verpflichtet. Herangewachsene Kinder sind die Quelle gewaltiger Befriedigung für die Eltern; sie sind eine große Hilfe für die jüngeren Geschwister. Das Kind, das bereit ist, das Haus zu verlassen, kann die Welt ausprobieren, während es mit oder in der Nähe von Brüdern und Schwestern lebt, die Unterstützung und Struktur anbieten. Wenn es in Schwierigkeiten gerät, kann es nach Hause kommen.

Schizophrenie

Allgemeine Bemerkungen

In Beziehung auf diese Behandlung wird Schizophrenie als eine geistige Störung beschrieben, die sich aus spezifischen Arten mangelhafter Beelterung herleitet. Wir nehmen an, daß die mangelhafte Beelterung während der Entwicklungsphase erfolgte, in der das Kind einen Eltern-Ich Zustand verinnerlichte, der Fehlwahrnehmungen verursachte. Der schizophrene Patient versucht, sein Denken und seine Gefühle um diese Fehlwahrnehmungen herum zu strukturieren. Wenn Streß dies zu schwierig macht, kommt es zu einer akuten Episode, die eine Regression mit sich bringt.

Ich-Zustände

Das Eltern-Ich des schizophrenen Patienten ist verrückt. Zu dem Zeitpunkt, als es verinnerlicht wurde, wurde es vom Kindheits- und vom Erwachsenen-Ich mit spezifischen Merkmalen, die das Kindheits-Ich bedrohen, wahrgenommen. Das Eltern-Ich bietet dem Kindheits-Ich keine angemessene Fürsorge und keinen angemessenen Schutz, obwohl im Austausch für spezifische Arten der Übereinstimmung beides möglicherweise gegeben wird; das Eltern-Ich bezeichnet das Freie Kind beständig als nicht-O.k. Das Kindheits-Ich wird ursprünglich durch Dro-

hungen, daß der Rest der Welt auch nicht-O.k. ist, kontrolliert; das Eltern-Ich benennt bestimmte, nur vom ihm selbst verstehbare Drohungen, um damit Schutz gegen Übereinstimmung gegenüber irrationalen Erwartungen einzutauschen.

Das Erwachsenen-Ich ist fehlinformiert, da spezifische Informationen in einem frühen Alter fehlwahrgenommen oder falsch verstanden wurden und keine Berichtigung erfolgte. Im allgemeinen wurde die Fehlinformation entweder direkt oder indirekt durch das Eltern-Ich geliefert; häufig erfolgte keine Berichtigung, da Eltern-Ich Verbote gegen weitere Informationen gesehen wurden (z.B. im Hinblick auf Religion oder Sex) oder weil das Ereignis, das der Erfahrung vorausging, nicht auf andere Weise erlebt wurde (ein Beispiel ist der kleine Junge, der nur von einem sadistischen und sexuell abwegigen Vater geschlagen wurde).

Das Freie Kind ist das biologische Kind und es muß mit Energie besetzt werden, um eine Verpflichtung, gesund zu werden, zu motivieren. Dieses Freie Kind ist krank, es fühlt sich abwechselnd erschreckt und wütend; es weiß, daß es krank ist; es kann überzeugt werden, nach einer Lösung zu suchen, wenn eine angeboten wird. Dieser Ich-Zustand muß aktiviert und so oft wie möglich gestreichelt werden, besonders in der Anfangsperiode der Regression. Mit großer Wahrscheinlichkeit reagiert es auf EL-K Berührungsstreicheln - und dies trotz der Verbote gegen die Annahme derartiger Zuwendung. Während der Behandlung muß dieser Ich-Zustand in beachtlichem Maße im Hinblick auf die Energiebesetzung unterstützt werden; es kann unschätzbare Information liefern, wie spezifische Probleme gelöst werden können. Der Zustand des Freien Kindes ist das beste Anzeichen für die Wirkung der Behandlung.
Beispiel: Ein heranwachsender Junge mit einem ernsthaften Asthma-Anfall versucht, die Störung zu bearbeiten. Als er ER — ER gefragt wird, worüber er sich aufregt, würgt er heraus ,,Ich kann nicht denken". Wenn man ihn EL — FK fragt, sagt er ,,Vater muß auf mich böse werden und mir sagen, daß ich nicht länger Mutter's Baby sein kann!" Sobald der Vater sich damit befaßt, bessert sich das Atmen bemerkenswert.

Vorsicht: Das Freie Kind kann manchmal die pathologische Lösung eines Problems empfehlen, eine Lösung, die benutzt wurde, als das Problem das erste Mal erlebt wurde. Der Therapeut schützt sich dagegen, indem er die Dinge mit seinem eigenen Eltern-Ich überprüft (,,Das scheint mir nicht richtig - ich möchte es nicht tun wollen!"); er drängt das Freie Kind, eine andere Lösung zu finden.

Das Freie Kind wird häufig ermutigt, an seine Fähigkeit zu glauben, Probleme lösen und einen Arbeitsplan für das Erwachsenen-Ich (und den Therapeuten) aufstellen zu können; es braucht die wiederholte Versicherung, daß Probleme gelöst werden können. Es ist wichtig, sich zu erinnern, daß dies ein Kindheits-Ich-Zustand ist, der in regelmäßigen Abständen Zuwendung braucht, daß es geringe Aufnahmefähigkeit für sich verzögernde Befriedigung,ein instabiles Gedächtnis, eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und eine geringe Frustationstoleranz hat. Darüber hinaus ist es ein krankes Kind und wahrscheinlich voll Furcht, unglücklich und leicht verletzt oder bedroht. Negative Zuwendung für das Kranksein muß vermieden werden, obwohl es für spezifisches ,,Mißverhalten" angenommen werden kann. Beispiel: ,,Mir tut es leid, daß Du Dich so unglücklich fühlst; ich weiß, daß Du Dich fürchtest; jedoch ist es falsch, Menschen ,,Nigger" zu nennen und das wird Dir Unannehmlichkeiten bringen" .

Die Pathologie wird aufrecht erhalten, da das Eltern-Ich das Freie Kind überzeugt hat, daß es nicht in Ordnung und die Welt ein bedrohlicher Platz ist. Diese Einstellung bleibt in dem Kindheits-Ich, lange nachdem das verrückte Eltern-Ich verschwunden ist, erhalten oder teilweise erhalten. Oft erinnert sich das Kindheits-Ich nicht daran, woher es diese Information erhalten hat (obwohl dies immer mit der Zeit herausgearbeitet werden kann); es handelt aber spontan aufgrund dieser Information, wenn die Situation es ergibt. Er braucht eine Menge Zuwendung und viel korrigierende Erfahrung, bevor dieser Glaube geändert wird. Das Kindheits-Ich muß getrennt vom Erwachsenen-Ich korrigiert werden; sonst läßt eine plötzliche Energiebesetzung des Kindheits-Ichs im Zeitpunkt von Streß oder bei einer Krise dieses der Pathologie ausgesetzt. Nützlich ist ein häufiges Überprüfen der Ich-Zustände, indem man den Patienten während der Behandlungssituation veranlaßt, diese einen nach dem anderen zu aktivieren.

Das Angepaßte Kindheits-Ich ist der Ich-Zustand, der anstrebt, sich an die Eltern-Ich Forderungen anzupassen. Im schizophrenen Patienten gibt es immer ein sich fügendes Angepaßtes Kindheits-Ich, das versucht, sich an die Erwartungen anzu-

passen. Dieser Ich-Zustand wird im allgemeinen durch das Freie Kind aktiviert, das auf diese Weise versucht, Zuwendung zu erhalten oder sich gegen negative Zuwendung (Rückweisung, Kastrierung oder andere Bestrafung) zu schützen. Wenn der Patient kränker wird, wird dieser Ich-Zustand von dem wütenden Freien Kind, das die Energiebesetzung kontrolliert, benutzt, um pathologisch auszuagieren; die kranken Handlungen jedoch werden immer von dem Eltern-Ich vorgeschrieben und durch das Kindheits-Ich zum Extrem ausgeführt.

Beispiele: Ein kleiner Junge im Alter von 3 Jahren biß seine Schwester häufig. Sein Vater sagte ihm ,,Wenn Du jemanden verletzen mußt, dann versuch, Dich selbst zuerst zu verletzen". Der Junge nagte an seinen Fingern, bis sie wund waren und wurde selbstmörderisch. Ein Mädchen, dessen Mutter häufig Dinge wie ,,Ich werde so frustiert, daß ich einfach schreien könnte!" sagte, fing an, in der Kirche, Schule und bei gesellschaftlichen Ereignissen zu schreien.

Beinahe immer wurde der schizophrene Patient von seinen Eltern programmiert, sich in-sich-zurückziehen. Zum Beispiel: ,,Wenn Du nichts nettes sagen kannst, sei ruhig".

Andere AK-Zustände entwickeln sich folgendermaßen: Das Freie Kind fantasiert, in einem Versuch, dem verrückten Eltern-Ich zu entkommen, ein anderes Eltern-Ich. Dies kann Gott, ein Therapeut, ein Pfarrer oder irgend eine verfügbare Eltern-Figur sein. Dann wird, basierend auf der Phantasie, ein neues Angepaßtes Kindheits-Ich entwickelt. In manchen Fällen kann es sein, daß diese sekundären Kindheits-Ich-Zustände sehr gut entwickelt werden: Die klassische gespaltene Persönlichkeit. Diese Angepaßten Kindheits-Ich Zustände können von dem Freien Kind dargestellt werden, sie sind aber dem Erwachsenen-Ich oder auch untereinander nicht bekannt. Sie sollten durch den Therapeuten identifiziert werden, da das Erwachsenen-Ich wenig oder keine Bewußtheit von ihrem Verhalten hat; man sollte, wenn Gedächtnislücken auftreten, vermuten, daß derartige AKs vorhanden sind.

Der EL -K-Dialog in einem schizophrenen Patienten, der akut erregt ist, kann zwischen dem Elter-Ich und mehreren Kindheits-Ich-Zuständen, die in schneller Folge aktiviert werden, ablaufen. Ein Therapeut, der wachsam ihnen gegenüber ist und sehr vertraut mit der Geschichte des Patienten, ist üblicherweise in der Lage, die verschiedenen angepaßten Zustände zu unterscheiden. Es ist wichtig, sicher zu sein, daß beide, das Erwachsenen-Ich und das Freie Kind bei der Verinnerlichung des neuen Eltern-Ichs über die Ereignisse völlig informiert sind, um gegen die Schaffung eines neuen verzerrten Angepaßten Kindheits-Ichs während des Prozesses des Neu-Beelterns vorzubeugen. Dies könnte das Aufblühen des Freien Kindes beeinträchtigen.

Dadurch, daß man den Patienten dazu bekommt, Angepaßte Kindheits-Ich-Zustände aufzugeben, wird seine Verantwortung für das mit-Energiebesetzen und seine Fähigkeit, die Energiebesetzung zu kontrollieren, verstärkt. Die meisten Patienten neigen dazu, sich selbst gegen die Aufgabe dieser Ich-Zustände zu schützen, die oft als funktionaler als das Freie Kind wahrgenommen und zum Lösen von Problemen benutzt werden. Beispiel: ,,Sie ist tapfer und ich bin so ein Feigling!" Antwort: ,,Du hast sie geschaffen und sie ist ein Teil von Dir-so kannst Du lernen, auch tapfer zu sein."

In einer Neu-Beelterungsbeziehung kann die in das neue Eltern-Ich eingesetzte Energie auch benutzt werden, um die Energiebesetzung zu konfrontieren und zu blockieren. Beispiel: ,,Wenn Du so handelst, handelst Du nicht wie mein Kind."

Verschiedene Arten der Schizophrenie

Wir finden bestimmte Faktoren und Methoden speziell anwendbar bei verschiedenen Arten der Schizophrenie.

Paranoia ist durch ein Kindheits-Ich charakterisiert, das sich spezifisch vor Verstümmerlung und Kastrierung sowie vor Immobilisierung fürchtet. Das Kind sieht sich selbst als einen Feigling, indem es glaubt, daß es keine natürliche Neigung fühlen würde, um sich selbst vor der Kastrierung zu schützen. Es beschreibt sich selbst in einer Situation möglicher Kastrierung als ,,weiche Knie bekommend", ,,nichtstuend , ,,zu erschreckt, um sich zu bewegen". Typisches Verhalten für das Kindheits-Ich ist es, zu versuchen, die Furcht zu überspielen, indem es die Energiebesetzung eines Angepaßten Kindheits-Ichs mit pathologischer Wut erlebt, die es der Furcht vorzieht. Da die Wut ohne Erwachsenen-Ich motiviert wird (typisch mit AK-Ich-Zuständen) und da keine Einschätzung der Gefahr erfolgt (da die Furcht ausgeschlossen wird), ist dies üblicherweise gegenüber dem auslösenden Ereignis unangemessen.

Ein zu früher Versuch, in der Behandlung die Furcht vor der Kastration zu konfrontieren, kann einen katatonischen Zustand auslösen (die Immobilisierung, die der Patient beschreibt). Man sollte es üblicherweise nicht versuchen, ehe nicht einige Zeit nach der Regression vergangen ist und der Patient gesunde selbstbeschützende Mechanismen zeigt.

Es scheint äußerst wirksam, die Furcht direkt zu konfrontieren; der Patient kann üblicherweise die Konfrontation in seiner Phantasie planen. Beispiel: Der Patient sitzt nackt festgebunden auf einem Stuhl. Der Eltern-Teil, von dem er befürchtet, kastriert zu werden (es kann dies jeder von ihnen sein), nähert sich ihm; er hält in bedrohlicher Weise ein Messer. Der Patient wird ermutigt, die volle Wirkung seiner Furcht zu erfahren. Ihm wird dann, wenn notwendig, geholfen, sein Entsetzen auszunutzen, um einer gesunden selbstbeschützenden Antwort Energie zuzuführen. Das Ziel dieser Methode ist nicht, dem Patienten zu versichern, daß er nicht kastriert wird; das Ziel ist vielmehr, ihm seinen Protest und seinen Unwillen anschaulich zu machen, sich der Kastrierung oder sexuellen Verstümmelung zu unterwerfen.

Katatoniker sind in ihrer Dynamik den Paranoiden ähnlich, außer daß sie in ein Stadium des Ungeborenseins regredieren und darauf warten erneut geboren zu werden. Ein einfühlsamer Therapeut, besonders wenn er weiß, was die Regression ausgelöst hat, kann dem Patienten Ermutigung gegenüber der erschreckenden Welt anbieten und dann die Geburt des Babys ausagieren. Dieses Ausagieren muß ein Gefühl des Fallens einschließen, und daß das Kind einen Klaps bekommt und schreit, sowie daß es von einer fürsorglichen Mutter in der Welt begrüßt wird, die dann das Baby füttert. Üblicherweise schläft es danach ein.

Es ist notwendig darauf hinzuweisen, daß die Wirkung der Neugeburt des katatonischen Patienten von der Verfügbarkeit einer fürsorglichen Mutter auf lange Sicht abhängt.

Wir haben nur zwei Hebephrene gehabt; jedoch stimmt die pathologische Dynamik bei beiden überein. Das zugrundeliegende Problem ist Wut, die mörderisch ist. Die Patienten erfahren die Wut als immer gegenwärtig; sie benutzen als Verteidigung ein Anheben ihrer Stimmung, in dem Bestreben, das Ausagieren der Gefühle zu vermeiden. Infolge dessen sind sie immer ,,in Rage“ oder ,,mehr in Rage“ (zum Nachteil des Erwachsenen-Ichs). Es gibt zwei AK-Zustände. In dem einen ist die Dynamik ähnlich der eines Paranoiden, indem Furcht überspielt und mit Wut reagiert wird. Der andere ist ,,nett und süß“. Das Kindheits-Ich hat nicht die Erlaubnis, wütend zu sein und glaubt, Wut kann nur als Verrücktheit ausgedrückt werden. Der Aktivierung des wütenden Angepaßten Kindheits-Ichs geht üblicherweise eine deutliche Anhebung der Stimmung, wahnhaftes Denken und Phantasieren sowie geistige Verwirrung voraus. Jedoch wird all dies möglicherwiese durch das nette und süße Angepaßte Kindheits-Ich verdeckt, das damit beschäftigt ist, nachdrücklich nett und süß oder albern zu sein; infolge dessen ist es wahrscheinlich, daß die anderen Anzeichen dafür, daß gleich etwas geschehen wird, unbemerkt bleiben.

‘Die Wutepisoden erscheinen nach außen krampfartig und bilden für andere eine Gefahr. Nach der Episode soll man den Patienten veranlassen, über seine Wut zu sprechen; für einen kurzen Zeitraum ist er fähig, dies zu tun. Man kann den Patienten in der Verantwortung für die Energiebesetzung der AK-Zustände halten; man muß jedoch für angemessene Entladungsmöglichkeiten, in denen er seine Wut ausdrücken kann, sorgen, damit sich die Tötungswahrscheinlichkeit nicht aufbaut. Es gibt im Anfang der Behandlungen Zeiten, in denen der Patient das Bedürfnis hat, die Wut in einer physisch gewalttätigen Art auszuagieren; er kann jedoch diese Ereignisse vorplanen, so daß die unter kontrollierten Bedingungen geschehen können. Üblicherweise wird eine derartige Episode in einer Gruppe durchgearbeitet, in der der Patient, wenn notwendig, durch die anderen Gruppenmitglieder festgehalten werden kann.

Zur Zeit denken wir über zwei Nebenthemen nach. Die hebephrenen Wahnvorstellungen treten als spezifisches Bemühen auf, das Kindheits-Ich von dem Aufstauen der Wut abzulenken; diese Wahnvorstellungen sind in Inhalt und Qualität ausgeprägt verschieden von anderen schizophrenen Wahnvorstellungen. Ein zweites Gebiet, das uns interessiert, ist die Frage, wo die Wut gespeichert und wie sie mit Energie versehen wird. Unsere beiden Patienten haben herausgefunden, daß dem EL-ER-K Modell etwas fehlt, um ihre Dynamik zu beschreiben.

Selektion

Es scheint, daß eine der bedeutsameren Denkstörungen in der Schizophrenie das Ergebnis ei-

nes Problems ist, Antworten zu selektieren oder von Ängsten, unfähig zu sein, angemessen zu selektieren. Manche pathologische Verhaltensweise bewegt sich um diese Schwierigkeit herum.

Es gibt Zeiten, in denen der Patient sich durch Stimuli bombardiert und unfähig fühlt, selektiv wahrzunehmen; dies ist für manche Reizbarkeit verantwortlich und für Probleme wie Geräuschempfindlichkeit und Verworrenheit, auch für die Vermeidung gesellschaftlicher Treffen, menschenüberfüllter Plätze wie z.B. Geschäftsstraßen und Kaufhäuser und von Gruppen. Der Patient fürchtet sich, sich als ein Ergebnis impulsiver Selektion von Stimuli, in Verhaltensweisen zu verwirklichen. Die meisten Schizophrenen haben als Folge dieses Problems Mißbilligung erfahren und sie vermeiden Situationen, wo dies geschehen kann. Es ist wichtig, das Kritisieren derartigen Verhaltens als ,,verrücktes Handeln zu unterlassen, um dem Patienten zu helfen, über alternative Verhaltensweisen für das nächste Mal nachzudenken. Man kann im allgemeinen den Patienten, der Selektionsverwirrtheit fürchtet, überzeugen, sich in die bedrohende Erfahrung hineinzubegeben, wenn er sich des schützenden Beelterns sicher ist und vorhat, derartiges Beeltern anzunehmen. Beispiel: ,,Wenn du einkaufen gehst, bleib bei Joan und laß sie für dich sorgen."

Die Selektionsstörung kommt häufig vor, wenn Abwehrmechanismen benutzt werden. Zum Beispiel kann die Verdrängung einer spezifischen Gefühlsantwort in einer Situation Betäubung, Schläfrigkeit, Gedächtnisverlust und eine Unfähigkeit, positive oder negative Gefühle zu erfahren, zur Folge haben - und dies solange, bis die ursprünglichen Gefühle erfahren oder vermindert wurden. Auch wird gerne Wut, die ursprünglich für eine bestimmte Situation spezifisch ist, im Hinblick auf die ganze Umgebung und auch das Selbst verallgemeinert. So ist Selbstverstümmelung häufig nicht masochistisch; sondern sie geschieht, da das Selbst das am meisten verfügbare Hilfsmittel ist, um Gefühle zu ventilieren, und die Technik des Selektieren nicht wirksam wird.

Die Folgen der Probleme bezüglich Selektion und Entscheidung sind auf der Seite des Patienten beträchtlich; dies ist ein Aspekt der Pathologie, den wir noch erforschen. Es scheint, daß er diagnostisch in verschiedenen Gruppierungen verschiedenartig auftritt; er könnte ein sehr wesentliches Unterscheidungsmerkmal bei der Bestimmung der Art der Pathologie eines bestimmten Patienten sein.

Die Behandlung des Problems ist komplex; sie geht weit über die Neu-Beelterungs-Situation hinaus. Dem Patienten wird beigebracht, nur geringe Abwehrmechanismen aufrechtzuerhalten und Energiebesetzung als einen hauptsächlichen Schutzmechanismus zu benutzen. Er muß die Furcht vor Selektionsproblemen überwinden; sie tendiert dazu, seine Fähigkeit zu lähmen, mit den Situationen umzugehen. Man kann ihm beibringen, gesellschaftliche Einrichtungen so zu benutzen, daß er Zeit für die Energiebesetzung des Erwachsenen-Ichs in mit Streß verbundenen Verhältnissen gewinnt; Krisen müssen vermieden werden, bis er geübt genug ist, in Reaktion auf eine Bedrohung sein Erwachsenen-ich schnell zu aktivieren. Wenn er mehr Vertrauen erwirbt, wird der Patient auch motiviert sein, gesunde Weisen herauszufinden, um mit diesem Problem umzugehen; bis er dies tut, wird er von einer externen Struktur abhängig sein, in der die Anforderungen nach Selektion durch elterliche Einschärfung vermindert werden.

Es gibt gewichtige Beziehungen zwischen dem Selektionsproblem und dem Auftreten von Eltern-Ich-Trübungen. Viele Schizophrene neigen dazu, ein überstarkes Eltern-Ich als eine ausgleichende Struktur zu benutzen, um sich gegen diese Schwierigkeit zu schützen; obwohl es unwahrscheinlich ist, daß Trübung nach der Neu-Beelterung auftritt (wir kennen keinen Fall derartigen Auftreten), benötigt der Patient Hilfe, um übermäßigen Gebrauch des alten Eltern-Ichs als eine Möglichkeit, dem Selektionsstreß zu entgehen, zu vermeiden. In gewisser wichtiger Weise stehen Selektionsschwierigkeiten in Verbindung mit der Kreativität und Ausdruckskraft, die für in hohem Grade schizophrene Patienten charakteristisch erscheinen; man hat beobachtet, daß Patienten sich weigern, direkt mit dem Problem umzugehen, in dem Glauben, daß sie einen beachtlichen Verlust erleiden, wenn sie es tun: infolgedessen unternehmen wir derzeit nichts, um dieses Problem zu ,,heilen", wir konzentrieren uns darauf, Mittel herauszufinden, durch die der Patient mehr bewußt sein und diese Bewußtheit als eine schutzgebende Technik benutzen kann.

Regression

Die Regression tritt gewöhnlich plötzlich auf (für einen Zeitraum von weniger als eine Woche) und sie wird durch Aufforderung durch das Kindheits-Ich herbeigeführt. (Therapeuten, die schizophre-

ne ambulant behandeln, müssen sich dieser Gefahr bewußt sein, wenn sie den Patienten ermuntern, sich in Übereinstimmung mit diesem Gegenskript ,,gut" zu benehmen.) Gewöhnlich verlangt dies vom Kindheits-Ich, eine elterliche Skript-Einschärfung zu verletzen.*

Beispiel: Eine Patientin erzählte dem Therapeuten, daß sie ihre Mutter beobachtete, die sich sexuell mit einem Tier beschäftigte; damit verletzte sie die Einschärfung der Mutter: ,,Sprich nicht über mich!" Das Kindheits-Ich wird dann von Furcht vor Bestrafung durch das Eltern-Ich erfüllt und die Regression ist ein Versuch, der Strafe zu entgehen.

Das Entkommen führt zurück in eine angenehme Zeit innerhalb der Entwicklungserfahrung. Ein Patient, der von seiner Mutter während der analen Phase zurückgewiesen wurde, wird wahrscheinlich in ein orales Stadium regredieren. Dies widerspricht Theorien, die besagen, daß die Regressionen in die Zeit des Traumas zurückführt.

Auf die Regression folgt eine Periode, die wir als ,,der Ruhetag" beschreiben. Wenn das Neu-Beeltern in dieser Periode beginnt, ist die Prognose wesentlich günstiger. (Alle Patienten, die wir am Beginn der Regression in unser Haus aufnahmen, wurden erfolgreich neu-beeltert). Dann gibt es eine Periode von einigen bis mehreren Wochen, in der sich der Patient ganz behaglich fühlt, wenn die regressiven Bedürfnisse erfüllt und regressive Empfindungen erklärt werden. Diese Zeit wird benutzt, um die Beziehungen zu den neuen Eltern zu festigen, das Erwachsenen-Ich zu enttrüben, genügend historische Informationen vom Patienten zu bekommen, um das bevorstehende Neu-Durchspielen pathologischer Abschnitte zu planen, Transaktionsanalyse zu lehren und Ich-Zustände zu identifizieren. Es ist relativ leicht, den Patienten während dieser Zeit dazu zu bekommen, das verrückte Eltern-Ich zu unterdrücken.

Wenn der Patient in einer Klinik untergebracht war, wird es Schwierigkeiten geben. Er wird die Ruhetag-Periode als eine Zeit der Furcht und Verwirrung erlebt haben; wahrscheinlich hat er von Wärtern und Krankenschwestern viele Nicht-in-Ordnung-Botschaften erhalten und dies in einer Zeit, in der er sehr verwundbar und beeinflußbar war. Für seine Empfindungen wird er keine Erklärungen gehabt haben. Die regressiven Bedürfnisse werden als Pathologie wahrgenommen worden sein; seine Erfahrung wird wahrscheinlich ähnlich zu der eines in einem Krankenhaus liegenden Babys oder kleinen Kindes gewesen sein - was Symptome der Depression zur Folge hatte. Das Ergebnis wird aufgrund der Angst und Verwirrung noch mehr Trübung sein und das verrückte Eltern-Ich wird entweder mit Energie besetzt werden oder kunstvoll ausgearbeitetes Vermeidungsverhalten wird sich entwickelt haben. Wahrscheinlich wird sich eine Fixierung auf eine dramatische Periode ergeben haben oder aber der Patient ist durch eine regressive Entwicklungsphase ohne angemessene Auflösung hindurch gegangen. Diese Patienten durchlaufen häufig in der Neu-Beelterungs-Situation nicht aufeinander folgende Regressionsphasen; die Behandlung ist langsamer und für den Therapeuten verwickelter. Unsere drei Mißerfolge gehören zu dieser Kategorie. Jedoch können auch die meisten dieser Patienten eine wirkungsvolle Neu-Beelterung erleben.

Nach dem ,,Ruhetag" wird der Patient in den meisten Entwicklungsphasen ein für einen gestörten Jugendlichen typisches Verhalten zeigen. Es ist wesentlich, daß dieses Verhalten, bevor der Patient in ein neues Stadium eintritt, aufgelöst wird.

Die Regression wird als ein Versuch wahrgenommen, frühe Kindheitsstörungen in Richtung auf eine gesunde Auflösung zu bearbeiten; sie wird in dem Patienten unterstützt und ermutigt; ihm wird häufig immer wieder versichert, daß er die Fähigkeit hat, Probleme auf sinnvolle Weise lösen zu können.

Orale Phase

Der Patient, der fähig ist, seine Empfindungen während dieser Phase zu beschreiben, weist auf unübliche Empfindungen des oralen Bereiches hin. Zu den Verhaltensweisen, die ein Bedürfnis nach Flaschenfütterung anzeigen, gehören: saugen, sabbern, in der Nase bohren, Zähne knirschen, häufiger Stuhlgang, übermäßiger oder verminderter Appetit, Magenknurren, schaukeln und sich selbst streicheln. Eine Zahnungsphase, zu der Zahnfleischempfindlichkeit gehört, wie auch der Drang nach knuspriger Nahrung (Brezeln, Biskuits), erfordert normalerweise kein Fla-

*Kurz gesagt besteht das Gegenskript aus ,,guten" Vorschriften der Eltern. während das Skript die krankheitserregenden enthält, die normalerweise stärker und furchtbarer sind.

schenfüttern; wenn jedoch Eßstörungen auftreten, wird die Nahrung für den Patienten gemahlen; er wird damit gefüttert oder er wird künstlich ernährt. Das Patientenkind wird während dieser Phase viel gestreichelt, da es nur geringe Streichelreserven hat. Es muß sowohl beim Füttern als auch zu anderen Zeiten im Arm gehalten und geschaukelt werden.

Krabbelphase

Für die Entwicklung gesunder Motivation ist eine Phase unentbehrlich, zu der Krabbeln, zufälliges oder scheinbar zweckloses Spielen und Erforschung der Umgebung gehört. Während dieser Periode kann der Patient gereizt sein und es mag schwierig sein, für ihn zu sorgen, da er ständige Aufmerksamkeit braucht, nicht kooperativ sein kann und oft negativistisch ist. Trotz allem muß er viel gestreichelt werden; Er muß viel physisch versorgt werden und er sollte nicht diszipliniert werden, obwohl man ihm »nein« sagen kann: normalerweise antwortet er auf einfache Anordnungen, die mit schwach erhobener Stimme gegeben werden.

Anale Phase

Diese Phase wird durch eine Reihe von Dingen charakterisiert: Verstopfung oder Durchfall, Schmieren mit Exkrementen, Darmleerung oder Urinieren an unüblichen Plätzen, Interesse an Gerüchen, Masturbieren, Gewinnsucht, Hamstern, Wutausbrüche, Aufmerksamkeit fordern oder zurückweisen, Streicheln, Jammern sowie eine Bandbreite an aufreizenden Verhaltensweisen, die darauf abgestellt sind, Grenzen auszuprobieren, Verantwortung zu vermeiden und Aufmerksamkeit wachzuhalten. Das Patientenkind braucht weiterhin Berührungsstreicheln und beständige Überwachung. Es ist immer noch sehr wichtig, daß der Patient mehr positive als negative Zuwendung erfährt; jedoch werden in dieser Periode Strukturen und Disziplin eingeführt und sinnvolle Erwartungen zum Ausdruck gebracht. Die Auflösung dieser Periode erfolgt häufig im Durcharbeiten von bestimmten Verhaltensweisen, die nicht annehmbar sind und aufgegeben werden; das Ziel dieser Arbeit ist, die Wut der Mutter aufzulösen und Zuwendung zu erhalten.Die erfolgreiche Durcharbeitung dieser Phase zeigt sich im Aufhören der Verstopfung oder des Durchfalls. Versucht man, diese Phase mit dem Erwachsenen-Ich durchzuarbeiten, wird nichts gewonnen; das Erwachsen-Ich scheint beinahe vollständig ohne Kontakt mit der gesamten analen Situation zu sein und spielt bei der Lösung keine feststellbare Rolle.

Ödipale Phase

Im Vergleich zu früheren Phasen findet sich in der ödipalen Phase mehr Regression; jedoch scheint für die gesunde Beendiggung der Regression die erfolgreiche Auflösung dieser Phase (und des analen Stadiums) im Verlauf der Regression wesentlich zu sein. Viele komplexe Probleme werden in diesem Zeitraum erlebt; zu ihnen gehören Konkurrenzfähigkeit, Kastrationsängste, sexuelle Phantasien und häufige Fehlwahrnehmungen. Das Denken und die Phantasien des Patientenkinds sollten beständig überwacht, unübliches Verhalten gegenüber jedem Elternteil sorgfältig erforscht und jedem Anzeichen von Verdrängung sofort entgegengetreten werden (da all diese Dinge Pathologie auslösen werden). Der Patient benötigt häufige Definition seiner sexuellen Identität (er wird häufig in beiläufigen Gesprächen als »Junge« identifiziert und seine Rollen und Aktivitäten werden entsprechend differenziert); ihm muß auch seine sexuelle Zulänglichkeit immer wieder versichert werden. Die erfolgreiche Beendigung dieser Phase beinhaltet auch den Beginn eines sexuellen Skripts (» wenn du einmal erwachsen bist, wirst du auch eine eigene Familie haben «) Klare Grenzen werden im Hinblick auf sexuelle Impulse gegenüber den Eltern gesetzt. Es können in diesem Stadium auch homosexuelle Neigungen entstehen; man kann sie als Anzeichen für Kastrationsängste oder für andere Hindernisse einer erfolgreichen Auflösung dieser Phase betrachten. Streicheln wird fortgesetzt - es ist jedoch wichtig, daß das Streicheln aus dem Eltern-Ich Zustand erfolgt.

Latenzphase

Wenn die vorhergehenden Phasen erfolgreich aufgelöst wurden, wird dies eine ziemlich leichte Zeit werden, in der das Patientenkind für neue Skript-Anweisungen sehr empfänglich ist. Abweichende Gedanken und Impulse kommen häufig vor und werden normalerweise verbalisiert; sie können in der Regel durch Entrübung des Erwachsenen-Ichs und durch elterliche Einschärfungen berichtigt werden. Wahrscheinlich kommen auch Anfälle von Hypochondrie und Ängste im Hinblick auf tätliche

Angriffe und Tod sowie viele Gefühle der Unzulänglichkeit vor. Der Einsatz des Erwachsenen-Ichs zum Problemlösen ist ein elementares Ziel dieser Phase; das Patientenkind erlebt viel Frustation wenn sein Erwachsen-Ich nicht funktional oder zu unentwickelt ist, um mit Situationen umzugehen.

In dieser Zeit beginnt der neue Eltern-Ich Zustand - anscheinend, um das Erwachsenen-Ich zu unterstützen - mit Energie besetzt zu sein (die Energiebesetzung ist sehr stark vom Kindheits-Ich motiviert). Man sollte es am Anfang sorgfältig beobachten und ihm nicht übermäßig vertrauen, da es in einer Zeit verinnerlicht wurde, in der Fehlwahrnehmungen auftraten. Wenn Probleme sichtbar werden, können sie sogleich behoben werden - sie müssen allerdings in allen drei Ich-Zuständen richtiggestellt werden. In dieser Phase muß das Patientenkind sein neues Eltern-Ich ausprobieren; so muß man ihm Gelegenheiten bieten, seine Reaktionen gegenüber Verantwortung zu erproben. Es wird in den meisten Tätigkeitsbereichen deutliche Verbesserungen geben; jedoch benötigt das Patientenkind weiterhin Kontrollen und Struktur; man kann nicht unterstellen, daß es gesund ist.

Es ist wichtig, daß der Patient nicht »über-beeltert« wird; anderseits ist es wichtig, daß das Kindheits-Ich viel Unterstützung erhält und daß weiterhin verbales Streicheln und Berührungsstreicheln gegeben wird (allerdings sehr reduziert vom Elternteil des anderen Geschlechts). Oft besteht die Neigung, das neue Eltern-Ich übermäßig mit Energie zu besetzen; dies scheint uns für einen Patienten, der die Brauchbarkeit und Wirksamkeit dieses neuen Ich-Zustands erforscht, normal. Vergleichbares Verhalten kann man auch bei nicht-schizophrenen Kindern im Latenzalter, besonders im letzten Teil dieses Stadiums, beobachten.

Gelegenheiten für eine klare sexuelle Identifikation sind notwendig. So werden Aktivitäten, die die sexuelle Differenzierung des Patienten ermöglichen, gefördert und für Handlungen, die dem Geschlecht des Kindes nicht angemessen sind, wird negative Zuwendung gegeben. Beispiel: » Nein, du darfst nicht stricken lernen. Jungen tun das nicht! «

Adoleszenzphase

In dieser Phase tritt wahrscheinlich die frühere Pathologie wieder auf - allerdings üblicherweise auf einer wesentlich niedrigeren Ebene als früher. ‚Dem Patientenkind wird mit geringster Einbuße des verbesserten Funktionierens geholfen, die Probleme zu lösen. In der Regel werden die Beziehungen zu jedem Elternteil eingehend überprüft. Diese Beziehungen sind durch Episoden von Unverträglichkeit gekennzeichnet, die manchmal durch Nachgeben und manchmal durch Ausbrüche von Wut aufgelöst werden. Eine gewisse Widerspenstigkeit ist für diese Periode charakteristisch und viel Energie wird gebraucht, um Probleme im Hinblick auf angemessenes und unangemessenes Äußern von Wut zu lösen.

Das Patientenkind wird während dieser Phase auf die Entlassung aus dem Haus vorbereitet; dies geschieht, wenn der Grad der Pathologie im Kindheits-Ich es erlaubt, die Geborgenheit der Wohnung zu verlassen. Es wird am besten durch Vorbereitung auf das College, durch eine Berufsausbildung, eine Arbeit oder eine andere für einen jungen Erwachsenen passende Rolle erleichtert.

Sonstige Überlegungen

Skript Anweisungen

Obwohl beim Geben von Skript Anweisungen beide Elternteile beteiligt sind, wird vom Patienten einer von beiden als primär für diese Funktion ausgewählt. Er verinnerlicht von diesem Elternteil mehr Eltern-Ich und braucht von ihm mehr Skript. (In dieser Wahl mag ein genetisches Entwicklungselement stecken). Wenn der Elternteil, von dem das Skript benötigt wird, aus irgend einem Grund nicht verfügbar ist, kann dies zur Pathologie beitragen. Es ist wichtig, daß bei jeder bedeutsameren Transaktion mit dem Kindheits-Ich überprüft wird, welcher Elternteil das Skript geben soll. Im Hinblick auf diese Entscheidung haben wir keine patologischen Anzeichen beobachtet; das Kindheits-Ich scheint immer zu wissen, was es von wem benötigt.

Einleiten einer Psychose

In vielen Fällen, wenn ein Problem durchgearbeitet werden muß, wird das Kindheits-Ich des Patienten ermutigt, zu diesem Zweck eine Situation zu planen. Dies geschieht üblicherweise in einer Gruppe, in der das Ausagieren kontrolliert werden kann. Das Patientenkind wird ermuntert: » Tu, was du tun

mußt «. Die Psychose wird dann aufgedeckt, oft ausagiert und die Gruppe geht direkt mit dem wahnhaften Kindheits-Ich um. Es ist wesentlich, daß diese Situationen durch berichtigende Skript Anweisungen an das Kindheits-Ich beschlossen werden.

Transaktionen

Eltern von Schizophrenen müssen an die Selektionsschwierigkeit und die Konkretheit des Denkens, die diese Krankheit kennzeichnen, denken. Verbale Transaktionen müssen deutlich und spezifisch sein. Beispiel: Einem Jungen, der dafür bestraft wurde, daß er seine Schwester schlug, wurde gesagt » du darfst sie nicht noch einmal anrühren! ‹; er hatte darauf große Schwierigkeiten, sie durch Berührung zu streicheln und zu helfen, sie festzuhalten,- und dies solange, bis diese Einschärfung wieder aufgehoben wurde. Da das schizophrene Kind sehr Skript-gebunden ist, haben Mißverständnisse gegenüber präzisen Erwartungen eine verstärkte Bedeutung; das Kind kann sich häufig nicht selbst gegen sie verteidigen.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt als dieser Artikel geschrieben wurde, sind 14 junge Menschen erfolgreich neu-beeltert worden; es ist nicht zu erwarten, daß einer von ihnen noch einmal eine Psychose erleben wird. Voll Vertrauen arbeiten sie, gehen in die Schule, heiraten und gründen Familien. Sie werden von anderen als attraktive, liebenswerte Menschen wahrgenommen, die fähig sind, Streicheln anzunehmen und zu geben; sie erwarten, mit Erfolg mit der Welt umzugehen.

Anmerkung

Wir lernen hier nicht nur, wie man eine geeignete Einstellung und eine passende Umgebung bereitstellt, um Schizophrene zu heilen, sondern es werden auch neue Dinge enthüllt, wenn die Pathologie entfällt. Diese neuen Dinge sind von beachtenswertem klinischen Interesse. Sie können darüber hinaus bereits jetzt benutzt werden, um in dem Prozeß des Neu-Beelterns spezielle Punkte therapeutischen Vorgehens deutlich zu machen.

Es ist lehrreich, hier Federn's Pioniererfahrung zu bedenken (ich bin in der glücklichen Lage, einen Nachdruck seiner Originalartikel über dieses Thema zu besitzen.) Er besuchte seine Patientin das erste Mal in der Klinik » und erreichte letztendlich ihre Übertragung durch Freundlichkeit. « Er schreibt weiter:

» Ich versprach ihr, sie aus der Klinik herauszuholen und vergaß auch nicht Schokolade. Man erreicht eine gute Übertragung bei Psychotikern leicht, wenn man ihre Regressionen auf die orale Stufe benutzt. Meine Frau stimmte zu und sobald als möglich nahmen wir seine Patientin in unser Haus auf. Wir tolerierten ihre emotionalen Ausbrüche. Ich kannte ihre Vergangenheit und die darunter liegenden Konflikte und half ihr, sie zu überwinden. Im Laufe der nächsten zwei Jahre erlaubte ich ihr nicht, nach Hause zu ihrer Familie zurückzugehen sie fuhr stundenlang mit meiner Frau in einem Wagen, wobei sie die Fahrt oftmals unterbrach, um unbegrenzte Mengen von Süßigkeiten zu essen, sie wurde normal, heiratete zweimal und erfüllte ihre Pflichten. «

Die folgenden Beiträge sind drei autobiographische Berichte. Sie sind geschrieben von neu-beelterten Menschen, deren Namen der Herausgeber kennt; sie ziehen es jedoch vor, im Bulletin anonym zu bleiben. Der erste Beitrag wurde von einem Mann, die beiden anderen von Frauen geschrieben. »Vater « und » Mutter « sind natürlich Herr und Frau Schiff.

E.B.

(Aus TAB 8, Juli 1969 S. 45-63)

Die Regressionserfahrung
Von einem Patienten von J. Schiff

Meine Erinnerung an den Zeitraum unmittelbar vor der Regression scheint am meisten durch die wachsende Spannung zwischen zwei Teilen meiner selbst gekennzeichnet; beide Teile kämpfen um Kontrolle, stellen im Widerspruch stehende und oft gegensätzliche Forderungen an mich und werden offensichtlich mit jedem Tag unvereinbarer.

Während dieser Periode begann ich, kurze Augenblicke der Ruhe zu erleben, sehr kurze, aber auch sehr vollständige Erlebnisse von mir selbst zu haben, als sehr friedlich, als integriert, ohne jede Herbheit und ohne jeden Konflikt, die sonst mein Erleben am stärksten kennzeichneten. Ich erlebte mich selbst und andere um mich herum als weich, aufnahmefähig und zart. Ich konnte mich sehr plötzlich und ohne offensichtlichen Grund an Situationen, Beziehungen und darüber hinaus an Gefühle aus meiner Kindheit erinnern – nicht auf eine abstrakte, faktische Weise, sondern direkt und emotional. Ich konnte noch einmal die Qualität und den Ton dieser Situationen und Beziehungen fühlen.

Es schien sehr verführerisch, diese kurzen Augenblicke auszudehnen; jedoch wurde es für mich notwendig, derartige Gefühle zu unterdrücken, um zu funktionieren und meinen Verantwortlichkeiten als Erwachsener nachzukommen. Meine Therapeutin war sich bewußt, daß ich vor der Regression stand; sie drängte mich, sie zu verschieben, bis ich das akademische Jahr beendet hatte. Dies war spät im Februar. Ende März wurde es jedoch für mich unmöglich, angemessen zu funktionieren. Meine Lehrzeitverpflichtungen schienen mir untragbar schwer und im Grunde genommen schienen alle meine Verantwortlichkeiten als Erwachsener meine sämtlichen Fähigkeiten zu überschreiten. Gegenüber den Erwartungen, daß ich sie erfülle, fühlte ich zweierlei: Ich war erschreckt und wütend. Ich hatte das sehr starke Verlangen, am liebsten einfach alles laufen zu lassen, all das, was in mir drängte herauszukommen, herauszulassen, und nicht länger in einem unvereinbaren Konflikt vermitteln zu müssen.
Nachdem ich einen Tag in Washington, D.C., verbracht hatte, in dessen Verlauf ich äußerst erschreckt und verwirrt wurde - nahe bis zu dem Punkt, physisch krank zu sein - wurde es meiner Therapeutin und mir klar, daß ich am Punkt der Regression stand. Mit der wiederholten Versicherung, daß ich sicher war und daß man sich um mich sorgen würde, schien die Tatsache des Regredierens weit weniger erschreckend als ich immer angenommen hatte. Ich fühlte, daß das geschehen würde, von dem ich wünschte, daß es geschah und das ich nötig hatte; und ich fühlte, daß ich unterstützt und geschützt werden würde, während es geschah.

Das aktuelle Erleben der Regression schien sehr stark ein ,,Zurückfallen“ zu sein mit einem beinahe klaren, physischen Erleben dieses Geschehens. Mein Körper verlor viel von seiner Straffheit und wurde in der Tat äußerst locker und unkoordiniert. Meine Glieder fühlten sich sehr gummiartig an und gelegentlich hatte ich das plötzliche Gefühl des Schmelzens, was ich, ähnlich dem Gefühl des ,,zu Mus Werdens”, empfand. Meine Eingeweide schienen in ständiger Bewegung zu sein. Ich fühlte mich äußerst empfindsam im Bereich meines Mundes – mit dem Bedürfnis, zu saugen, zu beißen und zu kauen. Mir wurde regelmäßig die Flasche gegeben und manchmal fühlte ich mich einfach als ein großer Mund; kein anderer Bereich meines Körpers schien auch nur im geringsten so viel Bedeutung für mich zu haben.

Während dieser Zeit wurde ich wie ein sehr kleines Kind betrachtet und behandelt. Manchmal fühlte ich Überreste des Kampfes aus der Zeit vor der Regression, die sich in Schuldgefühlen über mein Regrediertsein ausdrückten und darüber, nicht so erwachsen zu sein, wie es meinen Jahren entsprach. Aus diesem Grund war für mich die Unterstützung meines Eigenbildes als Baby mit meinen kindlichen Bedürfnissen vordringlich und besonders wichtig.

Es ist schwierig, die Erfahrung der oralen Bedürfnisse und ihrer Befriedigung in meiner ursprünglichen Kindheit und in der Regression zu vergleichen; ich habe keine präzisen Erinnerungen an die ersteren. Meine Gefühle und die Folgen meiner oralen Bedürfnisse wurden jedoch so behandelt, daß ich mich, im Hinblick auf meine generellen Abhängigkeitsbedürfnisse positiv fühlen durfte; früher waren diese Bedürfnisse sehr problematisch. Ich empfand mein Abhängigsein immer mehr in Ordnung - obwohl auch hier

gelegentlich negative Gefühle wieder auftraten – dadurch wurden die Botschaften verstärkt, die mir die Gruppe gab; sie teilte mir wirksam mit, daß ich in Ordnung bin, d. h. wenn meine Bedürfnisse wertvoll sind, bin ich wertvoll.

Nachdem ich mehrere Wochen lang überwiegend oral war, veränderte sich das Ziel meiner Aufmerksamkeit. Ich bekam beachtliche Probleme mit Verstopfungen. Sie ähnelten sehr den Problemen, die ich gegenüber meiner natürlichen Mutter gehabt hatte. Ganz allgemein schien meine physische Verfassung kräftiger; ich empfand mehr Kontrolle über meinen Körper und meine Koordinationsfähigkeit schien sich beachtlich zu verbessern. Ich fühlte mich auch nicht länger ausschließlich auf orale Bedürfnisse ausgerichtet, sondern wurde mir mehr der übrigen Teile meiner selbst bewußt.

Diese Phase war durch mehrere, ziemlich tiefe Depressionen gekennzeichnet; eine der stärksten war die Folge (so wurde mir zu verstehen gegeben), daß ich meine Kontrolle aufgab und Probleme im Hinblick auf die Reinigung löste (in dieser Zeit wurde das Verstopfungsproblem gelöst). Ich hatte offensichtlich das Trauma, als meine natürliche Mutter mich nach der Reinlichkeitserziehung verließ, wieder-erlebt; so hatte die Gedankenverbindung Aufgeben der Kontrolle und Verlassenwerden eine schwere depressive Reaktion hervorgerufen. Dieses Mal war die Erfahrung jedoch völlig anders; auf die Aufgabe der Kontrolle folgte kein Verlust an Teilnahme oder ein Verlassenwerden. Ich fühlte mich weiterhin geliebt und gewollt und die Depression verging. Probleme mit der Kontrolle treten periodisch wieder auf, aber es sind sehr deutliche Veränderungen in meinen Einstellungen und Gefühlen mir gegenüber eingetreten. Ich fühle mich nicht länger erschreckt beim Verlust der Kontrolle; ich empfinde nicht länger den gleichen Zwang, sie völlig aufrechtzuerhalten, um mich über mich selbst in Ordnung zu fühlen.

Meine Entwicklung ging weiter; ich kam in die ödipale Phase; ich fühlte mich unbehaglich und erschreckt gegenüber meinen neuen Eltern. Besonders erschreckt war ich gegenüber meinem neuen Vater; ich vermutete, daß er mir gegenüber abwechselnd feindselig und indifferent eingestellt war. Gegenüber meiner neuen Mutter empfand ich beachtliche Wut. Nach einer Phantasie, in der ich sie als verführerisch wahrnahm, verneinte ich, ihr gegenübersexuelle Gefühle zu haben und fand zahlreiche Gründe, um meine Distanz zu ihr aufrecht zu halten. Dies ging bis zu einer Entscheidung das Haus zu verlassen. Die Unterstützung von Adoptivbrüdern und - Schwestern half mir glücklicherweise, eine Anzahl von Fehlwahrnehmungen zu klären und die erschreckenden Gefühle, die ich erfuhr, durchzuarbeiten. Meine Entscheidung, nicht davon zu laufen, scheint im nachhinein eine Entscheidung, den ödipalen Konflikt zu lösen; ihr folgte eine deutliche Abnahme von Wut und Furcht. Es war auch, so scheint es, eine Entscheidung, mich selbst von meiner Beziehung zu meiner Mutter zu differenzieren und eine unabhängigere Identität anzunehmen. Dies war von ungeheurer Bedeutung für mich; denn es war irgendwie völlig anders als meine ursprüngliche, ödipale Erfahrung, in der die Trennung von der Mutter niemals erfolgreich ausgetragen wurde.

Mein jetziges Austragen von Latenzproblemen ist deshalb eine fast vollständig neue Erfahrung für mich. Ich fühle eine Art der Freiheit und Integration, die ich niemals vorher gefühlt habe. Ich bin mir immer noch der externen Struktur bewußt – und ich brauche sie auch noch - die mir durch meine neue Familie bereitgestellt wird; ich fühle jedoch, daß man mir erlaubt, Gefühle zu erfahren, die mir de facto durch die frühere Organisation meiner Persönlichkeit verboten waren. Die Gefühle sind sehr erheiternd und ermutigen mich beachtlich, eine neue Struktur zu erarbeiten, in der ich wie ein völlig menschliches Wesen funktionieren kann. Meine Selbstwahrnehmung als ein Mann - mehr auf der Ebene von Gefühlen als von abstrakten Uberzeugungen – ist etwas sehr Neues und ist für mich bedeutsam. Meine Fähigkeit zu denken scheint weit weniger als zu irgendeiner Zeit in der Vergangenheit durch Unentschiedenheit und Verwirrung gehemmt. Und - was sehr wichtig ist - dies scheint eine Phase zu sein, in der alle Arten guter Gefühle über mich selbst gefestigt und gestärkt werden. Was folgt, mag zahlreiche Probleme beinhalten, Frustrationen und Konflikte, aber ich fühle ein grundlegendes Vertrauen, daß ich die Grundlagen einer Struktur besitze, die mit diesen umgehen kann.

(Aus TAB 8, Juli 1969, S. 64 – 66)

Ich bin ein Glied meiner Familie
Von einem Patienten von J. Schiff

Für mich bedeutet es mehrere Dinge, ein Glied der Familie zu werden. Es bedeutet herauszufinden, daß in meiner neuen Familie - anders als in meiner alten Familie - die Mutter und der Vater die Bedürfnisse des anderen erfüllen. Sie sind nicht abhängig von den Kindern, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen und die Kinder müssen nicht Schiedsrichter zwischen den Eitern sein oder die Familie zusammenhalten. Die Eltern meiner Familie erfüllen die Bedürfnisse von uns Kindern und nehmen die Verantwortung für uns auf sich. Sie lieben uns und sie lassen uns wissen, daß sie fühlen, wir sind in Ordnung. Meine Brüder und Schwestern sind wichtig für die Familie, da es ohne die Kinder keine Eltern gibt. O.K. Botschaften kommen nicht nur von den Eltern, sondern auch von meinen Brüdern und Schwestern. Ich fühle, daß ich meine Brüder und Schwestern liebe; wenn ein neues Kind in die Familie eintritt, setzen wir uns dafür ein, daß es sich als ein Teil der Familie fühlt. Es ist wichtig, daß wir die Realität der Familie annehmen, wenn wir gesund werden wollen. Indem ich Teil der Familie bin und in der Familie lebe, habe ich begonnen, die Probleme zu lösen, die ich von meiner anderen Familie mitbrachte. Reale Probleme ergeben sich aus realen Beziehungen und wir haben alle die Gelegenheit, sie durchzuarbeiten. In der Familiengruppe kann jeder in der Familie aktiv am Durcharbeiten eines Problems eines Bruders oder einer Schwester teilnehmen; auf diese Weise habe ich von Mutter und Vater ein Skript, unsere Probleme zu lösen, verinnerlicht. Beim Tun von Dingen wie gemeinsam essen, können wir angemessenes Verhalten lernen; durch die Übernahme von Verantwortung im Haushalt lernen wir, verantwortlich zu sein. Wir sind eine große Familie mit vielen verschiedenen Altersstufen und dies gibt uns mehr als eine Chance, Beziehungen zu anderen aus einer Position ,,Ich bin in Ordnung“ und ,,Du bist in Ordnung“ zu haben. Die Größe ist auch wichtig, weil sie für die von uns, die aus kleinen Familien kommen, ein Gefühl des Schutzes gewährt. In meiner Familie gab es starke Rivalität zwischen meinem Bruder und mir, vor der ich mich in meiner neuen Familie beschützt fühle.

Bevor ich ein Glied der Familie wurde, war ich Tagespatient einer psychiatrischen Abteilung einer Universitätsklinik mit sehr gutem Personal. Ich empfinde, daß der Gegensatz zwischen der Klinikbehandlung und meiner Familie wichtig ist im Hinblick darauf, warum ich jetzt gesund werde. Therapie in der Klinik war nur Gespräch; sobald Bedürfnisse ausgedrückt wurden, empfahl und ermutigte man uns, sie zu eliminieren.

Ein wirklich großer Unterschied zwischen meiner Familie und der Klinik ist, daß in der Klinik die Therapeuten in keiner Weise in unser Leben auf der Station integriert waren. Obwohl sie die völlige Kontrolle über uns hatten, gab es keinerlei elterliche Gefühle und Liebe, wie sie die Eltern in meiner Familie gegenüber uns Kindern zeigen. Auch die Schwestern zeigten keine echten Gefühle, sondern nur allgemeine, berufliche Billigung und Mißbilligung. Ihre Position war die der institutionellen Autorität, die der beständigen Beobachter des Patienten. Alles über mich wurde vor mir geheimgehalten. Ich empfand, daß mein Kindheits-Ich gestohlen und irgendwo in den Notizen der Schwestern verborgen worden war. Ich empfand auch, daß dieses Geheimhalten die Bedeutung hatte, daß ich schlecht war.

In der Familie gibt es keine Geheimnisse. Jeder weiß, was getan wird und warum. Dies führt zu Gefühlen des Vertrauens und der Sicherheit. Mein Kindheits-Ich und ich sind nicht so weit auseinander. Als regredierte Kinder haben wir keine Verantwortungen eines Erwachsenen, andererseits wird jeder zur gleichen Zeit als für sein Verhalten verantwortlich betrachtet.

Während ich in der Klinik war, wurde mir die Schuld dafür gegeben, daß ich nicht gesund wurde, obwohl nichts getan wurde, um meine Bedürfnisse zu erfüllen. Therapie war einfach nur Gespräch. Meistens wurde ich, sobald ein Bedürfnis festgestellt wurde, aufgefordert, zu lernen, es zu kontrollieren oder zu eliminieren. Abhängigkeit wurde als schlecht definiert. Das Bedürfnis nach Zuwendung als krank.

Während der sechs Monate, die ich dort war, wurde ich niemals gestreichelt und ich bekam Angst, andere Leute zu streicheln. Ich empfand, daß der Wunsch nach Streicheln schlecht war und das Geben von Streicheln verführerisch. Diese Ansicht wurde von den Schwestern unterstützt. Sogar wenn ich regredierte und stundenlang weinte, um gehalten zu werden, geschah dies nicht. In meiner Familie muß keiner Hunger nach Zuwendung haben. Wir streicheln uns alle gegenseitig und wir lernen, um Streicheln zu fragen. Die Eltern meiner Familie streicheln uns; sie geben uns spezifische Skripte im Hinblick auf das Erfülltwerden von Bedürfnissen und das uns selbst Schützen gegenüber destruktiven Beziehungen. Obwohl die meisten von uns Kindern krank sind, werden unsere Beziehungen untereinander fortschreitend gesünder.

In der Klinik waren meine Beziehungen zu anderen Patienten ohne Intimität und beruhten häufig auf gemeinsamer Unzufriedenheit gegenüber dem Personal. Da jeder Patient in seiner Behandlung gewissermaßen von jedem anderen Patient isoliert war, wurden wir niemals ermutigt, die Spiele, die wir spielten, durchzuarbeiten. In der Klinik entwickelte ich viel Energie, die ich in das Krank- und Hospitalisiertsein investierte. Dies geschah, weil meine Beziehung zu meinem Arzt von meinem Kranksein abhing; wenn ich gesund wurde, gab es keine Beziehung mehr. Der Arzt war nur an meiner Krankheit interessiert und ich nahm diese Botschaft beachtlich rasch auf. Dies war auch für die anderen Patienten ein übliches Problem.

In meiner Familie ist auch dies anders. Gesund zu werden, ist keine Bedrohung der Beziehung zwischen uns Kindern und den Eltern oder der zwischen uns Brüdern und Schwestern. Ungesunde Beziehungen wie eine Mutter-Kind-Symbiose werden nicht geduldet; wir werden in starkem Maße motiviert, gesunde Beziehungen zu entwickeln. Der Grund dafür, daß dies zutrifft, ist, daß wir eine Familie sind. Gesund zu werden heißt heranwachsen, und wenn wir heranwachsen, bleiben wir immer noch Glieder der Familie. Die Liebe ist weiterhin da, aber wie in jeder gesunden Familie; Kinder wachsen heran, bekommen Arbeit, gehen in die Schule, heiraten und können ihre eigenen, gesunden Familien gründen.

(Aus TAB 8, Juli 1969, S. 66 – 68)

Ich gebe mein altes Eltern-Ich auf und verinnerliche ein neues Eltern-Ich

Von einem Patienten von J. Schiff

Ich vertraute Mutter. Ich haßte die Erinnerungen, weil ich mich dabei ,,schlecht" fühlte. Ich versuchte, sie zu unterdrücken. Ich dachte an sie an diesem Tag – an eine nach der anderen und ich haßte die Erinnerungen und ich fürchtete mich, sie Mutter zu erzählen. Ich verbarg mein Gesicht hinter meinen Haaren und legte die Hände auf meine Ohren. Ich redete, wenn Mutter anfing zu sprechen, so daß ich sie nicht hören konnte. Ich war voll Angst. Sie ermutigte mich – ,,Du bist jetzt zu weit, um aufhören zu können". Ich vertraute ihr und erzählte.

Als ich aufhörte zu sprechen, hatte ich drei meiner schlimmsten Kindheitserlebnisse beschrieben – alle erschreckend, herabsetzend und beschämend – Erinnerungen, die ich niemals vorher jemandem erzählt habe, weil ich dachte, ich sei schlecht.
Die wichtigste Botschaft, die ich von Mutter während dieser Stunde erhielt, war, daß ich in Ordnung war, daß ich nicht für das Verhalten meiner Eltern verantwortlich war, daß ich mich nicht ,,schlecht" fühlen mußte wegen des Verhaltens, in das meine Eltern verstrickt sind.

'Donnerstag, am 30. November 1967, zwischen 17.30 Uhr und 18.30 Uhr entledigte ich mich meines alten Eltern-Ichs. Es war ein klares und dramatisches und auch endgültiges Geschehen. Ich kam in das Arbeitszimmer von Mutter und fühlte mich alt, müde, abstoßend und deprimiert. Ich fühlte mich brüchig, ausgedörrt, voller Fehler, und ich empfand, daß alle meine Kanten scharf herausragten. Ich verließ das Zimmer und fühlte mich erleichtert, ein wenig zittrig, ruhig, sicher und sehr jung.

Als wir nach Hause kamen, hielt mich Mutter das erste Mal in ihrem Schoß. Sie erklärte den anderen Kindern, daß ich regrediert war. Ich fühlte, daß ich wirklich etwas Gutes getan hatte. Jeder war erfreut. Ich war stolz auf mein neues Selbst. Ich hatte den ersten wichtigen Schritt getan, um gesund zu werden und ich wußte es.

An diesem Abend war ich zum Helfen beim Geschirrspülen nach dem Abendessen eingeplant und als ich dem Abwasch von ungefähr 20 Menschen gegenüberstand, fühlte ich mich verwirrt und etwas unkoordiniert. Mutter sagte mir, ich solle keine scharfen Dinge in die Hand nehmen.

Ich war etwa sechs Wochen bevor ich regredierte in die Schiff'sche Familie gekommen um in ihr zu leben. Ich war krank und verletzend; Mutter und die Familie erklärten mir, es sei mein Eltern-Ich, das mich krank machte. Ich beobachtete andere regredierte Kinder, die gesund wurden; sie sagten mir, daß auch ich gesund werden könnte, wenn ich mein Eltern-Ich aufgeben würde. Sie sagten mir, daß sie für mich sorgen würden; ich beobachtete, daß auch für all die anderen Kinder gesorgt wurde. Ich lernte, daß es gebilligt und unterstützt würde, wenn ich wieder ein Kind sein würde.

Seit diesem Novemberabend hatte ich all den Schutz und all die Unterstützung, die ich brauchte. Man hat nicht von mir erwartet, daß ich selbst für mich sorge; noch hat man von mir erwartet, daß ich irgend etwas tue, das unvereinbar mit meinem regredierten Alter war. Ich fühlte mich wirklich gut in dem Wissen, daß für mich gesorgt würde, als ob ich zwei oder drei Jahre alt sei und dies auch gebilligt wurde. Ich fühlte mich wichtig und geliebt. Ich mochte es, zwei, drei, fünf, acht Jahre alt zu sein. . ..Ich bekam an 'Weihnachten Malfarben geschenkt und an meinem 28. Geburtstag im März steckten in meinem Geburtstagskuchen fünf Kerzen.

Ich wurde ermutigt, meine Bedürfnisse auszudrücken und über meine Gefühle zu reden; wenn ich mich davor fürchtete, wurde ich beredet, es zu tun. Ich lernte, daß ich krank geworden war, weil meine Bedürfnisse nicht erfüllt wurden; ich lernte, daß mein Gesundwerden davon abhängt, daß ich lernte, meine Bedürfnisse auszudrücken. Das ist das eine so sehr wichtige Konzept, das ich verstehen lernte.

Es war nicht leicht für mich, zu lernen, meine Bedürfnisse auszudrücken. Zuerst mußte ich akzeptieren, daß ich Bedürfnisse hatte. Dies war niemals Teil meiner Erfahrung und ich fürchtete mich davor. Ich war so ohne Kontakt mit meinem wirklichen Selbst, daß ich für mich ein nach außen ohne Bedürfnisse auftretendes Selbst geschaffen

hatte. Erst kürzlich bin ich für die Bedürfnisse meines Kindheits-Ichs empfindsam geworden und fähig, um etwas zu fragen. Monatelang war ich von der Empfindungsfähigkeit meiner Mutter gegenüber den Bedürfnissen meines Kindheits-Ichs abhängig; ich war abhängig davon, daß sie meine Verhaltensweisen verstand. Mein Kindheits-Ich wurde unterstützt und geschützt; nach und nach hatte ich Erfahrungen, die mir erlaubten, damit zu beginnen, meinen eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen zu trauen.

Ich lernte auch, daß ich nicht verantwortlich war für die Erfüllung der Bedürfnisse meiner Eltern. Darüber hinaus lernte ich, daß ich auch die Bedürfnisse der anderen Kinder nicht erfüllen mußte, sondern daß für sie gesorgt wurde. Ich konnte meinen Brüdern und Schwestern dies immer wieder versichern. Meine einzige Verantwortlichkeit während dieser Periode, in der ich ohne ein Eltern-Ich funktionierte, war, für mich selbst zu sorgen, d. h. meine Bedürfnisse bekanntzugeben und dafür zu sorgen, daß Mutter und Vater wußten, wenn sie von einem der anderen Kinder gebraucht wurden. Ich lernte, daß man nicht von mir erwartete, andern mehr zu geben als ich leisten konnte; ich lernte auch, daß ich dann fähig sein würde, für andere mehr zu tun, wenn meine eigenen Bedürfnisse erfüllt wurden und sobald ich gesund sei. Ich lernte, das zu tun, was ich tun wollte, und mich nicht mit dem zu quälen, was ich tun sollte. Wenn ich mich vor dem, was ich tun wollte, fürchtete, wurde mir gesagt, ich sollte es mit Mutter oder Vater überprüfen, um herauszufinden, ob dies in Ordnung war.

Ich lernte, daß Mutter und Vater billigten, daß ich regrediert war - daß sie aber nicht billigten, daß ich krank war. Ich glaubte, sie respektierten mein Tun, wenn ich das tat, was ich brauchte, um gesund zu werden. Ich wußte, daß sie überzeugt waren, daß ich zu einem gesunden Erwachsenen heranwachsen würde, sofern mir gegeben wurde, was ich als Kind brauchte. Wenn ich mich darüber schlecht fühlte, daß ich Dinge tat, von denen ich dachte, daß sie ein Achtundzwanzigjähriger tun sollte, wurde ich daran erinnert, daß ich sie tun würde, wenn ich soweit war, erwachsen zu werden. Mir wurde erklärt, daß ich es wissen würde, wenn ich soweit wäre. Beide, Mutter und Vater, und auch die anderen Kinder glaubten, daß ich in Ordnung war und sie glaubten, daß meine Regression keine Endstation war, sondern ein Weg, um gesund zu werden.

Schritt für Schritt lernte ich, daß ich Mutter und Vater um das fragen konnte, was ich brauchte, und daß meine Bedürfnisse respektiert würden – so irrational und erschreckend und auch hart es war, sie auszudrücken. Ich verstand langsam, daß das Wichtigste für mich war, gesund zu werden, und daß ich all meine Energie einsetzen sollte, um die emotionalen Hilfsquellen auszunutzen, die mir zur Verfügung standen. Es waren reiche und schöne Hilfsquellen. Ich erlebte das erste Mal in meinem Leben Beziehungen. Diese Erlebnisse waren für mein Gesundwerden entscheidend, denn nur innerhalb einer Beziehung kann jemand einen anderen auffordern, sich selbst zu ändern.

Als ich gesünder wurde, war es leichter und leichter, um Dinge zu fragen. Ich fing an, einzusehen, daß mir beinahe nichts abgeschlagen wurde. Ich begann auch einzusehen, daß Mutter, Vater und viele der anderen Kinder glaubten, daß echte Kraft dazu gehört, fähig zu sein, zu bestimmen, was ich brauchte, und auch die Erfüllung meiner Bedürfnisse wirksam anzugehen.

Durch das Ausdrücken meiner Bedürfnisse und dadurch, daß sie erfüllt wurden, fühlte ich mich mehr und mehr in Ordnung und dieses ,,Sich-mehr-in-Ordnung-fühlen“ machte es leichter, um Dinge zu fragen. Diese grundlegenden Konzepte wurden während der Periode, in der ich ohne ein Eltern-Ich war, verinnerlicht; es ist mein Gefühl, daß ich mein neues Eltern-Ich erst mit Energie besetzte, als ich ein schützendes, billigendes Eltern-Ich genügend verinnerlicht hatte, das meinen Eigenwert und die Bedeutung meiner Gefühle bestätigte.

Je gesünder ich wurde, um so mehr Erwachsenen-Ich war bei meiner Verinnerlichung von dem, was ich brauchte, beteiligt. Jetzt bin ich mir beim Fragen nach spezifischen Skript-Anweisungen oder beim Stellen spezifischer Forderungen bewußter, z. B. ,,Vater, ich möchte, daß Du mir versprichst, daß Du nicht verführerisch oder beleidigend sein wirst” und ,,Mutter, ich möchte, daß Du mir sagst, daß ich ihm glauben kann”.

Das Aufgeben meines alten Eltern-Ichs bedeutete, daß ich empfänglich für Neu-Beeltern war. Die Verinnerlichung meines neuen Eltern-Ichs ist ein zusammenhängender Prozeß, der ein Erleben meiner gesamten Umgebung einbezog und zu dem jede Transaktion mit meinen Eltern beiträgt. Entscheidenden Neu-Beelterungs-

Transaktionen gehen entweder starkes Unbehagen und Empfindsamkeit voraus oder eine unbestimmte Leere und Empfindsamkeit.

Ich habe nacheinander die verschiedenen Entwicklungsphasen durchlaufen und in jeder Periode habe ich Probleme, die für dieses Alter wichtig sind, durchgearbeitet. Zum Beispiel fand ich, als ich fünf war, heraus, daß ich ein Mädchen bin und nicht ein Junge. In der Latenzperiode fand ich heraus, daß es in Ordnung war, zu schmusen und zu küssen und mit anderen Mädchen zärtlich zu spielen. Meine natürliche Mutter hatte drohend gesagt, ,,Ich habe gesehen, was Du getan hast!" als sie mich eines Tages auf dem Spielplatz der Schule überraschte, als ich meine Arme um die Schultern zweier Freundinnen gelegt hatte.

Jetzt bin ich in der Mitte der Adoleszenzphase und ich arbeite an der Richtigstellung meiner Wahnideen, die ich habe, und die unter den ,,Nicht-in-Ordnung"-Gefühlen liegen, die ich gegenüber mir selbst und gegenüber Männern habe. In diesem Stadium fing ich vormals an, mich zu verabreden und in destruktiver Weise mit Männern Beziehung aufzunehmen. Mein wahnhaftes System aufzugeben, bedeutet, daß ich eine gesunde Vater-Tochter-Beziehung zu meinem Vater aufbaue. Dazu gehört, daß mein Eltern-Ich Botschaften von Mutter und Vater verinnerlicht, die mich befähigen werden, das angepaßte Verhalten aufzugeben, das ich benutze, um mich gegen das Eingehen einer intimen Beziehung mit meinem Verlobten zu schützen. Ich benutze die angepaßten Verhaltensweisen, da ich mich mir selbst gegenüber nicht in Ordnung fühle; in dieser speziellen Zeitphase haben meine ,,Nicht-in-Ordnung"-Gefühle spezifisch etwas mit der Zurückweisung durch meinen natürlichen Vater zu tun.

(Aus TAB 8, Juli 1969, S. 68-71)

Passivität

Aaron Wolfe Schiff, B. A.,
Jacqui Lee Schiff, M.S.S.W.

Dieser Aufsatz gibt eine aktuelle Zusammenfassung der mehrjährigen Forschung des ,,Schiff-Rehabilitations-Projekts“ über Passivität. In der Vergangenheit hatten wir mit einigen Patienten Mißerfolge, sofern wir es auch mit vereinten Kräften nicht schafften, eine Struktur passiven Verhaltens zu durchbrechen. Seit einiger Zeit sind wir uns jedoch bewußt, daß wir die Passivität sozusagen unterstützen oderverstärken müssen.

Im Sommer 1969 waren wir Zeugen der dramatischen Auflösung einer Psychose in einem hebephrenen Patienten; Eric Berne hat dies als ,,innere Befreiung“ beschrieben. Ein großer Teil unserer Forschungen seit dieser Zeit konzentrierte sich auf die verschiedenen, hebephrenen Patienten in unserem Einzugsbereich. Wirfanden bestätigt, daß die Ergebnisse auf die pathologischen Erscheinungen zutreffen, wie sie sich in Paranoia, undifferenzierbarer Schizophrenie, manisch-depressiver Psychose, Depressionen, Hysterie und anderen psychoneurotischen Störungen zeigen, in denen passiv-agressives oder passiv-abhängiges Verhalten in starkem Maße auftritt. Wir konnten bis jetzt noch nicht feststellen, ob diese Ergebnisse auch für katatonische oder zwangsneurotische Patienten bzw. für solche mit Charakterstörungen bedeutsam sind; das ist darauf zurückzuführen, daß Patienten mit diesen Diagnosen in unserer Arbeitsstruktur kaum vorkommen.

Die Bestimmung des Komplexes der Verhaltensweisen, die wir als Teil eines Passivitätssyndroms behandeln, scheint weitreichende Folgerungen für die Behandlung von Psychosen zu haben. Wir sind zur Zeit dabei, unseren gesamten Behandlungsansatz mit stationären und ambulanten Patienten zu überarbeiten: dies ist eine Folge dieser Forschungsergebnisse.

Symbiose

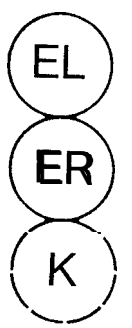
Symbiose ist ein normaler Zustand der oralen Entwicklungsphase eines Kindes. Beide, Mutter und Kind, erfahren sie als ein Mischen oder Teilen ihrer Bedürfnisse. Beispiel einer normalen Symbiose ist die Mutter, die in der Regel fest schläft, jedoch sofort wach wird, wenn ihr Baby schreit; wenn sie stillt, wird sie wahrscheinlich anfangen, Milch zu bilden.

Wenn das Kind heranwächst, bestimmt es sich selbst als unabhängig fühlend, denkend und problemlösend -folglich als ein von der Mutter getrenntes Individuum. Es scheint so, daß es die Funktion der Symbiose ist, das Oberleben des Babys während einer Periode völliger Abhängigkeit abzusichern.

Die Pathologie ist wahrscheinlich ein Ergebnis von Störungen in der symbiotischen Beziehung (Beispiele: Trennung, Unansprechbarkeit) oder in der Differenzierung des Kindes von der Mutter (Beispiel: Vernachlässigung oder Oberbesorgtheit). Pathologie tritt wahrscheinlich auch auf in den Fällen, in denen das Beeltern unzureichend ist, um das Kind auf sein Funktionieren als eine unabhängige Person vorzubereiten, um die Probleme in der Welt zu lösen.

Alle Spiele entwickeln sich aus ungelösten, symbiotischen Beziehungen, mit Abwertung als Mechanismus und Grandiosität ais Rechtfertigung. Sie stellen ein Wieder-Durchspielen der symbiotischen Beziehung dar, als ein Versuch, umsorgt zu werden oder aber eine Reaktion mit Arger auf die symbiotische Beziehung. Die exakten Spielzüge werden in der Eltern-Kind-Beziehung gelernt und verstärken die Symbiose.

Person No. 1



Person No. 2

Die Struktur der Symbiose ist, wie in der Abbildung gezeigt: Die Ich-Zustände, die für Transaktionen zwischen zwei Individuen typisch sind, sind verbunden und ergeben zusammen die Struktur einer vollständigen Persönlichkeit. Der Zweck der Passivität ist es, das Nicht-Funktionieren derjenigen Ich-Zustände zu erhalten, die den Abhängigkeitsvertrag in Frage stellen würden.

Wenn die Passivität anfängt, zusammenzubrechen, kann in der Symbiose ein Wettbewerb um die Position des unabhängigen Kindes auftreten. Da beide Individuen relativ unbewußt gegenüber Alternativen zu der Symbiose sind, wird der Wettbewerb als ein Kampf ums Überleben wahrgenommen - das Thema ist Existenz gegen Nicht-Existenz.

Die Funktionen des Kindheits-Ichs können auch zwischen zwei Individuen aufgeteilt sein; das Abkommen ist dann, daß C2, wenn C1 mit Energie besetzt ist, P oder A aktivieren wird.
Beispiel: Joe bekommt Kopfschmerzen und Jane, die nie Kopfschmerzen hat, aktiviert ihr Eltern-Ich, um für ihn zu sorgen oder seine Schwäche zu kritisieren. Auf der anderen Seite kann Jane, die dazu neigt, zuviel zu trinken, sich immer auf Joe verlassen, daß er sich um sie kümmert und sie von Parties nach Hause fährt.
Die Symbiose kann auch auf Kinder innerhalb der Familie ausgedehnt werden.
Beispiel: Die Mutter wird gefragt, wie sich Johnny in der vierten Klasse in der Schule macht; sie antwortet: ,,Na, nicht besonders – Jimmy ist der Fleißige", sie bleibt dabei, Fragen dadurch zu beantworten, daß sie jedem ihrer Kinder Charakteristiken definitiv zuordnet. In einem Fall wurde eine Mutter in einer symbiotischen Familie aufgefordert, die Entwicklungsgeschichte ihres Sohnes niederzuschreiben. Sie beschrieb seine ganze Entwicklung mit ,,er sprach früher als sein Bruder, aber gewöhnte sich später an Reinlichkeit", für keines ihrer Kinder benannte sie einen externen Bezug. So erfolgen Definitionen in derartigen Familien nur innerhalb der Symbiose, ohne jeden Bezug zur externen Realität; außerdem werden alle Charakteristiken als Extreme identifiziert; zum Beispiel können Johnny und Jimmy ähnliche Intelligenz haben – jedoch wird Jimmy als intelligent und Johnny als extravertiert oder künstlerisch definiert. In dieser Situation ist es Johnnys Skript, akademisch nicht erfolgreich zu sein (erfolgreich zu sein würde Brudermord bedeuten), und Jimmy darf keine Freunde haben oder darf nicht kreativ sein.

Die Transaktionen innerhalb der symbiotischen Beziehung werden strukturiert, um die symbiotische Energiebesetzung aufrecht zu halten.
Beispiel: Joe sagt aus dem Kindheits-Ich: ,,Ich brauche jemanden, der mich zum Bahnhof bringt". Sam sagt: ,,Wann geht Dein Zug?" Joe sagt es ihm und Sam antwortet: ,,In Ordnung, ich kann Dich dann mitnehmen." Keiner von ihnen merkt, daß Joe Sam nicht gefragt hat, ihn mitzunehmen. Darüber hinaus würde sich Joe sehr unbehaglich fühlen, wenn es ihm notwendig wäre, dies zu tun. Er hat seine Transaktionen mit anderen Leuten so strukturiert, um die Wahrscheinlichkeit für eine Kind-Kind-Transaktion zu verringern. Eine direkte Frage zu stellen oder um etwas zu bitten bedeutet, die Existenz der anderen Person wahrzunehmen und wird wahrscheinlich eine Kind-Kind-Antwort herbeiführen. Wenn es für ihn notwendig ist, eine direkte Frage zu stellen, würde die Symbiose bedroht sein und Joe wird wahrscheinlich erregt werden.

Auf diese Weise wird es augenscheinlich, daß Transaktionen, wenn eine Symbiose vorliegt, so strukturiert werden, daß es schwierig oder unwahrscheinlich ist, daß die Antwort aus dem gleichen Ich-Zustand erfolgt, der in der Eröffnungsaktion aktiviert war. Viele Patienten werden beginnen - als eine Alternative gegenüber Transaktionen, die die Symbiose bedrohen – verrückt zu handeln.

Abwertung

Abwertung zeigt funktional entweder eine Trübung oder einen Ausschluß an. Die Person, die abwertet, glaubt oder handelt, als ob sie glaubt, daß ihre Gefühle über etwas, das jemand gesagt, getan oder gefühlt hat, wichtiger sind als das, was die Person tatsächlich sagte oder fühlte. Sie benutzt die für eine Situation relevanten Informationen nicht.

Es gibt vier mögliche Arten, abzuwerten:

1. **Das Problem abwerten.** Beispiel: Das Baby schreit. Die Mutter dreht das Radio an oder geht schlafen.

2. **Die Bedeutung des Problems abwerten.** Beispiel: Das Baby schreit. Die Mutter sagt: ,,Um diese Zeit schreit es immer."

3. **Die Lösbarkeit des Problems abwerten.** Beispiel: Das Baby schreit. Die Mutter sagt: ,,Es ist nicht zufriedenzustellen!"

4. Die Person abwerten. Beispiel: Das Baby schreit. Die Mutter sagt: ,,Es gibt nichts, was ich tun kann!“

In unserer Arbeitsstruktur umgehen wir die Analyse von Spielen, indem wir die Abwertung konfrontieren, die als die nicht offene Eingangstransaktion bestimmbar ist. Sie stellt den Punkt dar, an dem das Erwachsenen-Ich des Patienten aufhört, sich dessen, was geschieht, bewußt zu sein. Die Reaktivierung des Erwachsenen-Ichs in dieser Transaktion stoppt wirksam das Spiel, zu einem Zeitpunkt, an dem der Patient mit dem das Verhalten motivierenden Gefühl in Kontakt ist.

Grandiosität

Die Grandiosität liefert die Rechtfertigung für die Aufrechterhaltung der Symbiose. Sie enthält eine zielbewußte Übertreibung, die eines der Merkmale des Selbst sein kann oder die vielleicht auf die Umgebung projiziert wird (Verzerrung der Merkmale von Personen oder Situationen). Die; Grandiosität kompensiert immer Gefühle von Unzulänglichkeit und verhindert die Aufstellung von tragfähigen Zielen, indem sie eine anpassungsfähige Realität liefert, in der der Patient niemals tatsächlich Erfolg haben oder versagen kann.

Das Denken, das der Gradiosität unterliegt, schließt eine wahnhafte Position ,,ich kann es nicht aushalten“ ein; diese Position kann durch Bemerkungen identifiziert werden, wie ,,ich war vor Furcht versteinert“, ,,er hat die Kontrolle verloren“, ,,es hat so weh getan, daß ich nicht denken konnte“, ,,ich tat es, weil ich so böse war“. Der Patient übernimmt in bestimmten Situationen keine Verantwortung für seine Entscheidungen und erklärt, daß diese Situationen für sein Verhalten verantwortlich sind.

Passive Verhaltensweisen

Wir haben vier Verhaltensweisen als passiv identifiziert:
1. Nichtstun im Hinblick auf das Lösen des Problems: 2. Überanpassung; 3. Agitiertes Verhalten und 4. Sich-unfähig-machen oder Gewalttätigkeit.

1. Nichtstun
Wenn es in einer Situation ein Problem gibt und dies passiv durch Nichtstun beantwortet wird (im Gegensatz zur Aktivierung des Erwachsenen-Ich und der Entscheidung, nichts zu tun), wird die gesamte Energie des Patienten benutzt, Antworten zu verhindern. Das Kind ist Ausführender und die Trübung wird durch einen Versuch, die Symbiose aufrecht zu erhalten, angeregt (das Thema heißt also: Überleben). Für die Zeit des Nichtstuns berichten die Patienten: ,,Ich denke nicht.“, ,,Ich kann nicht denken.“, ,,Ich war zu erschreckt, um zu denken.“ Der Beobachter kann nur sehr wenig Denken feststellen. Patienten berichten, daß sie sich ihrer eigenen Identität weiter bewußt sind und daß sie sich unbehaglich fühlen. Jeder, der eine Transaktion mit der passiven Person versucht, wird in die Symbiose verwickelt.

Das Musterbeispiel für Nichtstun wird in der Begegnung von Brer Rabbit mit Teer Baby beschrieben. Nach mehreren erfolglosen Versuchen, eine Antwort zu erhalten, schlägt Brer Rabbit das Teer Baby und bleibt am Teer kleben.

Beispiel: Joe sagt zu Jane: ,,Ich bin böse, daß Du dies tust.“ Jane schaut betroffen, antwortet aber nicht. Nach einer Pause fühlt sich Joe zutiefst unbehaglich; er verspürt Impulse, ihr zu helfen.

2. Überanpassung
Überanpassung ist die am schwersten zu bestimmende passive Verhaltensweise. Außerdem ist sie die am stärksten an die Situation angepaßte Verhaltensweise: deshalb wird sie mit großer Wahrscheinlichkeit verstärkt. Überanpassung tritt ein, wenn das Individuum für sich selbst kein Ziel bestimmt, bei dem Versuch, ein Problem zu lösen, sondern sich bemüht, das zu erreichen, von dem er annimmt, es sei das Ziel eines anderen. Die Grandiosität wird auf das projiziert, von dem er glaubt, es sei die Erwartung der anderen Person: damit definiert er das Problem als unlösbar und die Erwartung als unvernünftig.

Ein Beispiel für dieses Verhalten gab uns ein Arzt, der in einer Notaufnahmestation arbeitete. Die Krankenhausverwaltung beklagte sich, daß der Arzt für die Behandlung der Patienten zu lange brauchte. Der Arzt reagierte durch Abwehrgefühle. Er konstruierte in seinem Kopf einen Fall gegen die Verwaltung; für ihn war es eine ausgemachte Sache, daß die Verwaltung kein wirkliches Interesse an der Gesundheit der

Patienten hatte, und daß ein Arzt, der seinen Beruf ernst nimmt, mehr Zeit für den Patienten aufwenden muß, als diese gestatten wollte. Als er die Vorgabe der Verwaltung, sich zu beeilen, zu erfüllen versuchte, erregte er sich zunehmend und wurde unfähig, zu arbeiten. Erst als er für sich ein Ziel festlegte, nicht entlassen zu werden, war er in der Lage, kreativ Möglichkeiten zu bedenken, Patienten wirksamer ohne Aufgabe ärztlicher Normen zu behandeln.

Überanpassung ist die passive Verhaltensweise, in der am meisten gedacht wird. Solange eine Person überangepaßt ist, können ihr Informationen über ihr Verhalten gegeben und ein beachtliches Maß objektiver Daten über ihre Fähigkeiten und ihre Fassungskraft angeboten werden. Es ist schwierig für sie, während der Überanpassung weiter abzuwerten, wenn die Passivität konfrontiert wird. Deshalb ist diese Position die für eine Behandlung zugänglichste.

Wir sind der Meinung, daß wir noch eine Menge Arbeit leisten müssen, um den tieferen Sinn der Überanpassung zu verstehen und wie sie das Problemlösen unterbricht und übertreibt.

3. Agitiertes Verhalten
Man muß damit rechnen, daß agitiertes Verhalten zwischen Überanpassung und Gewalttätigkeiten auftritt. Es besteht aus sich wiederholenden Tätigkeiten, die zwecklos oder nicht zielgerichtet sind. Das agitierende Individuum ist zutiefst beunruhigt und sein Denken ist verwirrt. Außer sich, versucht der Patient, die Symbiose gegen eine Bedrohung zu verteidigen; er weiß, er könnte das Problem lösen, indem er ,,etwas tut"; er fühlt sich aber unfähig. Es besteht eine große Chance, die Überanpassung wieder durch eine bestimmt und ruhig gegebene Eltern-Einschärfung ,,Setz Dich und denk darüber nach", oder durch Zuwendung aus der Eltern-Ich-Position herbeizuführen. Wenn Druck ausgeübt wird, ,,etwas zu tun", wird der Patient wahrscheinlich gewalttätig (sich-unfähig-machend).

Wir kennen keine Möglichkeit, das Erwachsenen-Ich des Patienten zu aktivieren, solange er agitiert. Wir empfehlen, die Überanpassung wieder herbeizuführen, um Gewalttätigkeit abzuwenden. Man sollte die Ernsthaftigkeit des agitierenden Verhaltens nicht unterschätzen.

Die Grandiosität wird durch den Glauben unterstützt, daß die Aktivität produktiv ist.
Beipiel: Der Patient denkt, daß er etwas erreicht, wenn er im Zimmer auf und ab läuft. Tatsächlich baut er Hysterie auf mit der Tendenz zur gewalttätigen oder sich-unfähig-machenden Energieentladung.

4. Sich-unfähig-machen oder Gewalttätigkeit
Sich-unfähig-machen oder Gewalttätigkeit erfolgt durch die in der Passivität aufgestaute Energieentladung; sie ist ein Versuch, die Symbiose im Zeitpunkt des Zusammenbruchs aufrechtzuhalten. Kein Denken kann festgestellt werden. Der Patient nimmt keine Verantwortung für sein Verhalten auf sich. Es besteht Aussicht, nach der Energieentladung das Erwachsenen-Ich zu aktivieren. Zur Gewalttätigkeit gehört ein Wechsel in der Spielposition, während Sich-unfähig-machen einen solchen Wechsel beinhalten kann oder auch nicht (Karpmans Dramadreieck). Beides, Sich-unfähig-machen und Gewalttätigkeit, sind Spielgewinne in dem Spiel ,,Ich kann es nicht aushalten" und damit grandios.

Behandlung

Die Verstärkung einer der vier passiven Verhaltensweisen hat die Verstärkung des ganzen Komplexes zur Folge. Häufig unterstützt die Umwelt einige oder alle der Verhaltensweisen; gegenwärtig arbeiten wir an der Annahme, daß, um die Passivität aufzulösen, die Intervention aus der Umwelt erfolgen muß.

Eine sehr häufige Reaktion auf Passivität ist, daß der Reagierende passiver wird als der Initiierende.
Beispiel: ,,Ich will nicht mit ihm reden, wenn nicht zuerst er etwas sagt". ,,Ich will nichts mit Ihnen zu tun haben, ehe Sie nicht aufhören!". Diese Verteidigung benutzen am häufigsten Menschen, um sich selbst vor dem Unbehagen zu schützen, das das Einnehmen einer aktiven Position in einer symbiotischen Transaktion auslöst; es ist keine tragbare Möglichkeit, die Passivität aufzubrechen. Wir haben dies sehr oft überprüft; dabei haben wir jedesmal festgestellt, daß der Versuch, eine passive Person durch Passivität zu ,,übertrumpfen", nur die Pathologie verstärkt. Die passive Person muß lernen, daß ihre Umwelt von ihr aktive Teilnahme und aktives Problemlösen verlangen kann und will; nur dann kann die Grandiosität zusammenbrechen.

Um die Symbiose zu unterbrechen, muß im passiven Individuum mehr Unbehagen (Verantwortung für seine Gefühle) ausgelöst werden, als es selbst in irgend jemand anderem auslösen

kann. Dies geschieht durch beständige Konfrontation der Abwertung auf einer Ebene, die nicht verleugnet oder auf der nicht symbiotisch agiert werden kann. Wir benutzen zur Zeit negative Zuwendung (Mißbilligung oder Bestrafung) und streben an, die Grandiosität zu übersteigern. Der Patient wird sehr wahrscheinlich sagen, ,,Ich kümmere mich nicht darum“ oder ,,Sie können mich nicht zwingen“. Es scheint sehr wichtig, Möglichkeiten zu finden, damit umzugehen.

Konsequent konfrontieren wir die erste Abwertung; damit versuchen wir zu vermeiden, daß das Individuum in das Spiel eintritt. Wir erwarten von der passiven Person, daß sie eine direkte Antwort gibt, warum sie abwertete und daß sie ihre eigenen Gefühle und die Gefühle anderer beteiligter Menschen beachtet. (Diese müssen in Transaktionen mit ihnen ausfindig gemacht werden.) Es ist äußerst wichtig, daß mit allen drei Faktoren (1) der Situation, (2) den eigenen Gefühlen und (3) den Gefühlen der anderen Menschen ohne Abwertung umgegangen wird: dies ist, um abzusichern, daß produktiv gedacht wird. Oft ist das erste Anzeichen einer Abwertung das Unbehagen eines oder mehrerer an der Situation beteiligter Menschen.

Beispiel: Ein Student, der in seiner Klasse etwas aufsagt, stockt mehrere Male und wird verwirrt. Andere in der Klasse, vielleicht auch der Lehrer, fühlen Mitleid und Sorge über seine schwache Leistung. Nachher sagt der Schüler: ,,Ich kannte meinen Stoff, aber ich werde ganz schlapp, wenn ich versuche, vor einer Gruppe zu sprechen!“ Wenn wir die Situation sorgfältig anschauen, wird deutlich, daß das Unbehagen der restlichen, Mitglieder der Klasse größer sein kann als das des Schülers mit der schwachen Leistung. Der Schüler hatte ausreichende Informationen, um eine gute Leistung zu bringen (Abwertung); jedoch bewirkt seine schwache Darbietung, daß der Rest der Gruppe nicht mehr in Ordnung ist. Die Grandiosität wird auf die Gruppe und die Erwartungen des Lehrers projiziert.

Bei einer Überprüfung mit Hilfe der drei oben aufgeführten Faktoren wird es deutlich, daß (1) die Situation so ist, daß der Schüler die Informationen hat, um eine gute Leistung zu erbringen, (2) daß er fühlt, daß er keine angemessene Leistung erbringen kann und (3) daß er glaubt, daß Lehrer oder die Gruppe mehr von ihm erwarten, als er leisten kann. All dies enthält offensichtliche Abwertungen, die leicht identifiziert und konfrontiert werden können. Ähnliche Abwertungen stecken in jeder Spielsituation und kurzes Befragen deckt sie auf. Die konfrontierte Person wird dann direkt mit dem Spiel umgehen oder sie wird verwirrt werden. In einem Konzept zur Konfrontation von Passivität erwarten wir von den Menschen, daß sie bewußt sind und reagieren; wir ewarten, daß sie Initiative zeigen in Handlungen und Beziehungen; infolgedessen werden die Spiele in den meisten Fällen mit Erfolg konfrontiert.

Grandiosität ist der am schwersten zu konfrotierende Aspekt des Problems; sie ist oft auf das Denken beschränkt und wird nicht deutlich im beobachtbaren Verhalten gezeigt. Man sollte prüfen, um zu erkennen, ob das Denken der Person klare Kausalbeziehungen enthält oder zeigt, daß für alles Begründungen vorliegen. Es kann notwendig sein, dem Menschen zu versichern, daß es für alles wirklich einen Grund gibt; in einer Arbeitsstruktur zur Konfrontation von Passivität sollte von Anfang an die Erwartung aufgestellt werden, daß der Klient sorgfältig Ursachen erwägt. Es ist entscheidend, daß dies für alle Positionen des Karpman’schen Dramadreiecks geschieht; die Person ist fähig, einen vollständigen und zusammenhängenden Bericht zu geben, wie sie Passivität in allen Positionen ihres Spiels benutzt.

Der Patient, der auf eine problematische Situation durch Nichtstun reagiert, wird sehr wahrscheinlich eine Symbiose herbeiführen. Wie bei Brer Rabbit reagiert der aktivere Teilnehmer in einer Situation häufig stärker auf Ereignisse; er ist deshalb verletzbar, wenn er Gefühle für beide Personen äußert. Er aktiviert in dem Prozeß sein Eltern- und Erwachsenen-Ich - beides, um herauszufinden, was geschieht und um seinen Ärger zu hemmen. Am Ende schaltet er dann um zum wütenden Kind; damit korrespondiert ein Umschalten der Ich-Zustände in der passiven Person, die sich in einer Position befindet, in der sie sagen kann: ,,Aber ich habe doch nichts getan! Warum regst Du Dich darüber auf?”

Sprechverhalten kann bei diesem Typ der Passivität am leichtesten konfrontiert werden. Der Patient wird zu ruhig sprechen, er wird zögern oder mitten in einer Äußerung haltmachen. Wir beobachten unbehagliche Pausen, in denen er wegschaut oder nach Worten sucht: auch beobachten wir langes Schweigen, bevor er auf einfache Fragen antwortet. Man soll ihm jedesmal, wenn dies geschieht, negative Zuwendung geben; auch sollte die Erwartung ausgesprochen werden, daß er wirklich spricht und sofort antwortet.

Beispiel: ,,Ich erwarte, daß Sie antworten! Ich bin nicht bereit, hier zu warten!“ Die gleiche Erwartung unmittelbaren, angemessenen Verhaltens sollte gegenüber allen Verhaltensweisen deutlich gemacht werden. Wenn der Patient keine Information über das Wie-zu-antworten hat, kann er doch dafür verantwortlich gemacht werden, dies als ein Problem zu identifizieren, aktiv nach Informationen zu suchen, Mitteilungen über das Problem zu machen und all die Informationen, die er hat, zu benutzen.

Überanpassung taucht in vielen Spielen auf, wie zum Beispiel in ,,Schau, wie sehr ich es versuche” , ,,Wenn [er (oder sie)] nicht wäre“, ,,Holzbein“ usw. Der Patient scheint eine Lösung des Problems zu suchen, er ist jedoch unfähig, zu einer befriedigenden Lösung zu kommen, da ,,ich zu erschreckt war“, ,,mit meinen Gefühlen nicht in Kontakt war” , ,,gerade nicht wußte, was ich sagen sollte”, ,,nicht dachte”, ,,es nicht weiß“ – oder weil er eine andere der vielen Entschuldigungen benutzt. Die Entschuldigungen und das Auftreten von unzureichendem Ursache-Wirkung-Denken mit der dazugehörigen Abwertung von Ursachen ist das deutlichste Anzeichen dafür, daß Überanpassung ein Problem ist.

Jedoch ist die überangepaßte Position die mit der günstigsten Prognose. Da in dieser Art der Passivität mehr gedacht wird, läßt sich die Auflösung am leichtesten erreichen. Wahrscheinlich wird sich das passive Individuum an die Erwartung, daß es denkt und angemessen antwortet, anpassen. Es mag notwendig sein, ihm zu erklären, daß es für alles eine Ursache gibt, daß es selbst dafür verantwortlich ist, zu wissen, was in seinem Kopf vorgeht und daß es Probleme lösen kann. Sehr hilfreich kann sein, Erwartungen und Unterstützung miteinander zu kombinieren, um ein Durchbrechen der Passivität herbeizuführen. Es mag scheinen, daß der Patient angemessen gegenüber der Situation antwortet, trotzdem ist sein Denken deutlich abwegig (wie oben unter Benutzung der drei Kriterien beschrieben); es ist viel projizierte Grandiosität damit verbunden, und es ist notwendig, externe Definitionen der Realität und Erwartungen zu liefern. Strafe ist wirksam, um der passiven Person beim Aufstellen erreichbarer Ziele zu helfen. Zum Beispiel könnte sie nicht motiviert sein, die Aufgabe positiver Zuwendung zu erfüllen; der Wunsch, Strafe zu vermeiden, mag sie jedoch dazu anregen, und sie mag deshalb bereit sein - in Übereinstimmung mit dieser Erwartung - für sich ein Ziel aufzustellen. **Beispiel:** Der Junge in der vierten Klasse mag seine Zeitreihen nicht lernen, obwohl er gerne die Note ,,sehr gut“ bekommen würde; dies geht so lange, bis ihm gesagt wird, er müsse, sofern er seine Aufgabe nicht erfüllt, nachsitzen, bis er die Zeitreihen gelernt hat.

Agitiertes Verhalten ist eine sich wiederholende, nicht produktive Tätigkeit, die ihre Motivation aus einem Versuch erhält, Energie zur Hemmung von Verhalten zu erzeugen. Dabei wird dieses Verhalten als Bedrohung der Symbiose gesehen. Das Ende ist wahrscheinlich ein Ausbruch von Gewalttätigkeit oder Sich-unfähig-machen; man sollte deshalb dieses Verhalten mit hoher Priorität angehen. Einige agitierte Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Stottern, sind in sich derartig unfähig machend, daß es schwierig ist, agitiertes Verhalten und Sich-unfähig-machen zu unterscheiden. Rituelle Verhaltensweisen, wie Rauchen, können eine wichtige Kontrolle von agitiertem Verhalten spielen; sie können aber auch selbst agitiertes Verhalten sein.

Das Ziel der Konfrontation von agitierendem Verhalten ist, beim Patienten wieder eine überangepaßte Position herzustellen. Das übliche Verfahren ist, den Patienten in mehreren aufeinanderfolgenden, komplexeren Verhaltenssituationen zu beeltern, bis er sich an das Beeltern gut angepaßt hat; dann kann mit dem, was das Verhalten verursacht, umgegangen werden. Kürzlich sahen wir einen Geistlichen in dem Warteraum eines Krankenhauses sehr erfolgreich mit erregten und trauernden Angehörigen umgehen: ,,Gut, Bruder Andreas, kommen Sie gerade hierher. So ist es richtig; neben mich: So kann ich meinen Arm um Sie legen. So ist es richtig. Setzen Sie sich dahin, setzen Sie sich ruhig neben mich; jetzt, haben Sie ein Taschentuch? So ist es in Ordnung. Setzten Sie sich und holen Sie Ihr Taschentuch heraus - weinen Sie ruhig; jetzt können wir uns etwas unterhalten und ein wenig beten; so ist es gut, weinen Sie ruhig...“.

Gewalttätigkeit oder Sich-unfähig-machen ist das extremste, passive Verhalten, in dem die Person jede Verantwortung für Denken oder Problemlösen abgegeben hat. Wir haben keine Methode gefunden, das Erwachsenen-Ich des Patienten erfolgreich zu aktivieren, bevor die während der Erregungsperiode aufgebaute Energie entladen ist; jedoch ist der Patient nach der Entladung der Energie wahrscheinlich vernünftig und für eine

Behandlung zugängig; ein guter Teil des Kindheits-Ichs ist mit Energie besetzt und das Erwachsenen-Ich ist leicht aktivierbar. Diese Zeit kann mit Erfolg ausgenutzt werden, um dem Patienten das Skript neu zu formulieren, auch, um Informationen zu erhalten, die zu anderen Zeiten nicht verfügbar sind und um Einsicht in und Übernahme von Verantwortung zu fördern.

Wir haben herausgefunden, daß die Konfrontation der Passivität am erfolgreichsten in Arbeitsstrukturen für stationäre oder Tagespatienten erfolgt-zumindest in der ersten Woche. Der Patient kann am besten in einer Struktur konfrontiert werden, in der es Dinge, die sein Interesse anregen und zu seinem Wohlbefinden beitragen, für ihn zu tun gibt. Er benötigt Hilfe bei der Identifizierung des Unterschiedes zwischen seinen Zielen und den Erwartungen anderer Menschen; man muß seine Ziele überprüfen, ob sie, im Hinblick auf seine Fähigkeiten, realistisch sind.

Wir finden, daß die meisten passiven Patienten begeistert sind, wenn ihr Problem konfrontiert wird; sie sind bereit, daß mit dem Problem auf hohem Niveau umgegangen wird. Innerhalb von wenigen Stunden nicht-passiven Verhaltens beginnt der Patient sich besser zu fühlen und kann sich im allgemeinen aktiv an der Identifizierung und Lösung der Probleme der Passivität beteiligen.
Beispiele:
Joe sollte Johnny nach dem Ballspiel abholen. Seine Frau wußte dies nicht. Als sie nach Hause fuhren, sagte Joe jedoch: ,,Ach wir haben vergessen, Johnny abzuholen!“

Symbiose: Joe nimmt an, daß seine Frau in gleichem Maße für seine Fehler verantwortlich ist.
Grandiosität: Joe projiziert, daß seine Frau ohne Information verantwortlich sein kann.
Abwertung: Joe ist verantwortlich, seine Frau ist es nicht.
Passives Verhalten: Nichtstun.

Therapeut (zu Joe): ,,Wie fühlen Sie sich darüber, daß Sie zur Beratung kommen?“
Joe: ,,Ich wollte kommen.“
Jane: ,,Aber er mochte nicht!“
Therapeut (zu Jane): ,,Warum haben Sie das gesagt?”
Jane: ,,Weil ich es wollte.“

Symbiose: Jane drückt Joes Gefühle aus und denkt, er sollte ihre teilen.
Grandiosität: Jane denkt, daß ihre Gefühle Joes Gefühle kontrollieren sollen.
Abwertung: Joe beantwortet die Frage des Therapeuten nicht. Jane antwortet entsprechend Joes Gefühlen.
Passives Verhalten: Agitiertes Verhalten.

Jane: ,,Ich kann meinen 8 Jahre alten Sohn nicht dazu bringen, den Fernseher auszuschalten.“
Therapeut: ,,Warum können Sie das nicht?“
Jane: ,,Weil ich keine Unterstützung von Joe bekomme.“

Symbiose: Jane kann nicht unabhängig von Joe handeln.
Grandiosität: Jane fühlt sich unzulänglich: der Sohn ist unlenkbar.
Abwertung: Jane könnte das Problem lösen. Der Sohn ist nicht unlenkbar.
Passivität: Nichtstun.

Jane: ,,Ich bin wirklich darüber wütend!”
Joe: ,,Ich weiß. Willst Du mir vergeben?”

Symbiose: Joe versucht, Jane zu veranlassen, sich um ihn zu sorgen.
Grandiosität: Janes Wut ist überwältigend, Joe ist unfähig, damit umzugehen.
Abwertung: Joe reagiert nicht auf Janes Gefühle.
Passivität: Überanpassung.

Joe fährt Auto in starkem Nebel. Er sagt: ,,Ich kann nichts sehen“, läßt das Lenkrad los und verursacht damit einen Unfall.

Symbiose: Es ist niemand da, der auf Joe achtgibt.
Grandiosität: Der Nebel war überwältigend.
Abwertung: Joe hätte anhalten können.
Passivität: Sich-unfähig-machen oder Gewaltätigkeit.

Aus TAJ. 1, Januar 1971, S. 71 – 78)

Bezugsrahmen *

Jaqui Lee Schiff, M.S.S.W., Aaron Schiff B.A., Eric Schiff **

Bei der Benutzung der Konzepte der Eltern-, Erwachsenen- und Kindheits-Ich-Zustände wird das Verhalten, Denken und Fühlen einer Person üblicherweise in drei charakteristische Typen eingeteilt. Jedoch sind das Eltern-, Erwachsenen- und Kindheits-Ich strukturell miteinander verbunden und funktional in einer Ganzheit, die für die Person allgemein charakteristisch ist, integriert. Der ,,Bezugsrahmen“ bezieht sich auf diese allgemeine strukturelle und funktionale Matrix. Der Bezugsrahmen eines Individuums bildet die Struktur der zusammengehörigen (konditionierten) Antworten (Nervenbahnen), die die verschiedenen Ich-Zustände in Antwort auf einen spezifischen Stimulus integriert. Er liefert dem Individuum ein allgemeines Wahrnehmungs-, Vorstellungs-, Gefühls- und Handlungsschema, das benutzt wird, um sich selbst, andere Menschen und die Welt strukturell und dynamisch zu definieren. Insbesondere ist es der Bezugsrahmen, in dem das Individuum Fragen beantwortet, wie ,,Wie weiß ich, daß ich existiere?“ und ,,Wer bin ich?“. Man kann ihn sich wie die Haut denken, die die Ich-Zustände umgibt; sie bindet sie damit zusammen und wirkt wie ein Filter gegenüber der Realität (Abb.1).

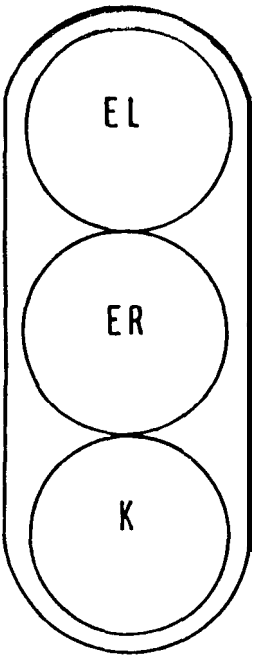


Abb. 1: Bezugsrahmen

. Dieser Artikel erscheint erweitert in Schiff, J. et. at., The Cathexis Reader, New York.

” Wir danken Ken Mellor für seine Hilfe in den letzten Phasen der Entwicklung und Darstellung dieses Materials.

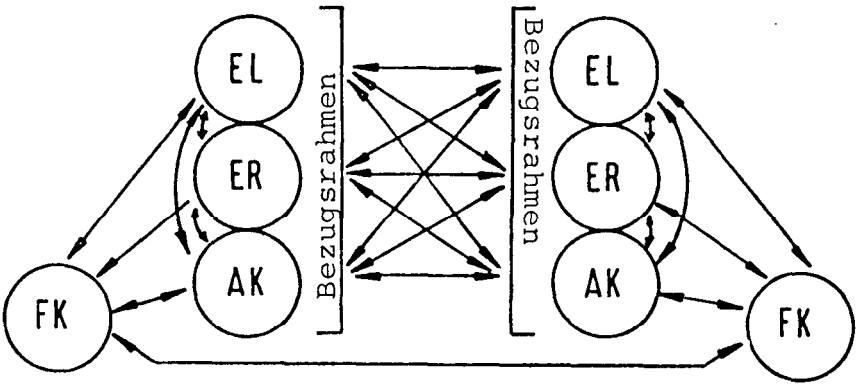
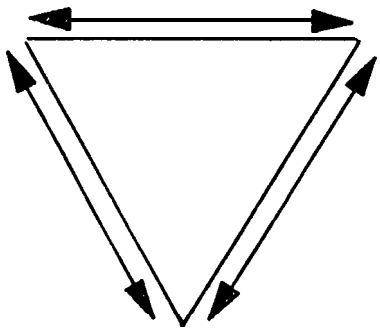


Abb. 2: Bezugsrahmen in Transactionen und Psychodynamik

Verfolger:
Bildung des Bezugrahmens
oder Anpassung an den
des Opfers

Helfer: Konkurrierender
Bezugsrahmen
basierend auf
existierendem Rahmen
oder Bildung eines
Bezugsrahmens im
Anfangszustand



Opfer: Anpassung an den Bezugsrahmen
eines anderen oder Bildung des Bezugrahmens

Beispiel: Verfolger "Sie sind nicht ok, weil . ..."
Opfer "Ich weiß"
Helfer: (zum Verfolger) "Sie sollten
mehr Verständnis haben

Abb. 3

Der Bezugsrahmen, der anfänglich von den Eltern gelernt wurde, bestimmt Skript-Alternativen; er legt auch die Struktur für Denken, Problemlösen und anderes angepaßtes Verhalten fest.

So könnte z. B. eine Konkurrenz-Struktur wie folgt aussehen: Eine Mutter sagt zu ihrem Kind: ,,Möchtest Du verrückt werden?“ Das Kind weiß, daß es das Eltern-Ich ist, das daran interessiert ist, daß jemand ,,verrückt wird“ . Die Mutter, die aus P1 beeltern will, lädt zu einer Pl-Antwort darüber ein, wessen Wünsche die Situation definieren. Durch Wiederholungen kann das Kind lernen, daß seine oder ihre Wünsche ,,nur“ in Konkurrenz zu denen einer anderen Person befriedigt werden.

Der Bezugsrahmen wird am besten durch das Diagramm der Abb. 2 dargestellt. Er ist beides, transaktionell und phychodynamisch. Die Vektoren zwischen den Ich-Zuständen jedes Individuums stellen die Wege der Energiebesetzung (Energieverschiebungen) dar. Die Vektoren zwischen den Individuen repräsentieren Transaktionen. Jeder Stimilus oder jede Antwort wird vom Bezugsrahmen des Urhebers erdacht und vom Bezugsrahmen des Hörers aufgenommen. FK-FK Transaktionen zwischen Menschen folgen, wenn ein Bezugsrahmen geteilt oder fallengelassen wird. Es scheint, daß dies am wahrscheinlichsten in non-verbalen Transaktionen geschieht; nach unserer Ansicht gehören zur Intimität einige derartige Transaktionen; ein Kampf ums Überleben hat andere zu Folge.

Die Personalität wird durch das Natürliche Kind als Quelle der Motivation und durch die Eltern-, Erwachsenen- und angepaßten Kindheits-Ich-Zustände strukturiert; sie alle funktionieren innerhalb des Bezugssystems der Realitätsdefinitionen, die durch die soziale Erfahrung gelernt wurden. Das Erwachsenen-Ich erscheint hier im Dienst des angepaßten Kindheits-Ichs, das innerhalb der durch das Eltern-Ich im Hinblick auf das Lösen von Problemen bereits gesetzten Grenzen versucht, die entwickelten Konzepte zu benutzen.

In späteren Entwicklungsstufen kann das Erwachsenen-Ich dem Eltern-Ich in ähnlicher Weise, allerdings immer mit der angepaßten Verstärkung des Kindheits-Ichs, dienen.

Menschen können niemals ihren eigenen Bezugsrahmen verlassen. Jedoch können sie innerhalb ihres Bezugsrahmens mehr oder weniger offen sein, um eine klare Einschätzung ihrer internen oder externen Realitäten vorzunehmen. Deren Ausgewogenheit ist wichtig. Obwohl auf eine Weise jeder Bezugsrahmen innerlich ist, ist es oft hilfreich, zwischen inneren und äußeren Bezugsrahmen zu unterscheiden. Ein innerer Bezugsrahmen ist der, in dem die Person auf innere Stimuli und Phantasien achtet und sich nicht der externen Situation zuwendet. Wahrnehmungen sind oft durch eine Betonung der persönlichen Gefühle verzerrt. Zum Beispiel: Jo und Fred sitzen nebeneinander; Fred schaut ruhig und Jo erschreckt. Jo sagt: ,,Warum bist Du böse auf mich?“

Ein externer Bezugsrahmen ist einer, in dem die Person Aspekte anderer Menschen oder der Realitätssituation überbetont und seine oder ihre eigenen Aspekte abwertet. Zum Beispiel: ,,Sie sagten mir, Sie wünschten nicht, daß ich es tue. So habe ich es nicht getan.“

Behandlung

Veränderungen im Bezugsrahmen ergeben sich ausfolgenden Ereignissen: (1) dem Kindheits-Ich wird es in dem gegenwärtigen Bezugsrahmen unbehaglich und es sucht nach Erwachsenen-Ich-Informationen und neuen Erlaubnissen; (2) das Kindheits-Ich fühlt sich in dem gegenwärtigen Bezugsrahmen unwohl und es sucht neue Erlaubnisse; oder (3) eine Eltern-Ich (externe) Struktur drängt einen neuen Bezugsrahmen auf. In allen Fällen ist eine Veränderung im Bezugsrahmen nur vollendet, wenn die neuen Definitionen in alle drei Ich-Zustände als OK-Eltern-Ich, tatsachenorientiertes Erwachsenen-Ich und problemlösendes Kindheits-Ich integriert sind.

Neubeeltern beinhaltet eine beachtliche Neuorganisation des Bezugsrahmens.[1] Veränderung von einer weniger komplexen Art kann in einer Neuentscheidung durch die Ausrichtung des Erwachsenen- und Kindheits-Ichs bewerkstelligt werden (in Anpassung an Informationen, die extern zur Verfügung gestellt werden). Diese Veränderung hat den größten Erfolg bei Patienten ohne stärkere Ich-Zustand-Trübungen; um neue zusammengehörige Strukturen herzustellen[2], muß die Neuentscheidung allerdings konsequent durchgeführt werden. Die Rolle des Eltern-Ichs im Bezugsrahmen ist mächtig; sie beruht auf dem Einfluß der Eltern oder anderer Bezugspersonen auf die Definitionen der frühen Kindheit. Das Eltern-Ich definiert den Bezugsrahmen. Während wir in TA die fürsorglichen und kritischen Aspekte des Eltern-Ichs betont haben, wurde seine tatsächliche Rolle unterbetont. Es ist das Eltern-Ich, das festlegt, wie das Kindheits-Ich Streicheln bekommen kann, wie OK-sein oder Nicht-OK-sein definiert werden; es legt auch die Bedeutung von Worten wie ,,gut, schlecht, nett, hart, Wünschen und Bedürfnisse“ fes - sie werden anfänglich von den Eltern benutzt und in das Eltern-Ich verinnerlicht.

Zum Beispiel: Einer Person wurde als Kind gelehrt, Kartenspielen ist vom Bösen; es macht einen zum Spieler und führt zur Armut und ist der Weg in die Hölle. Sie lernt später im Leben Kartenspielen; sie entscheidet, daß es nicht schädlich ist (Erwachsenen-Ich), daß sie es mag (Kindheits-Ich); und am Ende spielt sie, ohne sich schuldig zu fühlen. Dem allen ging ein Zusammenbruch ihrer früheren Religiosität als eines Bezugsrahmens voraus; die Entscheidung wurde durch Verinnerlichung eines neuen Eltern-Ichs ,,Immer die Karten abheben“ und durch Ausrichtung des alten Eltern-Ichs auf ,,Es ist nicht nett, zu betrügen” gefördert.

In Behandlungssituationen kann das Erkennen des Bezugsrahmens des Patienten und die Vornahme systematischer Veränderung durch selektive Neudefinition oder Eliminierung von Bezugswörtern (Beispiele: ,,OK”, ,,Angemessen”, ,,Wunsch“) bedeutsamere Veränderungen im Denken und Verhalten erreichen.

Zum Beispiel fürchtete ein Patient, unzulänglich für eine Arbeit zu sein. Ihm wurde gesagt, er solle jedes innere Messen von ,,zulänglich“ abstoppen und anstelle dessen spezifische Ziele definieren und sich nur auf klar definierte externe Bezugsrahmen (z. B. Produktionsvorgaben) beziehen. Er minderte die Angst und steigerte die Arbeitsleistung. Oder ein anderes Beispiel: Ein Mensch bemerkte,daß er fünfzig Prozent seiner Zeit damit verbrachte, über ,,Gewalttätigkeit” nachzugrübeln, er war Mitglied einer Gruppe und überprüfte hier seine Definition von ,,Gewalttätigkeit“, die er von seiner Mutter gelernt hatte; er entdeckte, daß niemand seiner Art, ,,Gewalttätigkeit“ zu definieren, zustimmte. Die meisten aber aus der Gruppe stimmten seiner anderen, wichtigen Eltern-Ich-Definition zu, daß ,,Gewalttätigkeit schlecht“ sei. Das Grübeln hörte auf, ein Problem zu sein, als er ,,Gewalttätigkeit“ aus dem Erwachsenen-Ich definierte anstatt aus dem Eltern-Ich und ,,schlecht“ weiterhin aus dem Eltern-Ich definiert blieb.

Sinnvolle Transaktionen zwischen Menschen erfordern die Übereinstimmung – oder zumindest den Glauben, daß es eine Übereinstimmung gibt - über einen Bezugsrahmen. Zum Beispiel diskutieren zwei Menschen darüber, ob eine dritte Person OK ist; dafür müssen sie einen Bezugsrahmen akzeptieren, daß es einige Leute gibt, die nicht OK sind. Solange sie jedoch, in der Annahme, daß ein gemeinsamer Bezugsrahmen existiert, nicht festlegen, was jeder von ihnen mit OK meint, kann durch jede Person Fehlkommunikation entstehen.

Bei der Analyse von Spielen ist es wertvoll, die angepaßten Positionen in den Spielen zu bestimmen. Der Eingangszug in einem Spiel kann durch den Spieler in jeder Position (Opfer – Verfolger – Retter)[3] erfolgen und das Spiel wird bestätigt (die zweite Abwertung) wenn der andere Spieler sich an den durch den Urheber vorgegebenen Bezugsrahmen anpaßt. In dem in Abbildung 3 gezeigten Beispiel definiert der Verfolger einige Menschen als nicht-OK, das Opfer bekräftigt diese Annahme und auch der Retter bestätigt sie; er allerdings benutzt sein Eltern-Ich und versucht, die Situation neu zu definieren.

Klinisch ist es nützlich, den Bezugsrahmen zu bestimmen und die angepaßten Positionen zu identifizieren (wer sich an wessen Bezugsrahmen anpaßt). Der nächste Schritt ist dann, jede Person zu veranlassen, verbal seinen eigenen Bezugsrahmen zu definieren und damit sein Erwachsenen-Ich mit Energie zu besetzen und die Symbiose zusammenbrechen zu lassen.[4] Damit’ wird auch Gelegenheit zur Überprüfung gegeben, ob eine Fehlinformation vorliegt (wie oben am Beispiel des Patienten gezeigt, dessen Idee von ,,Gewalttätigkeit“ nicht die übliche war). Dieses Verfahren als Mittel, Spiele zu konfrontieren, ist nicht bedrohlich; es istwirksam, um Menschen zu lehren, Spiele in einem sozialen Zusammenhang zu konfrontieren (z. B. ,,Was bedeutet das Wort ‚Gewalttätigkeit‘ für Sie“).

Es gibt charakteristische Bezugsrahmen, die mit bestimmten Diagnosen verbunden sind. Sie sind charakteristisch, weil charakteristische Einschärfungen und Entscheidungen vorherbestimmende Faktoren in der Entwicklung der Pathologie sind, die auch die wahrscheinlichen Strukturen der Trübungen und Ausschlüsse beeinflussen. Die Vertrautheit mit dem Bezugsrahmen in seinem Zusammenhang mit einer spezifischen Pathologie liefert einen organisch eingefügten Ansatzpunkt für die Intervention.

Zum Beispiel: In einer manisch-depressiven Störung ist der Bezugsrahmen durch Konkurrenz gekennzeichnet mit übertriebener Betonung der Bedeutung von Gefühlen, mit Unterbetonung der Realitätssituation und mit der Wahrnehmung, daß es für Probleme magische Lösungen gibt. Die Intervention beinhaltet die Unterstützung des Patienten bei der Definition der Situationen in Übereinstimmung mit Fakten anstelle von Gefühlen; die Intervention gibt ihm oder ihr Erlaubnis, zu denken und wirkungsvoll zu handeln; sie setzt Einschärfungen gegen das Suchen nach magischen Lösungen.

Hysteriker handeln aus einem internen Bezugsrahmen und verwerten keine Beweggründe. Elemente der Behandlung sind die Externalisierung des Bezugsrahmens, die Benennung der festen Erwartung, daß sie über Beweggründe nachdenken werden und das Geben von Einschärfungen gegen die Übertreibung von Gefühlen.

Eine der interessantesten Überlegungen im Hinblick auf die Bedeutung des Bezugsrahmens ist, daß Individuen mit unkonventionellen Bezugsrahmen Alternativen zu haben scheinen, die den meisten Menschen in unserer Gesellschaft nicht zur Verfügung stehen. Bei der Arbeit mit Menschen, die als schizophren diagnostiziert wurden, haben wir z. B. Fälle von

Nichtakzeptierung von Schmerzen, der Kontrolle des autonomen Nervensystems, der absichtlichen Erzeugung von inneren Verletzungen und beachtliche Fälle der Heilung beobachtet. Derartige Phänomene, wie die wunderbare Erzeugung von Stigmata oder die Fähigkeit, durchs Feuer zu gehen (bei beiden handelt es sich um gut dokumentierte Ereignisse), scheinen wichtig.

Die Fähigkeit des Therapeuten (Lehrers, Priesters, Pfadfinderführers), Bezugsrahmen neu zu definieren,[5] hängt ab von seiner Potenz, das Kindheits-Ich des Klienten zu veranlassen, seine oder ihr Eltern-, Erwachsenen- und Kindheits-Ich-Zustände wahrzunehmen. In vielen Situationen hängt das von der Potenz ab, mit der diese Ich-Zustände benutzt werden. In einer wirkungsvollen Behandlung geschieht dies unter der Programmierung des Erwachsenen-Ichs; sie geschieht nicht, bevor nicht der Bezugsrahmen des Patienten (soweit als möglich) verstanden ist, und wie er sich schädlich auf sein oder ihr Wohlergehen auswirkt. Der Therapeut weiß um die Spezifika seines oder ihres eigenen Bezugsrahmens und um die Tatsache, daß es viele funktionierende Bezugsrahmen gibt. Natürlich bedarf die Frage ,,Was ist tatsächlich real?“ fortdauernder Überlegung.

Literaturangaben:

1 Schiff, J. *Reparenting.* Trans. An. Bull., 8: 13, July 1969, p. 45.

2 Goulding, R. New *Directions in Transactional Analysis.* In Sager, D., and Kaplan, H. (eds.), Progress in Group and Family Therapy. Brunner/Mazel, New York, 1972.

3 Karpman, *S. Fairy Tales and Script Drama Analysis,* Trans. An. Bull. 7:26, April 1968, p. 39

4 Schiff, A. and Schiff, J. *Passivity,* Trans. An. J., I:I,January1971,p.71.

5 Mellor, K., and Schiff, E. *Redefining,* Trans. An. J., 5:3, July 1975.

(Aus TAJ 5: 3, Juli 1975, S. 290 – 294)

Mißachten (Abwerten,discount)

Ken Mellor, Dip. Soc. Studs.
Eric Schiff

Seit dem Artikel von Aaron und Jacqui Schiff über ,,Passivität“[1] sind mehrere wichtige Entwicklungen im Hinblick auf das Verstehen und die Konfrontation der Abwertung innerhalb der Behandlung erfolgt. Der Zweck dieses Artikels ist es, diese Entwicklungen darzustellen.

Die Person, die abwertet, glaubt oder handelt, als ob ein Aspekt des Selbst oder anderer Menschen oder der Realität weniger wichtig ist, als es tatsächlich der Fall ist. Die Abschwächung des Druckes erfolgt in der Regel mit Absicht: Um den Bezugsrahmen aufrechtzuerhalten, um Spiele zu spielen, um das Skript zu stützen und in dem Bemühen, eine symbiotische Beziehung mit anderen zu erzwingen oder gar zu verstärken.

Mißachten ist ein innerlicher Mechanismus, den wir anhand von Anzeichen in Transaktionen und im Verhalten erkennen können, wie z. B. die vier passiven Verhaltensweisen, die verdeckte Natur von Transaktionen in Spielen und/oder wenn eine Person aus einer der drei Positionen des Karpman’schen Dreiecks handelt[2]. Diese Faktoren sind die externen Anzeichen des Abwertens; sie beinhalten Abwertungen, sind aber in sich selbst keine Abwertungen. In der Behandlung ist diese Unterscheidung wichtig.

Die Behandlung des Abwertens erfolgt in vier generellen Schritten. Sie beginnt mit dem Äußerlichen, geht dann zum Inneren über und endet mit, einer Integration von beidem. Der erste Schritt besteht darin, der Person zu helfen, die Transaktionen und Verhaltensweisen zu bestimmen, die sich aus dem Abwerten ergeben. Die Aufmerksamkeit ist hier auf die externen Äußerungen gerichtet. Im zweiten Schritt wird der Person geholfen, die Bereiche, Typen und Arten des Abwertens zu bestimmen. Dies richtet sich auf das, was im Kopf der Person vorgeht.

Im dritten Schritt soll die Person mit ihrer Energiebesetzung im Abwertungsvorgang in Berührung kommen; dies geschieht, damit die Energiebesetzung neu-ausgerichtet werden kann und die Person sich der Dinge, wie sie sind, bewußt ist. Die Aufmerksamkeit ist auf das Innere gerichtet und darauf, was die Person zur Benutzung dieses Mechanismus treibt. Der letzte Schritt für den Menschen ist, zu lernen, das nicht-abwertende Verhalten mit Energie zu besetzen und positive Verstärkungen aus den Folgen dieses Verhaltens zu erhalten.

In der Praxis erfolgen diese Schritte mehr oder weniger in dieser Reihenfolge und die Reihenfolge scheint wichtig zu sein. Jedoch besteht die Behandlung mehr in einer aufeinanderfolgenden Betonung jedes Schrittes, als in einer strengen Reihenfolge, denn es entsteht oft die Notwendigkeit, sich vor- und rückwärts zu bewegen, wenn die Bewußtheit der Person sich vertieft und sie sich verhaltensmäßig ändert.

Bereiche, Typen und Arten

Im Cathexis-Institut haben wir drei Bereiche, in denen Menschen abwerten, drei Typen der Abwertung und für jeden Typ vier Arten des Abwertens entdeckt.

Eine Person kann in jedem der drei Bereiche abwerten: einen Aspekt des Selbst, der anderen oder der Realitätssituation. Genauer betrachtet kann eine Person ihre eigenen Gefühle, Wahrnehmungen, Gedanken oder Handlungen abwerten: die Gefühle, Wahrnehmungen, Gedanken oder Handlungen anderer Menschen; oder einige Faktoren, in der sie umgebenden, objektiven Situation. Die Tabellen 1, 2 und 3 enthalten Beispiele hierfür.

Die drei Typen des Abwertens sind Abwertungen der Stimuli, der Probleme oder der Alternativen. Jede dieser drei Typen kann in vier verschiedenen Arten abgewertet werden: die Existenz, die Bedeutung, die Möglichkeit der Veränderung und die persönliche Fähigkeit eines Menschen in Beziehung auf obige Typen.

Stimuli: Jeder innere Stimulus - wie Gefühle oder Wahrnehmungen - oder jeder externe Stimulus- z. B. ein Anzeichen für Kummer einer anderen Person - kann abgewertet werden. Und dies kann auf vier Arten geschehen:

Die Person wertet die Existenz der Stimuli selbst ab. Er oder sie ist sich deren nicht bewußt.

Die Bedeutung der Stimuli wird abgewertet. Die Person ist sich ihrer bewußt, aber mißinterpretiert ihre Bedeutung im Hinblick auf sich selbst, auf andere oder auf die Situation.

Die Veränderlichkeit der Stimuli wird abgewertet. Die Person ist sich ihrer bewußt, versteht ihre Bedeutung, betrachtet sie aber als sich nicht verändernd oder nicht veränderbar.

Die Fähigkeit einer Person, in verschiedener Weise auf die Stimuli zu reagieren, wird abgewertet. Während die Person sich der Stimuli, ihrer Bedeutung und ihrer Veränderlichkeit bewußt ist, wertet sie ihre Fähigkeit oder die eines anderen ab, die Stimuli zu verändern.

Tabelle 1 enthält Beispiele. Die Abwertung der Stimuli steht in enger Beziehung mit der Bewußtheit einer Person, mit dem, was sie über die Bewußtheit denkt und mit dem, was sie mit ihr tut.

Probleme: Menschen definieren Probleme, indem sie Informationen (Stimuli) über sich selbst, andere und Situationen benutzen. Infolgedessen werden sie, wenn sie irgendwelche Stimuli abwerten, die für die Definition eines ‚Problems wichtig sind, wahrscheinlich das Problem oder irgendeinen seiner Aspekte abwerten. Es gibt also eine Verbindung zwischen dem Abwerten von Stimuli und dem Abwerten von Problemen. Die vier Arten, Probleme abzuwerten, sind:

Typ und Art	**Bereich**	**Beispiel**
Stimuli	Selbst	,,Ich fühle mich nicht ärgerlich (hungrig, Schmerzen)“; gesagt von einer verärgerten, hungrigen, verletzten Person.
	Andere	,,Du hast mich nicht gestreichelt“; gesagt von jemand, der gerade gestreichelt wurde.
	Situation	,,Ich kann sehr gut sehen“; gesagt von einem Fahrer in dickem Nebel.
Bedeutung der Stimuli	Selbst	,,Achte nicht darauf; ich bin immer ärgerlich“; gesagt als Antwort auf eine spezifische Provokation.
	Andere	,, Du wolltest mich nicht streicheln; Du dachtest, Du müßtest es tun.“
	Situation	,,Ich fahre immer mit 80 km in dickem Nebel.“
Veränderbarkeit von	Selbst	,,Ich bin immer ärgerlich; mein Vater und Großvater waren es auch. Es ist erblich.“
	Andere	,,Es ist egal, was geschieht; Du streichelst mich immer so.”
	Situation	,,Ich weiß, der Nebel ist dick, aber ich habe eine Verabredung.“
Fähigkeit, verschiedenartig zu reagieren	Selbst	,,Ich weiß, daß Menschen sich ändern, aber ich werde immer ärgerlich sein.”
	Andere	,,Ich mag nicht, was Du tust, aber Du wirst Dich nicht ändern.“
	Situation	,,Ich kann die Verabredung nicht (sie werden . . nicht) wegen des Nebels ändern”.

Tabelle 1: Abwertung von Stimuli nach Bereich und Art

Die Existenz des Problems wird völlig abgewertet. Verfügbare Informationen (Stimuli) werden nicht benutzt oder werden nicht angemessen benutzt, um die Existenz des Problems zu bestimmen.

Die Bedeutung des Problems wird abgewertet. Das Problem wird identifiziert, aber seine Bedeutung für die Person, einen anderen oder die Situation wird falsch bestimmt.

Die Lösbarkeit des Problems wird abgewertet. Die Person hat ein Problem und seine Bedeutung bestimmt, denkt aber, daß keiner etwas tun kann.

Die Fähigkeit einer Person, ein Problem zu lösen, wird abgewertet. Es gibt ein Problem, es ist bedeutungsvoll, es kann gelöst werden, aber nicht durch mich, ihn oder sie.

Durch diese Abwertungen wird der Einsatz der Bewußtheit der Menschen beim Definieren von Problemen, beim Nachdenken über Lösungen und ihre Vorstellung über das, was sie selbst oder andere tun können, um Probleme zu lösen, beeinträchtigt. Beispiele finden Sie in Tabelle 2.

Typ und Ebene	Bereich	Beispiel
Probleme	Selbst	Jemand ist krank oder verletzt und macht weiter, als ob nichts wäre: ,,Ich bin OK."
	Andere	Menschen nehmen den Kummer eines anderen nicht zur Kenntnis: ,,Er oder sie ist OK."
	Situation	Jemand, der ein Auto mit schlechten Bremsen so fährt, als ob sie in Ordnung wären.
Bedeutung der Probleme	Selbst	,,Mir fehlt nichts Ernsthaftes, ich habe immer Schmerzen (bin immer krank) seit ..."
	Andere	,,Er oder sie weinen immer (sind immer krank, ärgerlich) . .." in Antwort auf den Kummer eines anderen.
	Situation	,,Bremsen sind normalerweise nach 50000 km schlecht."
Lösbarkeit der Probleme	Selbst	,,Niemand kann etwas gegen meinen Schmerz (Krankheit) tun."
	Andere	,,Niemand kann etwas für ihn/sie tun."
	Situation	,,Bremsen verbrauchen sich immer, dagegen kann keiner etwas tun."
Fähigkeit, Probleme zu lösen	Selbst	,,Ich kann nichts gegen meinen Schmerz (Krankheit) tun."
	Andere	,,Ich (er/sie) kann nichts gegen meinen (seinen/ihren) Kummer tun."
	Situation	,,Ich kann die Bremsen nicht in Ordnung bringen, ich bin kein Schlosser."

Tabelle 2: Abwerten von Problemen nach Bereich und Art

Alternativen: Alternativen sind wichtig für das Lösen von Problemen; sie können auch in sich selbst bedeutsam sein. Wenn sie für die Lösung von Problemen wichtig sind, wird die Bestimmung der Alternativen durch die benutzte Information (Stimuli) und durch die Art, wie das Problem definiert wird, beeinflußt. Das Abwerten von Stimuli, die für die Definition eines Problems wichtig sind - oder das Abwerten des Problems in irgendeiner Weise - führt wahrscheinlich zu einer der Arten, Alternativen abzuwerten. Deshalb wird in einer gegebenen Situation oder bei einem bestimmten Ereignis das Abwerten von Stimuli, Problemen und Alternativen Hand in Hand gehen. Die vier Arten, Alternativen abzuwerten, sind:

Die Existenz der Alternativen wird völlig abgewertet. Die Menschen denken, daß es keine andere Art des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens oder Handelns gibt als diejenige, deren sie sich bereits bewußt sind.

Die Bedeutung von Alternativen für das Lösen von Problemen oder für das Erreichen von Vorgaben wird abgewertet. Die Person ist sich der Alternativen bewußt, wertet aber ihre Bedeutung für ihr Problem oder Ziel ab.

Die Tauglichkeit von Alternativen wird abgewertet. Die Person ist sich der Alternativen und ihrer Bedeutung bewußt, aber sie wertet ihre Tauglichkeit ab aus der Position ,,niemand kann dies als taugliche Möglichkeit wählen".

Die Fähigkeit einer Person, aufgrund ihrer Alternativen zu handeln, wird abgewertet. Die Alternativen sind gegeben, sie sind bedeutsam und tauglich, aber nicht für das Selbst oder einen anderen. Die Abwertungen der Alternativen beeinträchtigen das Denken einer Person über Lösungen von Problemen und die Weisen, Vorgaben zu erreichen sowie das Nachdenken über die Handlung, die sie selbst oder andere in Beziehung auf Probleme und Vorgaben vornehmen können. Beispiele für diese Abwertungen stehen in Tabelle 3.

Typ und Ebene	Bereich	Beispiel
Alternativen	Selbst	,,Ich muß meinen Ärger (Gedanken) für mich behalten."
	Andere	,,Er wollte mich schlagen; das einzige, was ich tun konnte, war, ihn zuerst zu schlagen."
	Situation	,,Wir brauchen Geld für Teppiche; wir können uns keinen Urlaub leisten."
Bedeutung der Alternativen	Selbst	,,Es macht keinen Unterschied, ob ich über meinen Ärger (Gedanken) rede."
	Andere	,,Auch wenn ich mit ihm geredet hätte, hätte er mich geschlagen."
	Situation	,,Ich bleibe müde, auch wenn ich Urlaub nehme."
Tauglichkeit der Alternativen	Selbst	,,Niemand kann über seinen Ärger (Gedanken) sprechen, wenn er es nie getan hat."
	Andere	,,Niemand kann einfach reden, wenn er gleich geschlagen wird."
	Situation	,,Leute in unserer Stellung können keinen Urlaub nehmen."
Fähigkeit, gemäß den Alternativen zu handeln	Selbst	,,Andere können etwas erreichen, wenn sie über ihren Ärger (Gedanken) reden, aber ich (er/sie) nicht."
	Andere	,,Jemand, der gerade einen anderen schlagen will, will nicht reden."
	Situation	,,Ich (er/sie) bin (ist) nicht der Typ von Mensch, der Urlaub nimmt."

Tabelle 3: Abwertungswahlmöglichkeiten nach Bereich und Art

Hierarchien des Abwertens

Jeder Abwertungstyp kann zu einem Zeitpunkt während der Behandlung allein im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Im Cathexis-Institut ist die Aufmerksamkeit üblicherweise auf alle drei gerichtet, da sie so eng miteinander zusammenhängen. Tabelle 4 enthält eine Zusammenfassung der drei Typen und der Arten des Abwertens; es wird dort das Augenmerk auf drei wichtige hierarchische Beziehungsebenen zwischen ihnen gelenkt. Die erste ist eine vertikale Hierarchie des Abwertens (der vertikale Pfeil in der Tabelle): Für jeden Typ des Abwertens in der Tabelle gilt, daß eine Abwertung in irgendeiner der Arten im allgemeinen auch Abwertungen in den Zeilen unter ihr beinhaltet. Wenn z. B. die Bedeutung abgewertet wird, werden auch die Möglichkeiten der Veränderung und die persönlichen Fähigkeiten abgewertet.

Die zweite Beziehungsebene ist eine horizontale Hierarchie (horizontaler Pfeil in der Tabelle): Innerhalb einer gegebenen Art von Abwertung irgendeines Typs die Abwertungen aller Typen in den Spalten rechts von ihm. Dies ist eine Folge davon, daß Stimuli eine höhere Bedeutung gegenüber Problemen, und Stimuli und Probleme eine höhere Bedeutung gegenüber Alternativen haben. Probleme können nicht bestimmt und gelöst werden, wenn die notwendigen Stimuli abgewertet wurden und Alternativen, die Probleme lösen würden, können nicht definiert werden oder man kann nicht nach ihnen handeln, bevor die Probleme nicht angemessen bestimmt und die Stimuli, die für die Bestimmung der Alternativen notwendig sind, ausreichend einbezogen sind.

Die dritte Hierarchiestufe ist diagonal (diagonale Pfeile): Abwerten an irgendeinem Punkt in der Tabelle hat eine Abwertung in der Art darunter und vom Typ links von ihr und in der Art darüber und vom Typ rechts davon zur Folge. Es gibt eine gewisse Gleichwertigkeit zwischen den Abwertungen, die auf der Diagonale erfolgen. Im allgemeinen sind sie, wie folgt, miteinander verbunden:

1. Wenn die Bedeutung eines Stimulus abgewertet wird, wird es nicht als ein Problem in sich selbst bezeichnet oder in die Bestimmung eines Problems eingeschlossen; umgekehrt muß die Bedeutung irgendeines Stimulus abgewertet worden sein, wenn ein Problem abgewertet wird. Die Mutter, die ein weinendes Baby unbeachtet läßt (sie wertet das Problem ab), wertet zum Beispiel das Weinen (Stimulus) oder seine Bedeutung ab.

2. Wenn Stimuli als fixiert gesehen werden, wird dies die Bestimmung des Problems im Hinblick auf seine Bedeutung beeinflussen; und während die Veränderlichkeit der Stimuli und/oder die Bedeutung von Problemen abgewertet werden, sind Alternativen irrelevant.

Art	Typ T1	T2	T3
Existenz	Stimuli	Probleme	Alternativen
Bedeutung	T2 Bedeutung der Stimuli	T3 Bedeutung der Probleme	T4 Bedeutung der Alternativen
Änderungsmöglichkeit	T3 Veränderbarkeit der Stimuli	T4 Lösbarkeit der Probleme	T5 Tauglichkeit der Alternativen
Persönliche Fähigkeiten	T4 Die Fähigkeit einer Person, verschieden zu reagieren	T5 Die Fähigkeit einer Person, Probleme zu lösen	T6 Die Fähigkeit einer Person, gemäß den Alternativen zu handeln

Tabelle 4: Abwertung: Typen, Arten und Hierarchien

Auf der anderen Seit ist die Bedeutung eines Problems, wenn Alternativen abgewertet werden, zumindestens soweit abgewertet, daß das Problem nicht als wichtig genug betrachtet wird, um nach Alternativen Ausschau zu halten - außerdem wird die Möglichkeit der Veränderung abgewertet. Zum Beispiel sucht die Mutter, die das Weinen ihrers Babys mit ,,er schreit immer zur gleichen Zeit am Tag" beantwortet (Abwertung der Bedeutung des Problems), nicht nach einem anderen Grund für das Weinen des Babys an jedem Tag (sie wertet die Veränderlichkeit des Stimulus ab); sie denkt auch nicht über andere Weisen des Handelns nach (sie wertet Alternativen ab).

3. Wenn die Fähigkeit von Menschen abgewertet wird, anders auf Stimuli zu reagieren, scheint nichts lösbar (ausgenommen durch Zufall); infolgedessen wird die Bedeutung jeder Alternative, die helfen könnte, das Problem zu lösen, abgewertet. Umgekehrt wird eine Person, die die Bedeutung von Alternativen oft aus einer Position ,,worum geht es eigentlich" abwertet, die Lösbarkeit und die menschliche Fähigkeit, zu ändern, abwerten.

4. Menschen, die die Fähigkeit der Person, Probleme zu lösen, abwerten, werten ab, daß reale Alternativen existieren (tauglich sind); und wenn eine Person abwertet, daß es für sie oder andere taugliche Alternativen gibt, wird auch die Fähigkeit der Person, Probleme zu lösen, abgewertet.

Im allgemeinen sieht es so aus, daß die Kinder die stärkste Pathologie entwickeln, die in Familien aufwachsen, in denen beständig abgewertet wird.

Behandlung

Wenn man sich der Diagonale in der Tabelle 4 bewußt ist, entlang der die Person abwertet, kann die Intervention so geplant werden, daß sie nicht auf oder unter der Diagonale erfolgt. Wenn sie nicht über der Diagonale liegt, wird wahrscheinlich die Intervention selbst abgewertet. Die Richtung der Behandlung muß sich von der linken oberen Ecke der Tabelle zur rechten unteren Ecke bewegen. Die Phasen der Behandlung werden durch die ,,T's" in Tabelle 4 angezeigt. Jede Phase beinhaltet verschiedene, allerdings aufeinander bezogene, Punkte.

Behandlungspunkte: T1, Bewußtheit (innere, äußere); T2, Bedeutung der Bewußtheit, Problembestimmung; T3, Bewußtheit für Veränderung, Bedeutung der Problembestimmung, Definition der Alternativen; T4, Bewußtheit der persönlichen Veränderung, Bestimmung von Problemlösungen, Festlegung von wichtigen Handlungsalternativen; T5, Bewußtheit der persönlichen Fähigkeiten, Auswahl von tauglichen Alternativen; T6, Bewußtheit der Fähigkeit zu handeln, Handlung.

Es gibt einen graduellen Übergang zwischen den Punkten, der beachtet werden muß: Von der Bewußtheit zu verschiedenen Aspekten des Denkens über Bewußtheit, dann zum entsprechenden Handeln. Ein mögliches Thema, das sich durch alles hindurchziehen kann, ist die Einsicht von Denkverzerrungen durch die Person[3]. Ein letzter Punkt ist, daß es oft wichtig ist, zwischen zwei verschiedenen Ursachen der Abwertung zu unterscheiden. Die erste Ursache ist der Einsatz einer Person in das Spielen von Spielen und die Förderung ihres Skriptes. Andererseits werten Menschen auch zu Zeiten ab, wenn sie keine Information oder Erfahrung haben, die notwendig ist, um die Bedeutung zu bestimmen, um die Möglichkeiten der Veränderung oder um ihr eigenes Potential der Veränderung oder das anderer Menschen zu kennen. In diesen Situationen ist es oft ausreichend, Informationen zu liefern oder Situationen zu strukturieren, die die notwendige Erfahrung zur Verfügung stellen; dagegen ist mehr notwendig, wenn Ursachen, die auf dem Skript basieren, bearbeitet werden müssen.

Behandlungsbeispiel

Mary, 25 Jahre alt, fühlte keinen Ärger, obwohl sie häufig gewalttätig wurde (Abwertung: Stimuli, Selbst, Existenzweise; sie war sich auch nicht eines Ärgers bewußt (Abwertung: Stimuli, andere, Existenzweise). In der ersten Phase (T1) in der Behandlung war ihr zu helfen, mit den relevanten Stimuli in Berührung zu kommen. Wir zeigten ihr Bilder von ärgerlichen Menschen und wiesen sie an, ärgerliche Körperhaltungen einzunehmen, während sie aussprach, daß sie ärgerlich war. Dies und andere Programme halfen ihr, Ärger zu fühlen und sich bewußt zu sein, wenn andere ärgerlich waren.

Die nächste Phase (T2) beinhaltete die Arbeit mit ihr an der Bedeutung ihres eigenen Ärgers und des Ärgers anderer. Wenn die Situationen sich ergaben, wurden die Ursachen des Ärgers diskutiert und die Probleme bezeichnet, die sich daraus ergeben, daß sie ihren eigenen Ärger und den anderer Menschen nicht erkannte. Zum Beispiel: ,,Menschen haben Gründe, um ärgerlich zu werden und wenn sie die Gründe kennen, können sie etwas mit ihnen tun". Dies führte zu der nächsten Phase (T3). Die Aufmerksamkeit war darauf gerichtet, wie Menschen in verschiedenen Situationen Gefühle ändern, wie dies die Natur (Bedeutung) des Ärgers (Problem) für sie und andere veränderte und wie sich Wahlmöglichkeiten (z. B. darüber reden anstelle von Gewalttätigkeit) ergeben, um mit ihrem Ärger in verschiedenen Situationen umzugehen.

Auf diese folgte eine Phase (T4), in der die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit der Menschen gerichtet war, ihre Reaktion auf Ärger zu ändern; dabei war der Blickpunkt auf das Lösen der Probleme, die ihn verursachten, gerichtet; es geschah dadurch, daß eine Anzahl verschiedener (wichtiger) Alternativen in bezug auf die Probleme benutzt wurden. In diesem Entwicklungsstadium war sie fähig, sich ärgerlich zu fühlen und sie begann, die Ursachen für ihren Ärger zu identifizieren und ihre relevanten Alternativen zu erkennen. Zum Beispiel: ,,Wenn ich ihm sage, daß ich ärgerlich bin, könnte er aufhören, häßlich zu mir zu sein."

Als nächstes lernte sie, daß sie selbst mit ihrem Ärger umgehen konnte (Menschen können Probleme lösen), obwohl sie sich noch auf die Energie anderer Menschen verließ, um sich zu motivieren. In dieser Phase (T5) fand sie heraus, daß die Alternativen für ihr Umgehen mit dem Ärger, die sie sich erworben hatte, tauglich waren. Durch das Reden über die Gründe für ihren Ärger und durch das wirksame Handeln ergab sich, daß sie und die anderen das Sich-ärgerlich-fühlen abstoppten.

Die letzte Phase (T6) war abgeschlossen, als sie aus eigener Initiative handelte, um etwas mit ihrem eigenen Ärger oder dem Ärger, den sie in anderen provoziert hatte, zu tun. Sie wertete nicht länger ihre Fähigkeit ab, aufgrund ihrer Alternativen zu handeln.

Zusammenfassung

Abwerten kann man im Hinblick auf drei Bereiche (Selbst, andere und Situation) und drei Typen (Stimuli, Probleme und Alternativen) einteilen; jede dieser Typen kann dann in vier Arten abgewertet werden (Existenz, Bedeutung, Möglichkeit der Veränderung und persönliche Fähigkeiten). Wenn man das Ganze betrachtet, enthüllt diese Einteilung des Abwertens drei Abwertungshierarchien, die es dem Patienten und dem Therapeuten ermöglichen, in der Behandlung in einer geordneten Folge von Themen zu arbeiten, ohne daß die Behandlung selbst abgewertet wird.

Literaturangaben:

1. Schiff, A. and Schiff, J. *Passivity,* An. J., 1 : 1, January 1971, p. 71.
2. Karpman, *S. Fairy Tales and Script Drama Analysis,* Trans. An. Bull., 7:26, April 1968, p. 39.
3. Parker, P. *Summer Conference Proceedings. Part. 1: Development of the Adult,* Trans. An. Bull., 9:36, October 1970, p. 136.

(Aus: TAJ 5 :3, Juli 1975, S. 295 – 302)

REDEFINIEREN – UMDEUTEN
Ken Mellor, Eric Schiff

Das Konzept des Umdeutens wuchs aus den Erfahrungen, die wir machten, als wir das Material über Passivität benutzten, das Aaron Schiff und Jacqui Schiff entwickelt haben.[1] Das in diesem Aufsatz dargestellte Material ist eine Erweiterung ihrer Arbeit und verbindet die ,,symbiotische Basis" der Denk-, Wahrnehmungs-, Gefühls- und Handlungsstrukturen von Menschen mit ihren Spielen und ihrem Skript.

Umdeuten verweist auf den Mechanismus, den Menschen benutzen, um ihre festgelegte Ansicht über sich selbst, andere Leute und die Welt aufrechtzuerhalten und damit ihr Skript zu fördern. Es ist das Mittel, mit dem Menschen sich selbst gegen Stimuli verteidigen, die nicht in ihren Bezugsrahmen passen; sie definieren die Stimuli neu, damit sie in den Rahmen passen.

Bis jetzt haben sich aus unserer Arbeit einige allgemeine Aussagen über Umdeuten ergeben.

1. Sobald Menschen umdeuten, ist ihr Verhalten anscheinend spiel- oder skriptgebunden;[2] auf der anderen Seite ist es wahrscheinlich, daß Menschen autonom wahrnehmen, denken, fühlen und handeln, wenn sie nicht umdeuten, sondern auf Stimuli, wie sie in der Realität sind, handeln und reagieren,

2. Umdeuten wird zusammen mit den vier passiven Verhaltensweisen[3] benutzt, um die Art der symbiotischen Beziehung zu bestätigen oder durchzusetzen, die eine Person braucht, um ihr Skript zu fördern.

3. Wenn Menschen umdeuten, sind ihre Alternativen durch die Struktur der symbiotischen Beziehungen, die ihr Umdeuten und ihr Verhalten aufbaut, beschränkt; wenn Menschen nicht umdeuten, können sie ihre eigenen Alternativen bestimmen und gemäß diesen ohne derartige Einschränkungen handeln.

In der Therapie sind Umdeutungen üblich, da die Therapie den Bezugsrahmen der Person bedroht. Unter dieser Bedrohung neigen Menschen dazu, große Anteile des Denkens, die sie sonst für sich selbst behalten, zu externalisieren. Zum Beispiel:

Therapeut: ,,Sie spielen ein Spiel mit mir!"
Klient: ,,Das tue ich nicht. Ich sitze hier und spreche mit Ihnen. Sie spielen ein Spiel!"

Mit minimaler Zurkenntnisnahme des Themas, das der Therapeut anspricht, deutet der Klient das Thema um: zuerst als ,,Sprechen" und dann dahingehend, daß der Therapeut der Spieler des Spieles ist. Wenn der Klient erfolgreich ist, wird das Umdeuten die Bedrohung auf den Therapeuten ablenken; der kann dann in der Versuchung sein, sich zu verteidigen, anstatt bei dem ursprünglichen Thema zu bleiben.

Gruppensitzungen, in denen Umdeuten vorkommt, haben die charakteristische Tendenz zu langen, richtungslosen und manchmal kreisförmigen Diskussionen; sie sind durch ansteigende Erregung beim Therapeuten und den Gruppenmitgliedern gekennzeichnet, oder auf der anderen Seite durch Interaktionen, die damit beendet werden, daß jemand sich zögernd um irgendeinen anderen ,,kümmert". Mit Themen, die zu einer Lösung des Problems führen würden, wird entweder gar nicht umgegangen oder man lenkt die Aufmerksamkeit auf subtile Weise dauernd von ihnen ab. Unter dem therapeutischen Aspekt ist es das Problem, den Prozeß derart zu konfrontieren, daß das Individuum sich dessen, was er oder sie tut, bewußt wird und eine Energiebesetzung entwickelt, es nicht mehr zu tun.

Symbiotische Basis

Ursprünglich ist das Überleben der Menschen davon abhängig, daß sie innerhalb der symbiotischen Beziehung mit ihren Müttern oder anderen wichtigen für sie sorgenden Menschen ihre Bedürfnisse erfüllt bekommen. In einem gewissen Maße bleibt in der Psyche des Menschen Überleben mit den unaufgelösten Aspekten dieser Symbiose gleichgesetzt. Um die Bedürfnisse, die mit den symbiotischen Überresten verbunden sind, erfüllt zu bekommen, suchen sich später im Leben Menschen symbiotische Partner und verhalten sich zu großen Teilen in der gleichen Weise, wie sie es in der ursprünglichen Beziehung taten. Sie sehen für sich selbst keine anderen Alternativen. Jedoch können

erwachsene Menschen ihre Bedürfnisse am besten dadurch erfüllen, daß sie autonome Beziehungen aufbauen. Andere Wahrnehmungen (ob tatsächliche oder implizite) sind einfach eine Umdeutung dieser Realität. Symbiose ist dann beides, Ursache und Wirkung der Umdeutung, während Überleben oder Erfüllung der Bedürfnisse das Ziel und der Antrieb ist.

Interner Mechanismus

Der Mechanismus des Umdeutens enthält drei Komponenten: Abwertung, Grandiosität und Denkstörungen. Sie alle sind gleichzeitig wirksam, um ein neudefiniertes Bild von uns selbst, von anderen Menschen und der Welt zu erzeugen. Das Auftreten jeder dieser Komponenten ist ein Anzeichen dafür, daß Umdeuten geschieht; jede einzelne von diesen Komponenten kann der Brennpunkt der Behandlung werden. Abwerten enthält die Verringerung der Wirkung oder der Bedeutung irgendeines Aspektes des Selbst, von anderen oder der Realitätssituation.[4] Grandiosität ist die absichtsvolle Übertreibung oder Herabsetzung bestimmter Charakteristiken des Selbst,von anderen oder der Situation.[5] Die Absicht ist, auszugleichen für die Unsicherheit oder Unzulänglichkeit, die die Person in Antwort auf die Charakteristika, die sie verzerrt, erfährt.

Sie steht, wie wir bereits ausgeführt haben, in Beziehung zu einer Bedrohung der Symbiose und infolgedessen zum Überleben oder der Erfüllung von Bedürfnissen. Grandiosität ist auch die Rechtfertigung für Neudefinition. Denkstörungen erfolgen in der Form des Überdetaillierens, der Übergeneralisierung oder beider.[6] Für Menschen ist, um Probleme und Alternativen realistisch zu definieren, die Fähigkeit notwendig, die Aufmerksamkeit auf das Spezifische und das Allgemeine richten zu können. Wenn Menschen überdetaillieren, werden die allgemeineren Themen niemals definiert. Wenn Menschen übergeneralisieren, nehmen sie einen so weit gefächerten Standpunkt gegenüber den betroffenen Themen ein, daß die Details, die sie zur realistischen Definition ihrer Probleme und Alternativen brauchen, vernachlässigt werden. Typ und Art der Abwertung zeigt den Grad der Pathologie beim Umdeuten an. Die Menge der Verzerrung, die durch die Grandiosität erzeugt wird, bezieht sich auf den Grad der Bedrohung (d. h. die Bedrohung der Symbiose), die die Person in Antwort auf den Stimulus für die Neudefinition erfährt. Die Denkstörungen sind auf die Definition von Problemen und Alternativen und damit auf die Möglichkeiten der Person, zu handeln, bezogen. Mary z. B., ein hebephrenes Mädchen, bat um etwas zum Essen. Man sagte ihr, sie solle fünf Minuten warten, bis das Essen fertig sei. Unmittelbar wurde sie gewalttätig. Nach dem Vorfall berichtete sie: ,,Ich dachte, Du wolltest mich töten." (Grandiosität) ,,Du sagtest mir, ich könnte nicht essen." (Abwertung der Tatsache, daß ihr gesagt wurde, zu warten; hochpathologisch, da es eine Abwertung der Stimuli in der Art ,,Abwertung der Existenz" war.) ,,Jetzt erinnere ich mich, daß Sie mich vorher aufgefordert hatten, zu warten und daß sie mir etwas zu essen geben, wenn Sie sagen, Sie würden es tun; ich dachte nicht mehr daran." Überdetaillierung eines Ereignisses ohne Aufmerksamkeit gegenüber ihrer allgemeineren Erfahrung.) Die Aufforderung, zu warten, wurde in eine potentiell mörderische Antwort umgedeutet.

Umdeutungs-Transaktionen

Wir haben herausgefunden, daß Menschen zwei ausgeprägte Typen von Transaktionen benutzen, wenn sie umdeuten. Es sind tangentiale und blockierende Transaktionen. Sie können von jedem Ich-Zustand ausgehen; allerdings hat die Person, die sie aus dem Erwachsenen-Ich ohne Bewußtheit einsetzt eine Trübung. Bei beiden Arten von Transaktionen ist der Aspekt des Stimulus verschieden von dem der Antwort. Der Antwortende wertet irgendeinen Aspekt des Stimulus ab und ändert das Thema.

Tangentiale Transaktionen sind Transaktionen, in denen der Stimulus und die Antwort verschiedene Themen ansprechen oder das gleiche Thema aus verschiedenen Perspektiven adressieren. Gespräche, in denen diese Transaktionen vorkommen, sind durch ein beständiges Wechseln der Aufmerksamkeit weg von dem Thema, das diskutiert wird, charakterisiert. Die Teilnehmer an dem Gespräch scheinen aneinander ,,vorbeizureden" und ihr Gespräch kann sich auch in Kreisen bewegen. Das eigentliche Thema bleibt jedoch unangesprochen. Es ist bezeichnend, daß keiner die Abweichungen wirksam konfrontiert und daß die meisten beteiligten Menschen wahrscheinlich das ursprüngliche Thema ,,vergessen" haben. Zum Beispiel:

A: ,,Wer hat das getan?"

B: ,,Es geschah vor dem Abendessen." (Wechsel vom ,,Wer" zum ,,Wann".)

A: „Wollen Sie es tun?"
B: ‚Ich werde es tun können (vielleicht irgendwann)."
(Wechsel von ,,Absicht" zu ,,Möglichkeit".)

A: ,,Wann werden Sie das machen?"
B: ,,Ich habe bereits versucht, es zu tun."
(Wechsel von ,,Zukunft" zu ,,Vergangenheit".)

A: ,,Wasch das Auto."
B: ,,Ich möchte das Geschirr abwaschen."
(Wechsel von ,,Auto" zu ,,Geschirr".)

Blockierende Transaktionen sind Transaktionen, in denen die Absicht, ein Thema anzusprechen, durch Nicht-Übereinstimmung überdie Definition des Themas vermieden wird. Blockierende Transaktionen sind häufig der erste Schritt in einer Kette von Umdeutungs-Transaktionen und sie sind üblicherweise auf Konkurrenz ausgerichtet. Sie werden oft in einem Zusammenhang gebraucht, in dem es eine akzeptierte Definition des Themas gibt. Die Parteien werten dies ab und das Gespräch erstickt in überdetaillierten und übergeneralisierten Punkten der Definition, anstatt daß man mit dem Thema umgeht. Zum Beispiel:

A: ,,Hör auf zu agitieren und denke."
B: ,,Ich habe nicht agitiert. Ich habe nur zu der Melodie in meinem Kopf denTakt geschlagen."
(Definition von ,,Agitation".)

A: ,,Werden Sie etwas tun (aktiv werden)?"
B: ,,Ja, ich überlege."
(Definition von ,,etwas tun".)

Es gibt drei Ebenen dieser Transaktionen: die soziale, die psychologische und die symbiotische Ebene. Die grundlegenden Nachrichten der symbiotischen Ebene beziehen sich auf die vom Spieler bevorzugten Positionen in der Symbiose (Kindheits-Ich oder Eltern-Ich/Erwachsenen-Ich), auf der psychologischen Ebene laufen die verdeckten Nachrichten, bezogen auf die Spezifika in der Symbiose in der Situation, in der die Menschen sind; die soziale Ebene enthält die tatsächlichen Worte, die benutzt wurden.

Um ein klares Diagramm dieser Transaktionen zu bekommen, haben wir das normale Diagramm der verdeckten Transaktionen mit dem Schiff'schen Strukturdiagramm der Symbiose und einer Abwandlung des Ansatzes von Ernst gegenüber Duplex-Transaktionen, die Trübungen beinhalten, kombiniert.[8] (Abbildungen 1,2,3)

Die durchgezogenen Grenzen und die Ich-Zustände zeigen die von jeder Person bevorzugte Position in der Symbiose in einem bestimmten Zeitpunkt. Die gestrichelten Pfeile beziehen sich auf die Nachrichten auf der psychologischen Ebene, spezifisch zur Situation, und die durchgezogenen Pfeile beziehen sich auf die Nachrichten der sozialen Ebene. (Wenn Ausschlüsse dabei sind, fallen die Nachrichten der sozialen und psychologischen Ebene zusammen und die Grenzen des Erwachsenen-Ichs sind gestrichelt.)

Umdeutungs-Beziehungen

Unser Verständnis von den Umdeutungs-Transaktionen machen die Hauptpunkte der drei bedeutsamen Arten von neudefinierenden Beziehungen deutlich: symbiotische, Eltern-Ich-konkurrierende und Kindheits-Ich-konkurrierende Beziehungen. Jede Art hat ihre eigene Dynamik und jede verlangt spezifische Behandlungsmethoden. Bis auf den heutigen Tag haben wir beobachtet, daß die drei Arten der Beziehung mehr oder weniger flüchtig sind. In einer bestehenden Beziehung zwischen zwei Menschen heißt das, daß alle drei Arten, sich aufeinander zu beziehen, wahrscheinlich zu verschiedenen Zeiten ins Spiel kommen werden.

Die spezielle Kombination der Typen, die innerhalb dieser gespielten Spiele - wann, wo und mit wem sie begonnen werden - und die bevorzugte Position in der ,,Symbiose": dies alles wird zuerst einmal von der Natur der ursprünglichen Symbiose und zum zweiten durch die Forderungen aus dem Skript der Person bestimmt. So kann man das Fördern des Skripts und der darin gespielten Spiele entweder als eine fortdauernde Folge symbiotischer Beziehungen betrachten oder als die Konkurrenz-Beziehungen, die mit der Absicht, eine symbiotische Beziehung abzusichern, eingegangen werden.

Symbiotischer Typ: Das transaktionale Beispiel dieser Art einer Umdeutungs-Beziehung wird in Abbildung 1 gezeigt.

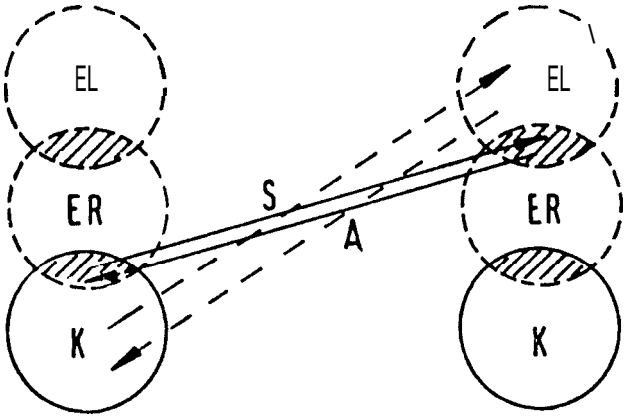


Abb. 1:
Transaktionales Beispiel.
einer Umdeutungs-Beziehung
Art: Symbiotisch

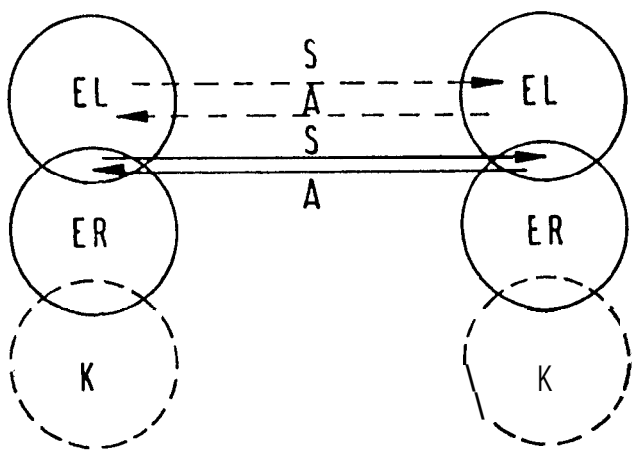


Abb. 2
Transaktionales Beispiel
einer Umdeutungs-Beziehung
Art: Eltern-Ich-konkurrierend

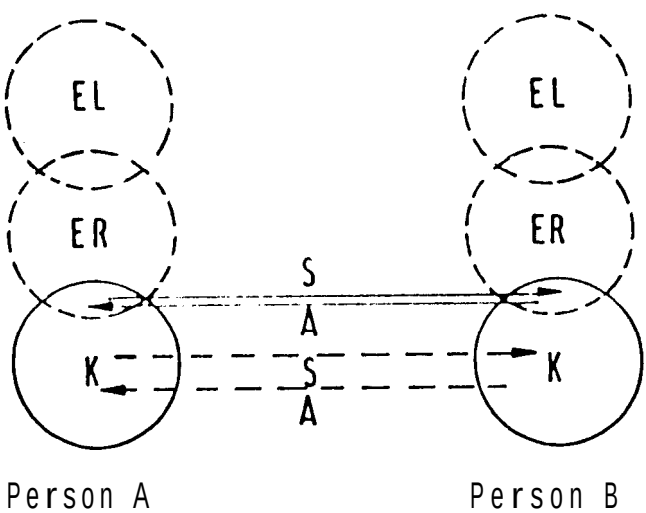


Abb. 3
Transaktionales Beispiel
einer Umdeutungs-Beziehung
Art: Kindheits-Ich-konkurrierend

In dieser Art der Beziehung erwarten A und B im allgemeinen, daß B sich um A sorgt, die Situationen festlegt und das Denken übernimmt. Sie erwarten außerdem, daß A seine Gefühle ausdrückt, Wünsche aufgrund von Bedürfnissen benennt und nur symbolische Verantwortung für Wahrnehmungen, Denken, Fühlen, Verhalten und das Erfüllen seiner oder ihrer eigenen Bedürfnisse übernimmt. B wertet seine oder ihre Bedürfnisse und Gefühle des Kindheits-Ichs ab; A wertet seine oder ihre eigenen Fähigkeiten des Eltern-Ichs und des Erwachsenen-Ichs ab. (Beide sammeln mit jeder Transaktion, die diese Abwertungen enthält, Rabattmarken. Der Zuwendungshaushalt der Beziehung kann positive und/oder negative Zuwendung enthalten.) Auf dem Karpman'schen Dramadreieck[9] tendiert A dazu, ein aktiv herausforderndes oder passives Opfer zu sein, während B die Tendenz hat, ein Helfer oder Verfolger zu sein. A handelt aus einer Kindheits-Ich-Trübung (Ausschluß), B aus einer Eltern-Ich-Trübung (Ausschluß). Das Protokoll sieht wie folgt aus:

Soziale Ebene:
A: ,,X ist die Gegebenheit hier."
B: ,,Das stimmt nicht. Y ist es." oder ,,Ja, Sie haben recht. Es ist gut."

Psychologische Ebene:
A: (K-EI) ,,Ich kann hier nicht selbst denken (Ich bin nicht für meine Gefühle, Handlungen usw. verantwortlich. Tun Sie es für mich." (Sagen Sie, daß es in Ordnung ist.)
B: (EI-K) ,,Sie haben recht. Ich kann beobachten, daß es hier stimmt. Ich will es für Sie tun." (Es ist in Ordnung.)

Symbiotische Ebene:
A: Er wird in der Kindheits-Ich-Position ,,umsorgt" dafür, daß er nicht o. k. ,,ist".
B: In der Eltern-Ich/Erwachsenen-Ich-Position ,,sorgt er" sich um A, weil diese(r) (oder sie) nicht o. k. ,,ist".

In dieser Art der Beziehung oder in offenen Symbiosen geschieht es, daß Menschen durch Umdeuten Wiederherstellung, Bestätigung oder Verstärkung anstreben. A nimmt diese Struktur der Beziehung als den einzigen Weg wahr, um in der Situation seine oder ihre Bedürfnisse erfüllt zu bekommen. In ähnlicher Weise nimmt, obwohl Bedürfnisse und Gefühle abwertend, das Kindheits-Ich von B üblicherweise irrtümlich wahr, daß seine oder ihre Bedürfnisse in dieser Situation durch den Versuch, die Bedürfnisse von A zu erfüllen, erfüllt werden.

Eltern-Ich-Konkurrenztyp: Diese Art der neudefinierenden Beziehung basiert auf einem Wettbewerb um die Eltern-Ich/Erwachsenen-Ich-Position in der Symbiose (Abbildung 2). Der Preis in dem Wettbewerb ist das ,,Überlebensthema", da die Symbiose bedroht wird. Jede Person strebt an, den anderen dazu zu bringen, daß er sich an seine oder ihre Definition der Situation des Themas oder des Ereignisses überanpaßt. Beide werten Gefühle und Bedürfnisse ab und sammeln Rabattmarken, um die Eskalation zu rechtfertigen, die sie benutzen werden, um die Symbiose in der Eltern-Ich/Erwachsenen-Ich-Position herzustellen. Die Zuwendung kann positiv oder negativ sein. Die Menschen können jede der drei Positionen auf dem Karpman'schen Dramadreieck besetzen; jedoch streben sie üblicherweise an, zur gleichen Zeit die gleiche Spielposition einzunehmen.

Die Konkurrenz hört eine Zeitlang auf, wenn A und B sich trennen oder wenn einer von ihnen sich an den anderen überanpaßt und in eine Kindheits-Ich-Trübung (Ausschluß) hineingeht und damit eine Symbiose herstellt. Da jeder Rabattmarken gesammelt hat, ist die Bühne für weitere Konkurrenzbegegnungen in der Zukunft aufgebaut. Beide Personen handeln aus einer Eltern-Ich-Trübung (Ausschluß). Das Protokoll läuft wie folgt:

Soziale Ebene:
A: ,,Das ist es, was hier läuft."
B: ,,Ich denke, Sie irren sich. Es ist folgendermaßen."

Psychologische Ebene: (üblicherweise EILEI, manchmal gekreuzt $El \rightarrow K, Er \rightarrow K$):
A: ,,X ist es, wie die Dinge hier sein sollten."
B: ,,Y ist es, wie sie sein sollten."

Symbiotische Ebene:
A: In der Eltern-/Erwachsenen-Ich-Position erwartet er, daß B es zuläßt, daß er oder sie sich um B, da nicht o.k., ,,sorgt", so daß A sich um sich selbst ,,sorgen" kann.
B: Sie oder er erwartet in der Eltern-/Erwachsenen-Ich-Position dasselbe von A.

Je intensiver das ,,Überlebensthema" von beiden erfahren wird, um so wahrscheinlicher ist es, daß diese Begegnungen eskalieren.

Kindheits-Ich-Konkurrenztyp: Der Wettbewerb in dieser Art der Umdeutungs-Beziehung geht um die Kindheits-Ich-Position in der Symbiose

(Abbildung 3). Auch hier wird die Symbiose bedroht und der Gewinn kreist um das ,,Überlebensthema". Beide verlangen, daß der andere sich um sie symbiotisch ,,sorgt" und beide werten ihre Verantwortung für sich selbst ab. Sie sammeln Rabattmarken mit jeder Transaktion, diediese Abwertungen enthält, um die Eskalation, die sie zur Erzwingung des Themas benutzen, zu rechtfertigen. Zuwendung kann positiv oder negativ sein. Die bevorzugten Positionen auf dem Karpman'schen Dreieck scheinen Opfer und Verfolger zu sein und beide Personen versuchen üblicherweise, gleichzeitig die gleiche Position zu besetzen. Es besteht die Neigung, daß sich die intensivste Konkurrenz um die Opferposition entwickelt. Beide, A und B, handeln aus Kindheits-Ich-Trübungen (Ausschlüsse). Das Protokoll ist wie folgt:

Soziale Ebene:
A: ,,X ist die Lage, wie die Dinge hier sind."
B: ,,Es ist nicht so, Y ist die Lage."

Psychologische Ebene (üblicherweise K→K, manchmal gekreuzt K→El, K→El):
A: ,,Ich möchte, daß die Dinge hier wie X sind. Oder anders!" (Paß auf!)
B: ,,Ich möchte, daß sie wie Y sind. Passen Sie auf!"

Symbiotische Ebene:
A: Strebt in der Kindheits-Ich-Position an, B dazu zu zwingen, sich um A ,,zu sorgen", weil er nicht o.k. ist.
B: Will in der Kindheits-Ich-Position dasselbe von A erzwingen.

Wenn die Konkurrenz intensiv ist, wird sie schnell zu einer Frage, wer zuerst den Eskalationen des Kindheits-Ichs des anderen nachgeben wird. Der Wettbewerb hört zumindestens vorübergehend auf, wenn A und B sich trennen oder wenn einer von ihnen in die Eltern-Ich/Erwachsenen-Ich-Position wechselt. Der ,,Verlierer" wird wahrscheinlich so schnell wie möglich jemanden suchen, der sich um ihn oder sie symbiotisch sorgt.

Neudefinierende Transaktionen geschehen in allen drei Arten der Beziehung: jedoch scheint es, daß in den beiden Konkurrenzarten die sprunghaften und blockierenden Transaktionen wesentlich häufiger vorkommen. Dies geschieht, da der symbiotische Typ darauf gerichtet ist, komplementäre Erwartungen einzubeziehen. Die Konkurrenztypen beziehen Konflikterwartungen ein und das Neudefinieren wird benutzt, um den Konflikt ,,aufzulösen", indem das Thema innerhalb der Beziehung erzwungen wird oder indem ein Dritter ,,benötigt wird", symbiotisch zu intervenieren.

Verhaltensweisen

Alle drei dieser Beziehungen sind durch Wechsel in Verantwortung, im Denken, Fühlen und Mißbehagen gekennzeichnet. Die Veränderungen werden durch die Benutzung der vier passiven Verhaltensweisen erreicht.

Wir haben herausgefunden, daß ansteigende Agitation eines der verläßlichsten Anzeichen ist, daß Neudefinieren in Situationen, in denen Menschen scheinbar gleiche Energie in eine Diskussion einsetzen, erfolgt. Sobald eine Veränderung geschehen ist, wurde eine ungesunde Symbiose hergestellt.

Neudefinierungsrollen

Wir sind der Meinung, daß Spiele und Skript der Menschen aus sechs spezifischen Neudefinierungsrollen abreagiert und verteidigt werden: ,,Fürsorglicher", ,,Immer Bemühter", ,,Ärgerlicher Selbstgerechter", ,,Ärgerlicher Übeltäter", ,,Sorgenvoller Selbstgerechter" und "sorgenvoller Übeltäter". Diese Rollen werden im Dienst des Skripts angenommen und gewechselt. Die Charakteristika jeder dieser Rollen kann am besten in den Ausdrücken der bevorzugten Spiele beschrieben werden.

Solange eine Person in einer Rolle ist, sammelt sie Rabattmarken, um, wenn sein oder ihr Skript danach verlangt, in eine andere Rolle zu wechseln. Die Rollen sind dynamisch aufeinander bezogen und die Menschen scheinen sich, obwohl sie aus einer in jede andere der übrigen fünf wechseln können, in einer bevorzugten Folge durch sie zu bewegen. Einige der Verschiebungen können vorhergesagt werden, indem man sich auf die zwei Ebenen der Spielposition, die mit jeder Rolle verbunden ist, konzentriert. Es gibt eine offene Position oder die der sozialen Ebene und eine Position der psychologischen Ebene in jeder Rolle. Die erstere verweist auf die Spielposition, die offen eingenommen wird; die letztere bezieht sich auf eine Spielposition, die die Person anstrebt, einzunehmen, oder gegen die er oder sie sich wehrt, oder eine, die er oder

sie tatsächlich verdeckt auf der psychologischen Ebene einnimmt. (Ein Mensch mit guter sozialer Kontrolle kann die Position der sozialen Ebene auf der psychologischen Ebene ausagieren und die Position der psychologischen Ebene auf der symbiotischen Ebene.)

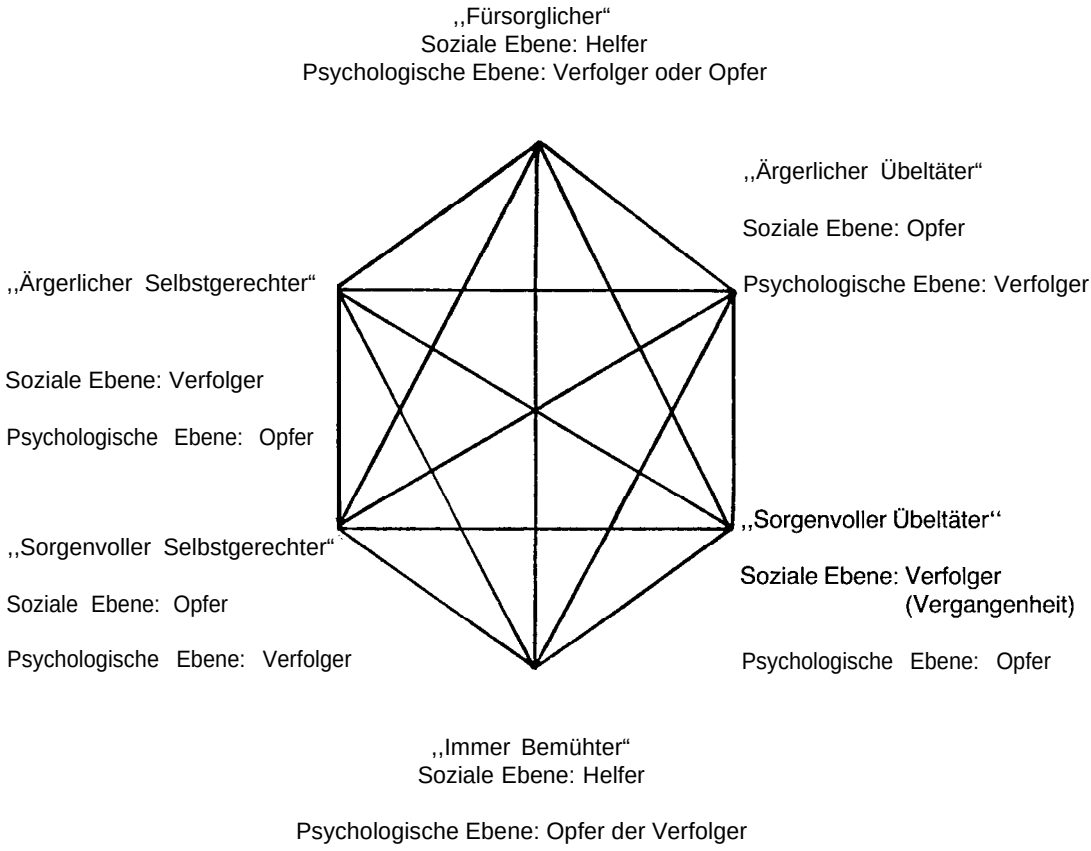


Abb. 4:
Neudefinierungs-Sechseck mit
Neudefinierungs-Rollen und -Positionen

Das ,,Neudefinierungs-Sechseck“ in Abbildung 4 zeigt die möglichen Wechsel zwischen den Rollen und die damit verbundenen Spielpositionen.

Das bevorzugte Spiel des ,,Immer Bemühten“ ist oft ,,Sie sehen, ich gebe mir wirklich die größte Mühe“. Die Person erscheint, als ob sie eine Menge Energie in die Dinge investiert. Auf der sozialen Ebene ist er oder sie in der Helferrolle; die Gruppe und der Therapeut (Ehefrau, Kollegen) werden vermutlich nicht viel Energie aufwenden wollen, um ihm oder ihr zu helfen. Jedoch werden die Themen, die notwendig sind, um ein Problem zu lösen, eifrig vermieden. Auf der psychologischen Ebene wird der ,,Immer Bemühte“ sich gegen die Opfer- oder Verfolger-Position verteidigen, sie anstreben oder sie tatsächlich besetzen. Der ,,Immer Bemühte“ tendiert dazu, aus einer Kindheits-Ich-Trübung oder einem Ausschluß zu handeln.

Der ,,Fürsorgliche“ spielt üblicherweise ,,Ich versuche nur, Dir zu helfen“. Seine Position auf der sozialen Ebene ist Helfer, während die der psychologischen Ebene Opfer oder Verfolger sind. Er ,,sorgt sich“ um andere, unabhägig davon, ob diese danach fragen oder nicht; er hat die Tendenz, aus einer Eltern-Ich-Trübung oder einem Ausschluß zu handeln.

,,Ärgerlich selbstgerechte“ Menschen zeigen eine Position auf der sozialen Ebene, die leicht als Verfolger identifiziert werden kann. Sie streben danach, ,,Jetzt habe ich Dich endlich, Du Schweinehund“ zu spielen und kommen üblicherweise aus einer Eltern-Ich-Trübung oder Ausschluß. Auf der psychologischen Ebene ist die Position, die sie anstreben, gegen die sie sich verteidigen oder die sie besetzen, das Opfer.

,,Sorgenvolle Selbstgerechte“ sind Märtyrer und haben die Neigung, Spiele wie ,,Sieh bloß, was Du angerichtet hast“ und ,,Ist es nicht schrecklich“ zu spielen. Auf der sozialen Ebene sind sie Opfer, während die Position auf der psychologischen Ebene der Verfolger ist. Sie tendieren dazu, aus einer Kindheits-Ich-Trübung oder einem Ausschluß zu kommen.

,,Ärgerliche Übeltäter“ erscheinen in der Opferposition auf der sozialen Ebene; sie lassen aber sehr deutlich eine mögliche oder aktuelle Verfolgung auf der psychologischen Ebene durchblicken. Dieser Typ hat die Neigung, aus einer Kindheits-Ich-Trübung oder eines Ausschlusses zu handeln. ,,Ärgerliche Übeltäter” tendieren dazu, eine Abwandlung von ,,Tu mir etwas an (wenn Du es wagst)“ zu spielen; sie suchen auch nach Gelegenheiten für ,,Tumult“.

Der ,,Sorgenvolle Übeltäter“ spielt charakteristischerweise ,,Armer Teufel“, ,,Tu mir etwas an (bitte!)“ und ,,Tu mir nichts an (bitte?)“. Wahrscheinlich war er auf der sozialen oder psychologischen Ebene Verfolger, bevor er in diese Rolle wechselte. Auf der sozialen Ebene kann er Opfer sein oder scheinbar in Ordnung und die Position auf der psychologischen Ebene ist Opfer. Er verhält sich beinahe immer aus einer Kindheits-Ich-Trübung oder Ausschluß.

Wir haben festgestellt, daß Beziehungen konkurrierend sind, wenn zwei Menschen anstreben, aus der gleichen Position in der Symbiose symbiotische Beziehungen aufzunehmen und daß diese Art der Konkurrenz durch gleichzeitige Versuche, die gleiche Spielposition einzunehmen, verstärkt wird. Abbildung 4 zeigt, daß die Positionen auf der sozialen und psychologischen Ebene in den Rollen die Entwicklung und den Ablauf von Spielen und Skript innerhalb der Struktur der symbiotischen Beziehung gestatten.

B e h a n d l u n g

Wenn ein Individuum neudefiniert, ist es ein sicheres Zeichen, daß etwas geschieht, was eine Bedrohung für seinen oder ihren Bezugsrahmen bedeutet. Der Hauptpunkt in der Behandlung ist, das, was bedroht wird, zu identifizieren. Dies bringt das Individuum in die Position, das, was notwendig ist, zu tun, um den Konflikt zwischen seiner oder ihrer Ansicht der Realität und der Realität selbst aufzulösen: damit gibt er oder sie seine oder ihre Energiebesetzung in das Problem auf. Während dieser Arbeit kann es geschehen, daß das Individuum weiterhin aktiv neudefiniert, da die Arbeit selbst die Bedrohung aufrechterhält.

In unserer Arbeit konzentrieren wir uns auf die fünf Aspekte der Neudefinition, wie wir sie oben diskutiert haben.

1. Wenn ein Thema aufkommt oder sich als wichtig herausstellt, werden alle Versuche, tangentiale oder blockierende Transaktionen zu benutzen, um die Aufmerksamkeit von einem Thema abzulenken, konfrontiert. Beispiele für diese Art der Konfrontation sind:

   Therapeut: ,,Ich denke, Sie deuten um. Ich möchte, daß Sie meine Frage beantworten (bei dem ursprünglichen Thema bleiben).”

   Therapeut: ,,Ja, ich kann sehen, daß dies wichtig ist. Ich möchte es aber später, wenn wir das erste Thema beendet haben, diskutieren.“

   Therapeut: ,,Das ist keine Antwort auf das, was ich gesagt habe. Wollen Sie auf das, was ich gesagt habe, antworten?“

2. Bei einer Intervention, die Neudefinieren konfrontiert, haben wir herausgefunden, daß die Ich-Zustände, die der Therapeut benutzt, außerordentlich wichtig sind. Offensichtlich können sehr ähnliche Interventionen sehr verschiedene Ergebnisse erzielen. Der wichtige Faktor ist, daß der Therapeut ungesunde Symbiosen vermeidet. So ist es notwendig, Menschen, die aus einer Eltern-Ich-Trübung oder einem -Ausschluß handeln, anders zu

konfrontieren als Menschen in einer Kindheits-Ich-Trübung oder einem -Ausschluß. Eine Erwachsenen-Beobachtung, der ein Erwachsenen-Ich-Bericht über den Ich-Zustand des Therapeuten, der zu dem getrübten oder ausgeschlossenen Ich-Zustand des Klienten paßt, folgt (oder als Alternative besetzt der Therapeut diesen Ich-Zustand direkt mit Energie), scheint optimale Ergebnisse zu erreichen. Beispiele für solche Begegnungen sind:

Klient: Kindheits-Ich-Trübung, Ausschluß.
Therapeut: ,,Ich denke, Sie . . . (Erwachsenen-Ich) und ich fühle mich unbehaglich, da . . . (Erwachsenen-Ich-Bericht an das Kindheits-Ich)" oder ,,Ich denke, Sie...(Erwachsenen-Ich) und ich bin ärgerlich (beunruhigt, traurig, glücklich), da .... (Kindheits-Ich)."

Klient: Eltern-Ich-Trübung, Ausschluß.
Therapeut: ,,Ich denke, Sie . . . (Erwachsenen-Ich) und ich denke, Sie sollten . . . (Erwachsenen-Ich-Bericht an das Eltern-Ich)" oder ,,Ich denke, Sie tun ... (Erwachsenen-Ich) und Sie sollten . . . (Eltern-Ich)."

Je stärker der Klient das Eltern-Ich oder Kindheits-Ich mit Energie besetzt, um so stärker muß der Therapeut aus dem gleichen Ich-Zustand kommen. Damit benutzt der Therapeut die konkurrierenden Charakteristika der Symbiose, um die Person anzuregen, Ich-Zustände zu wechseln, zu denken und Verantwortung für die Erfüllung seiner oder ihrer eigenen Bedürfnisse in direkter Form zu übernehmen. Da symbiotische Konkurrenz zu Eskalationen führen kann, kann es jedoch für den Therapeuten notwendig sein, sein oder ihr Eltern-Ich mit Menschen im Kindheits-Ich und sein oder ihr Kindheits-Ich mit Menschen im Eltern-Ich bis zu dem Grad zu benutzen, der notwendig ist, die Eskalationen zu zügeln.

3. Wenn man an Neudefinitionen arbeitet, ist es notwendig, auf die Mißachtung, Grandiosität und die Denkstörungen, die damit verbunden sind, zu achten. Deren Bewußtheit hilft der Person, mit für ihn oder sie wichtigen, inneren Themen in der Situation in Berührung zu kommen.

4. Die passiven Verhaltensweisen werden direkt in der Art, wie von Aaron und Jacqui Schiff beschrieben, konfrontiert[10]. Das Ziel ist, Mißbehagen, Denken und Verantwortung schnell an den Klienten zurückzugeben und ihn oder sie dazu zu bringen, die Probleme zu lösen.

Letztendlich haben wir es als sehr nützlich gefunden, Menschen, die eine der Neudefinitionsrollen übernehmen, zu identifizieren. Das Erkennen von Menschen in diesen Rollen bedeutet oft, Neudefinitionen zu bestimmen, die anders übersehen worden wären. Manchmal ist die Neudefinitionsrolle einer Person offenkundiger als seine Neudefinitonen. Wenn die Rolle identifiziert ist, sind die offenen und verdeckten Spielpositionen der Menschen klar und man kann sie bearbeiten. Die Natur der Position auf der psychologischen Ebene - d. h. ob die Position das Ziel der Person ist, ob er sich gegen sie wehrt oder ob er in ihr agiert – ist besonders wichtig im Hinblick auf die Energie des Klienten in einer speziellen Rolle zu einer spezifischen Zeit. Darüber hinaus öffnet oft das Arbeiten an der Rolle einen direkten Weg zu der Skriptgrundlage für das, was die Person tut.

Zusammenfassung

Neudefinition ist ein Mechanismus, der benutzt wird, um den Bezugsrahmen aufrecht zu erhalten und das Skript zu fördern. Seine Ursprünge liegen in den symbiotischen Beziehungen der Kindheit. Er ist direkt mit den unaufgelösten Aspekten dieser Symbiosen, die in der Gegenwart ausagiert werden, verbunden, damit Menschen ihre Bedürfnisse in Übereinstimmung mit ihrem Skript erfüllt bekommen können. Dementsprechend ist die Symbiose Ursache und Ziel der Neudefinition, während die Motivation darin besteht, Bedürfnisse erfüllt zu bekommen, was mit Überleben gleichgesetzt wird.
Der Mechanismus hat drei Bestandteile: Mißachten, Grandiosität und Denkstörungen. Alle drei tragen zu jeder Neudefinition der Realität bei. Neudefinieren kann transaktional durch das Auftreten von tangentialen und/oder blockierenden Transaktionen festgestellt werden, auf der Verhaltensebene durch die vier passiven Verhaltensweisen, strukturell durch die Herstellung symbiotischer Beziehungen, Eltern-Ich-Konkurrenz oder Kindheits-Ich-Konkurrenz und funktional dadurch, daß die Parteien eine der sechs Neudefinitionsrollen übernehmen – ,,Fürsorglicher", ,,Immer Bemühter", ,,Ärgerlicher Selbstgerechter", ,,Ärgerlicher Übeltäter", ,, Sorgenvoller Übeltäter" oder ,, Sorgenvoller Selbstgerechter".

Die Behandlung ist am erfolgreichsten, wenn die Aufmerksamkeit gleichzeitig auf die internen, transaktionalen, strukturellen, funktionalen und verhaltensmäßigen Aspekte gerichtet wird und dies in einer Atmospäre, in der Informationen ausgetauscht und autonome Beziehungen aufgenommen werden.

Aus: TAJ 5,3 (Juli 75) S. 303-311

Literaturangaben:

1. Schiff, A. and Schiff, J. *Passivity,* Trans. An. J., 1:1, Janurary 1971, p. 71.
2. Berne, E. *What Do You Say After You Say Hello?* Grove Press, New York, 1972, p. 42.
3. Schiff, A. and Schiff, J., . . . op. cit.
4. Mellor, K. and Schiff, E. *Discounting,* Trans. An. J., 5:3, July 1975.
5. Schiff, A. and Schiff, J., . . op. cit.
6. Parker, P. *Summer Conference Proceedings. PartI: Development of the Adult,* Trans. An. Bull., 9:36 October 1970, p. 136.
7. Schiff, A. and Schiff, J., . . . op. cit.
8. Ernst, F., Jr. *Who* 's Listening?" Adressoset, Vallejo, California 1968, p. 7.
9. Karpman, *S. Fairy Tales and Script Drama Analysis,* Trans. An. Bull., 7:26 April 1968, p. 39.
10. Schiff, A. and Schiff, J., . op. cit.

Symbolische Einladungen
E. Wayne Hart, MA

Symbiotische Transaktionen beginnen mit einem passiven, verdeckten Stimulus. Verbale Stimuli dieser Art, auf die wir uns in dieser Studie beschränken, sind Einladungen, in eine Symbiose einzutreten (Schiff und Schiff, 1971). Die Einladungen sind unechtes Eltern- oder Kindheits-Ich. In jedem der nachstehenden Beispiele wird angenommen, daß die einladende Person erwartet, daß die andere Person die miteinbegriffene Bedeutung hinter ihrem verdeckten, passiven Stimulus hört. Alle diese Einladungen sind verdeckt. Eine Symbiose entsteht, wenn die Einladung angenommen wird. Um sie anzunehmen, muß eine Person auf die verdeckte, psychologische Botschaft mit einer komplementären, psychologischen Botschaft antworten.

Typ 1: In Einladungen dieser Art sendet das Kindheits-Ich eine miteinbegriffene Frage an das Eltern-Ich. Wenn das Eltern-Ich auf das, was das Kindheits-Ich meint, anstelle auf das, was gesagt wurde, antwortet, ist die Symbiose hergestellt. Die einladende Person hat nicht den Wunsch, daß die antwortende Person wörtlich auf die Frage antwortet.

Beispiele:

K: ,,Haben Sie noch einen anderen Bleistift?“
EL: ,,Ja, benutzen Sie diesen.“
K: ,,Wollen Sie zu der Party gehen?“
EL: ,,Sicher, wann soll ich fertig sein?“
K: ,,Hat jemand ein Streichholz?“
EL: ,,Nehmen Sie diese.“
K: ,,Haben Sie Zeit für eine Tasse Kaffee?”
EL: ,,Hier ist eine, das ist das mindeste, was ich tun kann.“

Typ 2: In Einladungen dieser Art stellt das Kindheits-Ich ein Problem fest. Die darunter liegende Bedeutung ist jedoch, daß das Eltern-Ich etwas mit dem Problem tun soll. Wenn das Verfolger- oder Helfer-Eltern-Ich (Karpman, 1968) eine Lösung anbietet, wird dies die Abhängigkeit des Kindheits-Ichs gegenüber dem Eltern-Ich verstärken.

K: ,,Mein Kopf tut weh!“
EL: ,,Nehmen Sie dagegen eine Tablette.”
K: ,,Mein Auto ist nicht in Ordnung.“
EL: ,,Sie sollten Ihr Auto regelmäßig zur Inspektion bringen.“
K: ,,Nichts, was ich tue, stellt meinen Mann zufrieden.”
EL: ,,Haben Sie es schon einmal mit seinem Lieblingsessen versucht?”
K: ,,Du hast mein Spielzeug zerbrochen.“
EL: ,,Warum hast Du es mitten auf dem Boden liegen gelassen?”

Jede der Kindheits-Ich-Feststellungen hat den psychologischen Zweck, sich bei einem verfolgenden oder helfenden Eltern-Ich einzuhaken. Diese Feststellungen haben nichts mit der eigentlichen Sache, die das Kindheits-Ich möchte, zu tun.

Typ 3: In Einladungen dieser Art wünscht das Eltern-Ich eine bestimmte Verhaltensweise und stellt eine Frage von der Art ,,Warum (tun)... sie nicht ....“obwohl dies wie eine Anforderung des Erwachsenen-Ichs von Informationen aussieht, drückt eine derartige Frage tatsächlich den Wunsch des Eltern-Ichs aus, wie das Kindheits-Ich sich verhalten soll oder sein Verlangen nach einer Rechtfertigung. Wenn das Kindheits-Ich auf diese Erwartung antwortet, nimmt es die Einladung an.

EL: ,,Warum machst Du Dein Zimmer nicht sauber?“
K: ,,Muß ich das tun?”
EL: ,,Was willst Du tun, um Deine Prüfung zu bestehen?”
K: ,,Ich hasse die Schule.“
EL: ,,Was haben Sie dazu zu sagen?“
K: ,,Es war nicht mein Fehler.”
EL: ,,Warum hören Sie nicht damit auf, sie auszuführen?“
K: ,,Ja, aber sie ist doch auf mich angewiesen.“

Zusätzlich zu der miteinbegriffenen Art des Verhaltens veranlassen diese Eltern-Ich-Einladungen das Kindheits-Ich, sich zu verteidigen oder sein Verhalten zu erklären. Das Eltern-Ich ist im Hinblick auf das, was sie/er erwartet, nicht redlich.

Typ 4: In Einladungen dieser Art sagt das verfolgende Eltern-Ich dem Kindheits-Ich, was an den Dingen falsch ist und impliziert hierdurch, wie das Eltern-Ich es möchte, daß das Kindheits-Ich sich verhält.

EL: ,,Dein Zimmer ist eine Sauerei.“
K: ,,Der Billy hat die Unordnung gemacht.“
EL: ,,Sie haben bei der Arbeit keine Krawatte getragen.“
K: ,,Das habe ich nicht gewußt, es kommt nicht wieder vor.“
EL: ,,Du hast mein Hemd nicht gebügelt.“
K: ,,Ich habe den ganzen Tag schwer gearbeitet.“
EL: ,,Sie kommen wieder zu spät.“
K: ,,Sie wissen, wie Sie damit fertig werden.“

Während auf der sozialen Ebene jede dieser Eltern-Ich-Aussagen scheinbar eine Feststellung der Gegebenheit ist, verbergen die Worte die psychologische Nachricht: ,,Sie sollten besser das tun.”

Verträge über soziale Kontrolle

Klienten nehmen die Idee der ,,Einladung“ gerne auf und finden es leicht, mit der Einteilung in vier Typen zu arbeiten. Ein guter Vertrag zur sozialen Kontrolle ist es dann, offen zu sein, im Hinblick auf das, was jemand wünscht (um Scheinaussagen und Fragen zu vermeiden).

Klienten werden fragen: ,,Wie kann ich mit symbiotischen Einladungen umgehen?“ Ich habe zwei Antworten als hilfreich herausgefunden: Aktives Zuhören (Ernst, 1968) und ,,Was wollen Sie ....?“-Fragen. Es ist für Klienten ein weiterer, guter Vertrag zur sozialen Kontrolle, diese zwei Arten der Antwort zu benutzen, anstatt sich auf passive Einladungen ,,einzulassen“.

Zusammenfassung

Auf vier Weisen können Menschen symbiotische oder verdeckte Transaktionen beginnen. Es handelt sich dabei um Scheinaussagen oder -fragen aus dem Eltern-Ich oder aus dem Kindheits-Ich. Wenn der Therapeut und der Klient lernen, jede dieser vier Arten von Einladungen zu identifizieren, werden sie es leichter haben, sich aus Spielen und aus symbiotischen Beziehungen herauszuhalten.

Literaturangaben:

Karpman, S. *Fairy Tales and Skript Drama Analysis,* Transactional Analysis Bulletin, 7, 39-43.

Schiff, A. W. and Schiff, J. L., Passivity, Transactional Analysis Journal, 1,71 – 78.

Ernst, F. H., *Who ‘s listening?* Vallejo: Adresso’set, 1968.

(Aus TAJ 6:3 Juli 1976, S. 253 – 254)

Verschiebung der Symbiose in mißhandelnden Familien

Rita Justice, PhD.
Blair Justice, PhD.

Die Mißhandlung von Kindern ist in diesem Land ein zunehmendes Problem, das epidemische Ausmaße angenommen hat (Justice, B. und Duncan, D., 1975). Es ist ein Problem, das viele Fachleute entweder mit Verweigerung oder mit Abscheu behandeln. Keiner der Ansätze verbessert die Situation. Es bleibt die Tatsache, daß Kinder mißhandelt werden, daß die meisten mißhandelten Kinder bei ihren Eltern bleiben und daß ohne therapeutischen Eingriff mehr als 50% dieser Kinder wieder mißhandelt werden (Fontana, V. J., 1964.)

Seit 1973 arbeiten wir mit mißhandelnden Eltern in Gruppentherapie (Justice, R. und Justice, B., 1975). Wir fanden die Eltern für eine Behandlung empfänglich und änderungsfähig. Bei der Arbeit mit mißhandelnden Familien stellen wir eine übereinstimmende Dynamik fest, die ein Hauptfaktor in der Mißhandlung ist und die den Behandlungsansatz bestimmt. Wir nennen diese Dynamik ,,Verschieben der Symbiose".

Symbiose in der mißhandelnden Familie

Nach Schiff und Schiff (1971) treten Personen in eine symbiotische Beziehung ein und kämpfen darum, sie aufrechtzuerhalten, da sie sich unfähig fühlen, auf eigene Faust zu überleben. Eine unrealistische Furcht vor der Unabhängigkeit ist das Ergebnis von Störungen in der ursprünglichen, symbiotischen Beziehung zwischen dem Kind und der Mutter oder einem Mutterersatz. Wenn wir den schlagenden Elternteil befragen, ,,erfahren wir oft eine Geschichte schwerer, emotionaler Deprivation in der Kindheit (unbefriedigende Mutter-Kind-Symbiose), in der uns der Elternteil erzählt, daß seine Rechte als Kind nicht respektiert wurden und daß er die emotionalen Anforderungen seiner eigenen Eltern nicht befriedigen konnte" (Kempe, C. H. 1969).

Neben dem gegenseitigen Glauben, daß ,,ich es nicht aus eigenen Kräften schaffen werde", besteht in symbiotischen Beziehungen die Idee, daß nur eine Person in einer Beziehung seine oder ihre Bedürfnisse erfüllt bekommen kann. Mit anderen Worten: ,,Ich bekomme, was ich wünsche, oder er bekommt, was er wünscht." Es können nicht beide zufriedengestellt werden. Da beide Personen in einer symbiotischen Beziehung diesen Glauben teilen, gibt es einen ständigen und wahnsinnigen Kampf um das ,,Umsorgtwerden" oder um die Kindheits-Ich-Position. Mann und Frau, Eltern und Kind und zu Zeiten Großeltern und Eltern konkurrieren um diese Position; sie werden jede und alle Arten der bis auf den höchsten Grad eskalierten Passivität einsetzen. So kann es sein, daß ein Elternteil zum ,,Gehorsam" prügelt, um die Bedürfnisse seines eigenen Kindheits-Ichs erfüllt zu bekommen. Ein Ergebnis ist, daß ,,... einige Kinder, die zu Hause bleiben, lernen, dadurch zu überleben, daß sie sich um ihre Eltern kümmern und in einer seltsamen Umkehrung der Rolle die bemutternde Figur gegenüber dem schlagenden Elternteil werden (Kempe, C. H., 1969)."

Siamesische Zwillinge – Skript

Unter der Symbiose der mißhandelnden Eltern liegen miteinander verzahnte Skripte. Dies ist auch dann zutreffend, wenn nur ein Elternteil aktuell mißhandelt. Da die Skripte der Partner in einer mißhandelnden Familie miteinander verzahnt sind, tritt ein Elternteil nicht in Aktion ohne den anderen Elternteil einzubeziehen - so, wie ein siamesischer Zwilling sich nicht ohne den anderen bewegen kann. Es gibt eine grundlegende Übereinstimmung über die Richtung, in die die symbiotischen Partner sich bewegen werden. Diese Übereinstimmung existiert auch dann, wenn nur eine Person sich bewegt und die andere dabei bleibt, nichts zu tun, um die erste Person zu stoppen oder die Bewegungsrichtung zu verändern. In der mißhandelnden Familie gibt es üblicherweise einen Handelnden und einen passiven Beobachter.

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die miteinander verzahnte Struktur der Skripteinschärfungen eines Ehepaares (Della und Robert) in einer mißhandelnden Familie. In diesem Fall war Della die handelnde Person und Robert ist der Beobachter. Della spielte die Rolle des Kindheits-Ichs aus, indem sie Spannung über das beständige, kolikartige Schreien ihres Babys aufbauen ließ, bis sie in Wut geriet: Sie brach den Arm des Kindes. Im Gegensatz dazu nahm Robert die Rolle des Eltern-Ichs und des Erwachsenen-Ichs ein. Er

verneinte seine Gefühle gegenüber dem ansteigenden Streß von Della – kümmerte sich aber kühl um die Dinge, nachdem sie dem Kind den Arm gebrochen hatte. Della und Robert hatten ähnliche Skripteinschärfungen: Sie fragten nicht andere Leute um etwas und zeigten keine Gefühle (Della: ,,Ich brauche niemanden“, und Robert: ,,Sei nicht abhängig.“).

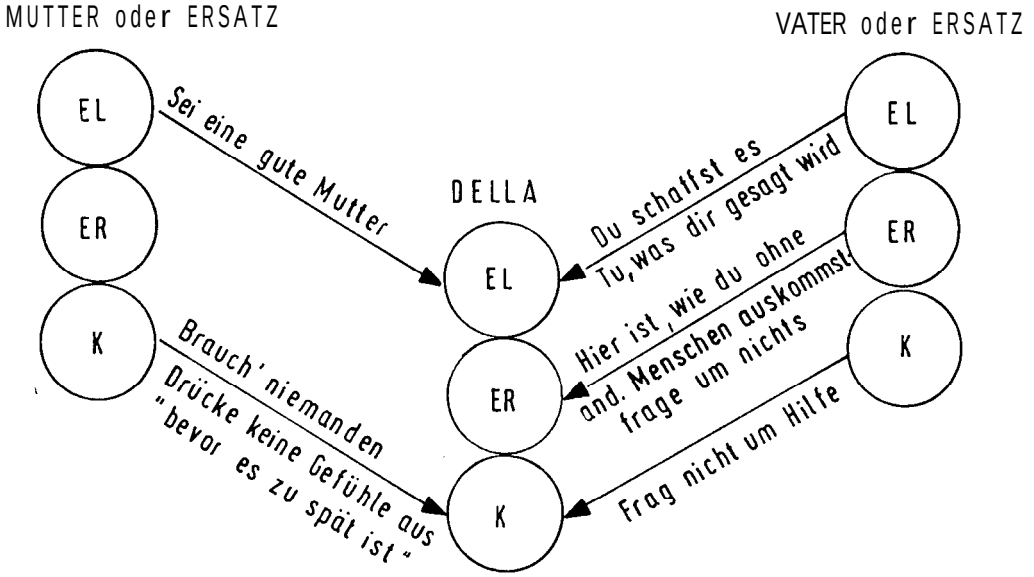


Abbildung 1

"Siamesische Zwillinge"
eines Kindsmisshandlers

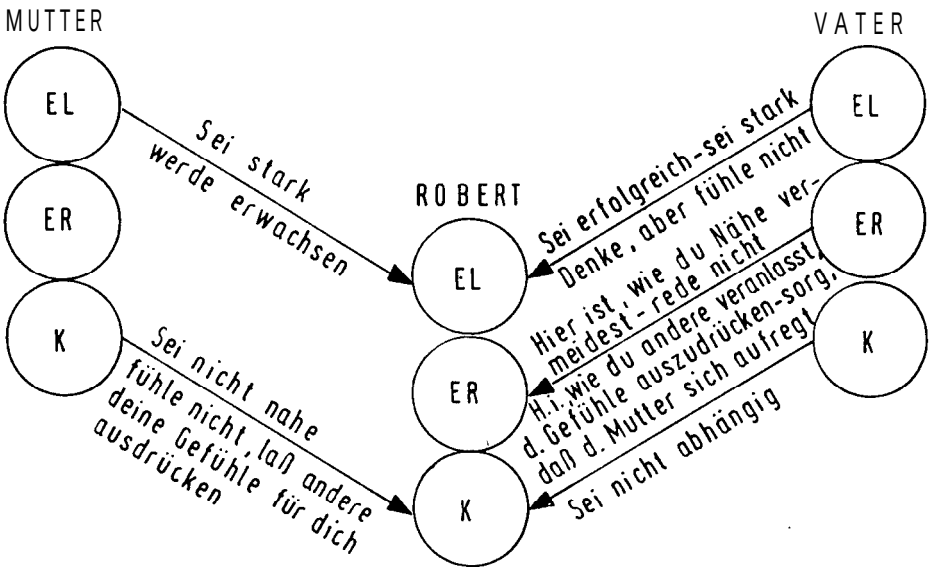


Abbildung 2

"Siamesische Zwillinge"
des Partners eines Kindsmisshandlers

Clyde und Frances waren ein anderes Ehepaar mit ,,siamesischem Zwilling“ (ineinander verzahntem) Skript. Frances war das Eltern- und Erwachsenen-Ich zu dem Kindheits-Ich von Clyde (Abbildung 3), wenn es innerhalb der Wohnung auftrat. Clyde tollte auf dem Boden mit den Kindern herum, während Frances (Abbildung 4) versuchte, sie alle im Zaum zu halten. Clyde schlug sein vierjähriges Mädchen mit einem Gürtel, während Frances wütend, aber nicht fähig ihn zu stoppen, daneben stand. Ihre gemeinsamen Einschärfungen waren: ,,Sei nicht abhängig“ und ,,Habe keine angemessene Kontrolle der Gefühle“. Jeder von ihnen konnte denken und fühlen, aber keiner konnte beides zur gleichen Zeit. Weder Frances noch Clyde – und nur wenig andere in einer symbiotischen Beziehung - denken an Gefühle.

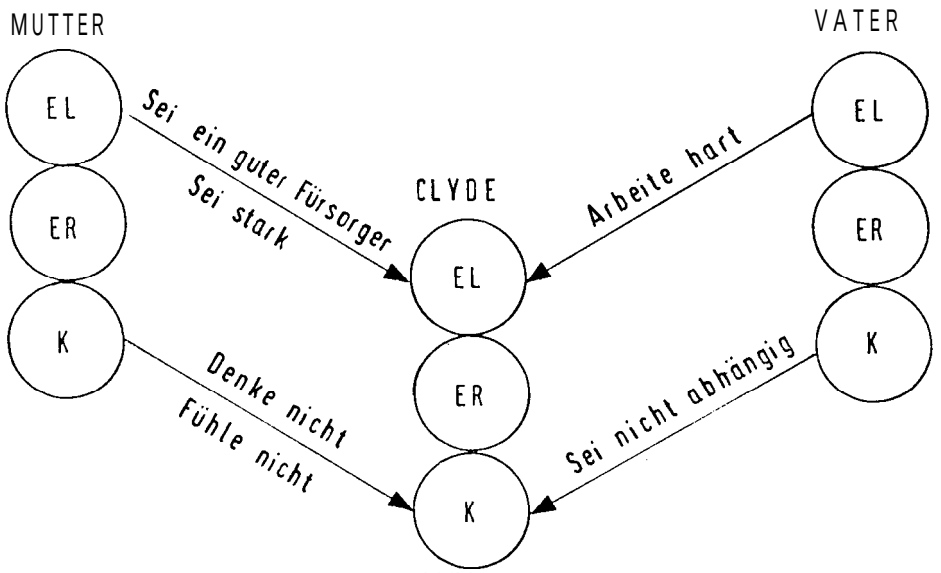


Abbildung 3
“Siamesische Zwillinge”
Skript Matrix eines Kindsmißhandlers

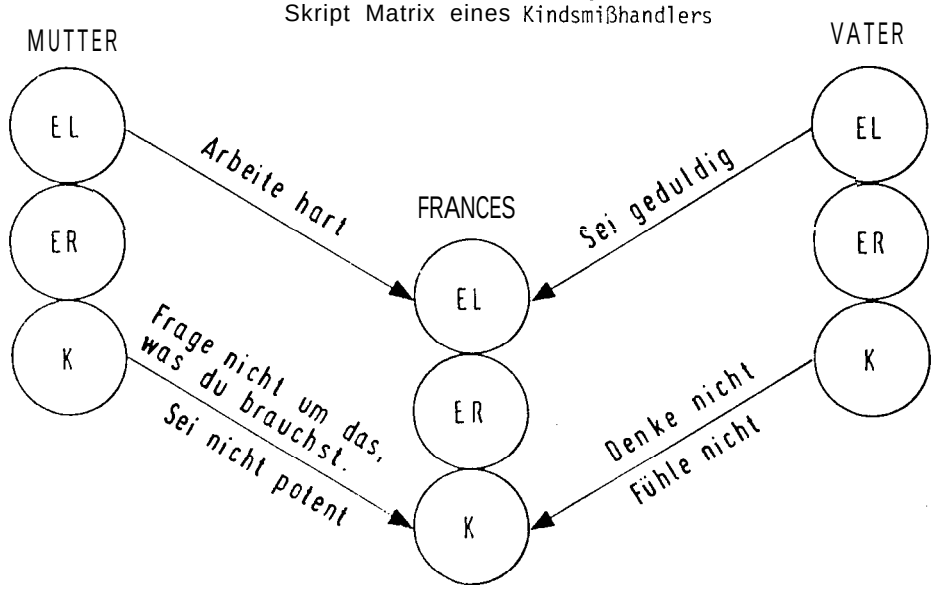


Abbildung 4
"Siamesische Zwillinge"
Skript Matrix des Partners eines Kindsmißhandlers

Diskussion

Symbiose kommt auch in vielen Ehen, in denen Kinder niemals mißhandelt werden, vor. Der Hauptunterschied in derartigen Familien scheint eine innere Hemmung in nicht-mißhandelnden Eltern zu sein, die sie davon abhält, die Kindheits-Ich-Rolle in einer symbiotischen Beziehung mit ihren eigenen Kindern einzunehmen. In anderen Worten: Sie wenden sich einander zu, oder sie wenden sich den eigenen Eltern bzw. Nicht-Familienangehörigen zu, um symbiotisch umsorgt zu werden. Üblicherweise tun sie dies mit einiger Bewußtheit über die Ich-Zustände, die sie ein- oder ausschalten. Scheinbar haben sie eine Art Bremse, die sie davon abhält, sich an ihre Kinder zu wenden, um umsorgt zu werden.

Mißhandelnden Eltern scheint unglücklicherweise diese Bremse zu fehlen, vielleicht deshalb, weil sie als Kinder auf Fürsorge ausgerichtet wurden. Wenn in der Symbiose ihre eigenen Kinder sie enttäuschen, ist das Ergebnis oft gewalttätiges Verhalten. Das Versäumnis des Kindes scheint ,,der letzte Tropfen" zu sein, bevor die ansteigende Frustration in offene Aggression umschlägt.

Literaturangaben:

Fontana, V. J. *The neglect and abuse of children.* New York State Journal of Medicine. 1964,64.

Kempe, C. H. *The battered Child and the hospital.* Hospital Practice, 1969, October.

Justice, B. and Duncan, D. *Physical abuse of children as a public health Problem.* Public Health Reviews, 1975,4, 83 – 200.

Justice, R. and Justice, B. *TA work with Child abuse* Transactional Analysis Journal, 1975,5, 38-41.

(Aus TAJ 6:4, Oktober 1976, S. 423 – 426)

Behandlung der anorexia nervosa

Jacqui Lee Schiff, MSSW

Anorexia nervosa ist ein Zustand, der üblicherweise heranwachsende Frauen und junge Mädchen betrifft; in ihm kann die Patientin sich tatsächlich selbst zu Tode hungern, auch dann, wenn sie einen starken Drang nach Essen hat. Üblicherweise drückt sie Furcht aus, zuzunehmen und verneint, daß ihr abgemagerter Zustand ein Problem ist. Häufig, aber nicht immer, ist der Zustand mit Schizophrenie verbunden (Arieti 1974).

Das folgende Material entstand aus der erfolgreichen Behandlung von sechs Fällen anorexia nervosa; es wurde von einer Anzahl anderer Therapeuten, die feedback gegeben haben, gelehrt und erfolgreich benutzt.

Klinischer Befund:

Folgende Punkte haben eine erstrangige Bedeutung für die Pathologie:

1. Nicht-Unterscheidung des Selbst von der Mutter,
2. die Persönlichkeit der Mutter und die soziale Situation werden als unerwünscht betrachtet,
3. Nahrung wird mit der Einverleibung der mütterlichen Introjektion assoziiert,
4. Furcht vor sexuellen Gefühlen,
5. Furcht vor Schwangerschaft,
6. unaufgelöste Wut der Zweijährigen und Fragen der Kontrolle,
7. Verneinung von Ärger und sexuellen Gefühlen,
8. Überanpassung,
9. Wunsch, gegenüber Männern attraktiv zu sein.

Behandlung: Erreichen, daß der Patient ißt

Obwohl viele der anderen Punkte zur gleichen Zeit behandelt werden können, sollte der Therapeut das Eßthema nicht aus dem Auge verlieren, da es vordringlich wichtig ist (Im Hinblick auf die lebensbedrohende Charakteristik des Symptoms). Der Versuch, diesen Aspekt wie den eines Selbstmordes anzugehen, ist im allgemeinen nicht brauchbar; man sollte mit ihm wie mit einem Kontrollthema umgehen. Wenn die Störung ernsthaft ist, wird es wahrscheinlich nicht viel nützen, vertragsmäßige Behandlungsabsprachen zu treffen, daß der Patient die Verantwortung fürs Essen auf sich nimmt; dies deshalb, weil das Erwachsenen-Ich der Patientin getrübt sein wird; sie wird unfähig sein, angemessene Einsichten zu zeigen.

Eine Gruppensitzung mit Gleichaltrigen, die die Behandlung unterstützen, ist wünschenswert. Die Patientin muß ständig überwacht werden, um Erbrechen und/oder periodisches Überfressen zu vermeiden. Erbrechen sollte konfrontiert werden, indem man darauf besteht, daß die Patientin sofort wieder ißt. Überfressen kann so unmäßig sein, daß es die Gesundheit der Patientin in Gefahr bringt. (Es treten wahrscheinlich physische Nebenwirkungen des Aushungerns auf, die das Überfressen ungewöhlich gefährlich machen.) Auch können die Beschwerden, die das Überfressen begleiten, ausgenutzt werden, um die Position, daß Essen unerwünscht ist, zu verstärken.

Man sollte viele Gelegenheiten herbeiführen, in denen die ,,Iß!"-Nachricht von allen drei Ich-Zuständen des Therapeuten und der anderen Anwesenden kommuniziert wird. Am besten geschieht dies aus der Position, daß man annimmt, daß die Patientin gerne ißt: Botschaften wie ,,Du sollst essen!", ,,Es ist o.k., zu essen!", ,,Eine vernünftige Menge an Nahrung ist gut für Dich." , ,,Du bist zu dünn und das ist nicht attraktiv!" , ,,Ich mag essen." und ,,Was möchtest Du gerne?" sind brauchbar. Die Betreuer sollten sich mit der Patientin für kurze Perioden argumentativ streiten, um eine Gelegenheit für Dialoge zu liefern, in denen gesunde Eltern-Ich- und Erwachsenen-Ich-Botschaften kommuniziert werden. Der Dialog sollte aber nicht über den Zeitpunkt hinaus weitergeführt werden, an dem die Patientin anfängt, Konkurrenzverhalten und Negativismen zu eskalieren. Es ist wichtig, daran zu denken, daß diese Patientin (in regrediertem Zustand) noch jung genug ist, um für Suggestion empfänglich zu sein und unfähig, sich gegen Verinnerlichung zu verteidigen.

Konfrontation von Negativismen

Wenn die Patientin beginnt, Negativismen zu eskalieren, defensiv wird oder das Denken offensichtlich getrübt wird, sollte Zwang angewandt werden. Wir haben üblicherweise In-der-Ecke-Stehen eingesetzt. Die Patientin wird angewiesen, solange mit dem Gesicht zur Ecke des Zimmers zu stehen, bis sie ißt oder, in einem späteren Stadium der Behandlung, bis sie ungetrübtes Denken zeigt. (Ein Beispiel für ungetrübtes Denken nach einer angemessenen Verinnerlichung neuer elterlicher Erwartungen und von Erwachsenen-Ich-Informationen ist: ,,Ich weiß, daß ich ausreichend essen muß, um gesund zu sein. Aber ich fühle mich noch sehr ärgerlich, erschreckt' darüber, daß ich essen muß." In diesem Stadium wird die Patientin aus einer überangepaßten Position handeln und während dieser Periode ist es, daß Überfressen vorkommt.

Enttrübung

Nach dem Anfangsstadium der Konfrontation, unter Einsatz von Zwangsmaßnahmen, kommt eine ausgedehnte Periode der Enttrübung, in der die Patientin lernt, Kalorien und/oder Kohlehydrate zu zählen, zu beurteilen, wieviel davon genügt und eine angemessene Diät auszuwählen. Die gleicheTechnik des In-die-Ecke-Stellens kann in diesem Stadium benutzt werden, um die Verinnerlichung neuer Informationen zu erreichen und um Bewußtheit und Einsicht zu verlangen. So kann verlangt werden, daß die Patientin in der Ecke steht, bis sie einen angemessenen Speiseplan vorzeigt oder beschreibt, warum sie sich in abwegige Akivitäten einläßt.

Es ist wichtig, daß das In-der-Ecke-Stehen oder andere Techniken von Zwangsmaßnahmen konfrontierend und nicht strafend sind; die Patientin muß außerdem wissen, welche Anpassung gefordert wird. Auf die Anpassung anzeigenden Antworten reagiert der Therapeut mit angemessenen Botschaften aus allen drei Ich-Zuständen. Gleichzeitig, wenn man mit der Technik der Zwangsmaßnahmen beginnt, wird der Patientin versichert, daß sie die Aufgabe erfüllen kann. ,,Du hast die Information, wie Du Deine Mahlzeit planen kannst und Du kannst herausfinden, was Du brauchst, um den Speiseplan zusammenzustellen."

Lernen, Gefühle auszudrücken

Für die Patientin ist es notwendig, angemessene Verhaltensweisen zu lernen, um die volle Bandbreite der Gefühle auszudrücken. Brauchbar sind Psychodramatechniken oder andere Übungen mit konfrontativen und ausdrucksvollen Transaktionen der sozialen Ebene. Anfänglich wird die Patientin wahrscheinlich gegenüber dem ,,Fühlen" der Gefühle Widerstand leisten: Sie erwirbt jedoch wahrscheinlich durch das Einüben von Gefühlsäußerungen die Erlaubnis, Gefühle zu haben: ,,Ob Du sie wirklich fühlst, oder nicht." Gefühle, mit denen umgegangen werden sollte, sind Ärger, Furcht, Trauer, sexuelle Gefühle, Schmerz, Hunger und positive Gefühle. Es ist wichtig, Äußerungen von positiven Gefühlen, die verführerisch und/oder überangepaßt sind, zu konfrontieren.

Sowie die Patientin fähig wird, ihre Gefühle stärker auszudrücken, gibt der Therapeut weiter Erlaubnis und Unterstützung durch Fragen, wie: ,,Wie fühlst Du Dich darüber?" Jedoch sollte man daran denken, daß das ,,Ha! Ha!" weiter auftreten kann, und daß die Patientin die Bedeutung der Gefühle überbetonen und/oder versuchen kann, Realität aus einem inneren Bezugsrahmen zu definieren. Botschaften, wie: ,,Du mußt mit dem umgehen, was wirklich vor sich geht", ,,Denken und Fühlen sind getrennte Dinge", ,,Du kannst Wirklichkeit nicht durch das, was Du fühlst, definieren" und ,,Du kannst alles, was Du fühlst, aushalten", sind wichtig.

Sexualerziehung

In der Behandlung ist es zweckmäßig, früh mit einem Programm für die Sexualerziehung zu beginnen. Am Anfang mag dies in einer akademischen Art geschehen; es ist nützlich, wenn die Patientin an Gruppensitzungen Gleichaltriger teilnimmt. Die Patientin wird Erlaubnis brauchen, um zu masturbieren und sexuelle Gefühle zu haben. Am besten kann sie großzügige Erlaubnisse für sexuelles Verhalten mit spezifischen Anweisungen über Empfängisverhütung, Geschlechtskrankheiten und Absicherungen gegen Vergewaltigt-werden verinnerlichen.

Die meisten magersüchtigen Patientinnen gehen am Ende durch ein Stadium sexuellen Ausagierens. Der Therapeut sollte in die Anweisungsbotschaften solche einbauen, die für diese Periode Sicherheitvorkehrungen liefern. Wenn die Patientin noch in Behandlung ist, wenn dieses

Stadium eintritt, muß der Therapeut vorsichtig konfrontieren. Die Patientin könnte in der Versuchung sein, Sex als nicht o.k. zu bestätigen oder sie könnte wichtige Erlaubnisse erhalten, sie selbst zu sein und Anspruch auf ihre eigenen Gefühle zu erheben.

Probleme mit der Mutter

Auch wenn dieses Thema früher erkannt wird, ist es wahrscheinlich, daß die Patientin es erst relativ spät in der Behandlung intensiv bearbeiten wird. Die Mutter kann in die Bearbeitung dieses Themas einbezogen werden, wenn sie sich dafür einsetzt. (Oft setzen sich Mütter dieser Patientinnen dafür ein, bei der Behandlung zu helfen). Der Patientin kann geholfen werden, sich selbst autonom zu definieren, zu betrachten, was sie in die Konkurrenz mit der Mutter investiert hat und beim Für-die-Mutter-Sorgen.

Andere Themen

Ein Thema, das spät in der Behandlung aufkommen kann, ist der Wunsch der Patientin, einen Kampf um die Kontrolle zu beginnen und zwangsernährt zu werden. Dies geschieht besonders wahrscheinlich mit Patientinnen, deren Störung stärker schizophrene Züge hat; hier zeigt sich die schizophrene Tendenz mit dem Bedürfnis, in der Behandlung Themen auszuagieren. Es kann sehr nützlich für die Patientin sein, sich auf dieses Verfahren einzulassen. Nicht nützlich ist es aber, am Anfang der Behandlung oder ohne einen Vertrag Zwangsernährung anzustreben - aufgrund der Möglichkeit des Erstickens sollte Zwangsernährung nur unter sorgfältiger ärztlicher Überwachung geschehen.

Zusammenfassung

Dieser Artikel beruht auf sechs erfolgreichen Behandlungen von anorexia nervosa – ein Zustand (oft mit Schizophrenie verbunden), in dem der Patient (üblicherweise weiblich) versucht, sich selbst zu Tode zu hungern. Grundlegende Themen betreffen die Identifikation mit der Mutter, sexuelle Gefühle, Ärger und Furcht, Überanpassung, Kontrolle und Anziehung gegenüber Männern. Frühe Stadien der Behandlung schließen Beeltern im Hinblick auf ,,Iß!" zusammen mit Sexualerziehung, zu der Erlaubnisse und Absicherungen gehören, ein. Wahrscheinlich sexuelles Ausagieren in späteren Phasen der Behandlung sollte durch den Therapeuten vorsichtig konfrontiert werden, bis er die Absicht dieses Verhaltens kennt. Das Thema Mutter wird, obwohl es früh in der Behandlung erkannt wird, wirksamer später bearbeitet.

Literatur:

Arieti, Silvano, M. D. *Interpretation of Schizophrenia,* New York: Basic Books, Inc., 1974.

(Aus TAJ 7:1, Januar 1977, S. 61 – 63)

Grundprinzip der Konfrontation
Laurie Weiss, MA

Nach dem Webster (ein amerikanisches Wörterbuch) heißt konfrontieren ,,ins Gesicht sehen". Konfrontation hilft Menschen, ihren nichtlösbaren Verhaltensweisen ins Auge zu sehen. Wenn sie ihnen ins Gesicht sehen, werden sie fähig, diese zu ändern.

Techniken* der Konfrontation zielen darauf ab, Menschen zu helfen, daß sie, um Probleme zu lösen, lernen (1), ihre eigenen Gefühle (2) die Gefühle anderer Menschen (3) und die Situation zu berücksichtigen.

Das Ziel der Konfrontation ist es, jemandem zu helfen, sein oder ihr Mißbehagen mit dem Nicht-Lösen von Problemen voll zu erfahren. Dieses Mißbehagen motiviert ihn oder sie dazu, das Problem zu lösen.

Wann konfrontieren?

Konfrontieren Sie, wenn:
1. Sie einen Vertrag mit einer anderen Person haben, dies zu tun; (in einer derartigen Situation nicht zu konfrontieren heißt, den Vertrag abzuwerten).
2. Sie keinen Vertrag haben - aber die nachstehenden Bedingungen erfüllt sind:
   a) Wenn Sie Mißbehagen gegenüber dem Verhalten einer anderen Person fühlen, weil dieses Verhalten Ihnen beim Erfüllen Ihrer eigenen Bedürfnisse im Wege steht.
   b) Wenn jemand, für den Sie sorgen, etwas tut, was für ihn oder sie - oder für Sie selbst nachteilig ist.
   c) Wenn jemand, mit dem Sie zusammenarbeiten, deutlich Ziele, denen beide zugestimmt haben, aushöhlt.

*Dank an Jacqui und Aaron Schiff und dem Stab des Cathexis Insituts für die ursprüngliche Entwicklung des Konzeptes der Konfrontation der Passivität. Eine eingehende Beschreibung dieses Materials findet man in: Schiff, J. et. al., The *Cathexis Reader, New* York 1975.

Wann eskalieren?

Eskalieren heißt, mehr Energie in eine Konfrontation einsetzen, als die andere Person investiert, um passiv zu bleiben (nicht das Problem zu lösen).

Eskalieren Sie, wenn:
1. Sie einen Vertrag haben, dies zu tun, oder wenn jemand es hinreichend wagt, für die Eskalation einzustehen.
2. genügend Schutz für alle beteiligten Parteien vorhanden ist.
3. Sie sich wirklich klar über Ihre persönlichen Ziele in der Situation sind (Selbstkalibrierung Ihrer Ich-Zustände).
4. Sie Ihr Erwachsenen-Ich einsetzen können, um eine vernünftige Voraussage im Hinblick auf ein positives Ergebnis der Eskalation zu machen.
5. Sie einen Plan haben, wie Sie die Eskalation wieder abbauen, wenn die Konfrontation ohne Erfolg bleibt. Dieser Plan sollte zu einem Ergebnis führen, in dem beide Parteien als o.k. behandelt werden.

Wichtig:

Eine wirkungsvolle Konfrontation sollte aus einer Position des sich um die andere Person und sich selbst Sorgens erfolgen ! Konfrontation ohne Fürsorglichkeit ist wahrscheinlich das Spiel ,,...Du Schweinehund". Als letztes: Sie sollten Ihr eigenes Ziel in der Situation kennen, bevor Sie irgendeine Konfrontation einleiten!

Zusammenfassung:

Dieser kurze Aufsatz sagt uns, warum, wann und wie man eine Person konfrontiert. Dazu wird beantwortet, wann es angebracht ist, zu eskalieren und wann nicht.

(Aus TAJ 7: 1, Januar 1977, S. 15 – 16)