

Therapeutische Umwelten und therapeutische Beziehungen in der Psychotherapie¹

Horst Kächele²

In den meisten Filmen, in denen die Psychotherapie als psychoanalytische Schlangengrube gezeigt wird, liegt der Patient auf einer Boudoir-Couch, der Psychoanalytiker sitzt an seiner Seite, fixiert den liegenden Patienten scharf mit seiner Brille und notiert zugleich alles, was sein Opfer an freien Assoziationen produziert. Meist wird ein tiefestes Frage-Antwort-Spiel geboten, welches eine billige Kopie von Freuds Stirndrucktechnik aus den Jahren vor der Entdeckung der Grundprinzipien der Psychoanalyse darstellt.

Dieses Klischee muß vom Regisseur produziert werden, denn er muß die Szene in einen erkennbaren therapeutischen Raum lokalisieren. An diesem Klischee wird deutlich, daß zwar von der psychotherapeutischen Behandlungen viele ruchlose Einzelheiten der Öffentlichkeit bekannt geworden sind, ein Verständnis für die Funktion von einzelnen Merkmalen der therapeutischen Situation aber nur wenig vorhanden ist. Diese Merkmale therapeutischer Situationen werden zwangsläufig vielfältiger, wenn sich die Behandlung in einem stationären Rahmen abspielt.

Die psychotherapeutische Technik muß kunstgerecht inszeniert werden, eine Perspektive, die ich als Gestaltungsprozeß skizzieren will. Im Theater verabredet der Bühnenbildner mit dem Regisseur eine zeitlich-räumliche Rahmenkonzeption,

¹ DKPM in Bad Honnef 1997

²Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Universität Ulm & Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart

innerhalb deren sich die Interpretation des Stückes bewegt. Dieser Rahmen stützt und begrenzt zugleich die Möglichkeiten der Auslegung des vorgegebenen Textes. Der Rahmen selbst aber stellt auch eine Auslegung des Textes dar, die jedoch im Vorgriff auf die Einzelarbeit zu erfolgen hat. In der stationären Therapie gewinnt die Rahmenmetapher eine weitaus umfassendere Bedeutung, weil hier der Lebensraum für kürzere oder längere Zeit sich im Rahmen eines therapeutischen Settings abspielt.

Die Anregung, das Geschehen in der stationären Psychotherapie unter den Metaphern des Schauspiels zu betrachten und als Gestaltungsprodukt hier zu untersuchen, entnehme ich Habermas` Ausführungen zum Handwerker- und Bühnenmodell (1968, S. 300 ff).

In der Biologie und damit im Bereich körperlicher Krankheiten des Menschen arbeiten wir mit grundlegenden Denkmodellen, die nach Habermas dem Funktionskreis instrumentalen Handelns zugehören.

Die Aufrechterhaltung eines Systemzustandes unter wechselnden äußeren und inneren Bedingungen gehört zu den Grundschemata, mit denen wir die biologischen Lebensprozesse verstehen und erklären können. Die pathologischen Abweichungen, die Krankheiten, sind deshalb Entgleisungen der Regulation.

Krankheitstheorien und Behandlungstechnologien liefern die Eckpfeiler einer zweckrationalen Mittelorganisation im Dienste eines adaptiv gedachten Verhaltens.

Die Psychoanalyse überschreitet nach Habermas dieses bloß biologisch-systemtheoretische Modell. Auch wenn die Symptome des Patienten Störungen des seelischen Funktionsablaufes darstellen, so ist dieser Funktionsablauf nicht allein im Rahmen eines systemtheoretischen Ansatzes zu

fassen, auch wenn dies in einzelnen Ansätzen durchaus sinnvoll erscheint.

Sondern die Störungen sind zureichend nur als Störungen von Bildungsprozessen zu begreifen, die in den psychoanalytischen Theorien von der komplizierten, unvermeidlich konfliktgebundenen Entwicklungsprozessen beschrieben werden.

"Da sich die Lernprozesse in den Bahnen kommunikativen Handelns vollziehen, kann die Theorie die Form einer Erzählung annehmen, die die psychodynamische Entwicklung des Kindes als Handlungsablauf narrativ darstellt:

mit einer typischen Rollenverteilung, sukzessiv auftretenden Grundkonflikten, wiederkehrenden Mustern der Interaktion, mit Gefahren, Krisen, Lösungen, mit Triumphen und Niederlagen" (loc. cit. S. 316).

Psychoanalytische Therapie schlägt nun den Weg ein, die Entwicklung, den Bildungsprozeß des Einzelnen, der sich im kommunikativ-handelnden Umgang mit wichtigen anderen vollzogen hat und dessen ungelöste Konflikte im Individuum als unbewußte Motive sich der Verfügung des Subjekts entzogen haben, auf einer Bühne so zu rekonstruieren, daß durch die Rekonstruktion eine Neukonstruktion möglich wird.

Dazu wird ein Drama entfaltet, welches sich zwischen Patient und Therapeut abspielen muß, soll es therapeutisch wirksam sein.

Dieses Drama findet auf der Bühne statt, die wir "psychoanalytische Situation" (Stone 1967) nennen und deren Ausstattung vielgestaltiger ist, als dies das Klischee uns verrät.

Die elementaren Ereignisse auf der psychoanalytischen Bühne erscheinen als Teile eines Zusammenhanges von Interaktionen, durch die ein "Sinn" realisiert wird (s.a. Thomä u.Kächele, 1985).

"Diesen Sinn können wir nicht nach dem Handwerkermodell mit Zwecken gleichsetzen, die durch Mittel verwirklicht werden Es handelt sich um einen Sinn, der sich, obgleich nicht als solcher intendiert, durch kommunikatives Handeln hindurch bildet und reflexiv als lebensgeschichtliche Erfahrung artikuliert.

So enthüllt sich im Fortgang eines Dramas 'Sinn'. Im eigenen Bildungsprozeß sind wir freilich Schauspieler und Kritiker in einem. Am Ende muß uns, die wir in das Drama der Lebensgeschichte verstrickt sind, der Sinn des Vorganges selbst kritisch zu Bewußtsein kommen können; muß das Subjekt seine eigene Geschichte auch erzählen können und die Hemmungen, die der Selbstreflexion im Wege standen, begriffen haben" (Habermas, 1968, S. 317).

Gestaltungselemente der psychoanalytischen Situation in der stationären Therapie müssen dieser Entfaltung des Dramas der eigenen Sinnfindung förderlich sein.

Die Inszenierung erfolgt nicht nur als Zweipersonenstück in einem Zimmertheater;

im Unterschied zur tradierten Situation der Einzelanalyse übernimmt nicht ein Analytiker nacheinander die Rollen, die ihm der Patient unbewußt zuspield,

sondern eine Vielzahl von Personen stehen auf der Bühne, - ein therapeutisches Team, Versorgungspersonal und Mit-Patienten - stehen für die Besetzung der Rollen zur Verfügung.

Um den Patienten zu ermutigen, unbewußte Rollenerwartungen zu entfalten, statt sie in einer Symptomhandlung unterzubringen, ist die Herstellung vielfältiger, ergänzender und auch konkurrierender, tragender, hilfreicher Beziehungen notwendig.

An verschiedenen Orten der stationären Bühne sind verschiedene Erfahrungsmöglichkeiten verfügbar zu halten und zu machen. Nicht nur Zuhören und Abwarten, Geduld und freundliche Zuwendung als Formen der Förderung, sondern Anbieten und Zugehen ergänzen nicht die reflektiven Momente der Einzelbehandlungen, sondern stellen starke situative umgebungsbedingte Kontexte dar.

Schon die ambulante Gruppentherapie hatte die Form des klassischen Settings aufgebrochen; um vieles mehr übernimmt der stationäre Lebensraum die Aufgabe in veränderungsförderliches Medium bereitzustellen.

Die manchenorts beliebte Metapher der sozialen Nullsituation für die klassische psychoanalytische Situation wird in der stationären Therapie zur unbrauchbaren Sprachfigur.

Auch Deutungen sind nicht mehr die spezifischen Mittel, die dem Patienten ein Verstehen signalisieren und zuspielden, das über ein alltägliches, am Alltagsbewußtsein festhaltendes Verständnis hinausgreift.

Spielregeln des erfundenen Klinik-Alltags werden unter der Hand zur Deutungen, die von den Patienten in eigener Regie auf sich angewandt werden

In unzähligen interaktiven Kontexten, die sich dem Reflektionsbemühen der analytischen Therapeuten entziehen, werden Bedeutungen verhandelt.

Hilfs- oder Nebentherapeuten - wenn auch im BAT geringer bewertete Helfer und auch die Mit-Patienten - werden zu Schachfiguren, von denen nur ein naiver Analytiker noch annehmen könnte, sie seien nur die Bauern im Spiel.

Längst sind sie Springer und Läufer oder gar Dame geworden und setzen nicht selten den König, den klassischen Analytiker, schachmatt.

Die von der Musiktherapeutin Loos (1986) einfühlsam beschriebenen Erfahrungen einer Patientin in der Stuttgarter Sonnenberg Klinik verdeutlichen den Reichtum der möglichen Räume,

Spiel-Räume - die in der stationären Therapie entdeckt werden können,

und die eine Bedingung der Möglichkeit der langsamen Bewegung der Veränderung sind.

Die wenigen verfügbaren explorativen Untersuchungen des stationären Beziehungsfeldes illustrieren, dass die Patienten auch andere Veränderungsquellen attribuieren als sie in der analytischen Behandlungs-Theorie aufgeführt werden.

Subjektive Bedeutung einzelner Behandlungskomponenten in der stationären Psychotherapie (Strauß 1992)

1. Zusammenleben mit anderen Patienten
2. Gruppenpsychotherapie
Gespräche mit Mit-Patienten
4. Tanztherapie
5. Gespräche mit dem Pflegepersonal
6. Einzelgespräche mit dem Therapeuten 8i.R. nur am Beginn der Behandlung
7. Gestaltungstherapie
8. Maltherapie

Die Entwicklung therapeutischer Beziehungen bedarf immer eines besonderen Raumes. Ob dieser Raum nur metaphorisch

zu lesen ist oder ob er besondere physische Umgebungs-Qualitäten haben muß, ist eine wichtige Frage.

Konzepte wie sociofugal oder sociopetal space (Osmond 1957) - dies meint Räume die Kleingruppeninteraktion fördern oder verhindern - sind bei uns noch nicht angekommen, obwohl das erste Lehrbuch über environmental psychology 1974 erschien (Ittelson et al. 1974). Immerhin für die psychiatrische stationäre Therapie diskutierte ein Ulmer Architektenteam Spezialformen von Architektur (Mühlich-von Staden 1978).

Das Konzept eines "personal space" (Sommer 1969) könnte für die stationäre Psychotherapie besonders dort Bedeutung gewinnen, wo früh gestörte Patienten prä-ambivalente Objektbeziehungen benötigen.

Gewiß können einem Gespräch bei einem Spaziergang in ruhiger Umgebung mit einem guten Freund psychotherapeutische Qualitäten zukommen, die durch eine laute, lärmende Umgebung schon erheblich eingeschränkt werden würden.

Allein die Motorik des Gehens schränkt ein und / oder lenkt ab.

Für Adoleszenten hat Zulliger diese Spaziergangstherapieform erprobt und sie für die besonderen Bedürfnisse mancher Jugendlichen geeignet gefunden.

Es ist aber ausgemacht, daß bewußte, alltägliche Beziehungsformen in einem Konkurrenz-verhältnis zu dem Auftauchen sonst unbewußter Erlebnisformen stehen.

Das rasche Vergessen von Träumen am Morgen, oft schon durch die Bewegung des Aufstehens initiiert, ist dafür ein Beispiel.

Die Erfahrungen mit Hypnose, mit denen S. Freud bestens vertraut war, weisen auf die Notwendigkeit einer Ruheposition hin, bei der auch erst die Einschränkung der Motorik jenen hypnotischen Rapport ermöglicht, auf den es zur Herstellung der Beeinflußbarkeit ankommt.

Die Couch, als Markenzeichen der Psychoanalyse, hat ihre Herkunft aus dieser Zeit; heute sie ist gut funktional zu begründen.

Die Unterbrechung des Augenkontaktes zwischen Arzt und Patient verändert die kommunikative Situation hochgradig. Auch wenn diesem Regieeinfall nicht allein die Aufgabe zukommt, die Regression zu fördern, so räumt die Aufhebung des im alltäglichen Verkehr wichtigen visuellen Regulierungskontaktes dem sprachlichen Medium eine erhöhte Bedeutung ein.

In Becketts Stück "Glückliche Tage" wird diese Grenzsituation ständig von beiden Seiten auf ihre Tragfähigkeit hin untersucht. Sprechen kann Verbindung schaffen, aber in der Not verrenkt man sich den Kopf, um jemanden zu sehen und nicht nur zu hören.

Darüber hinaus signalisiert die Couch auch eine Verschiedenheit der Aufgabenstellung für Arzt und Patient, die auch als Machtgefälle vom Patienten gefürchtet und vom Arzt mißbraucht werden kann.

Nicht wenige Patienten, die unbewußt eine starke Abhängigkeitsproblematik fürchten, können sich erst gar nicht in die als Gefahrensituation erlebt Liegeposition hineinbegeben.

Blitzschnell wird oft auch das Auf-der-Couch-Liegen als eine peinliche Beschämungssituation erlebt, in der einseitig der Analytiker alles sieht und der Patient sich die Reaktionen des Analytikers entstellt, vergrößert ausmalt.

Wenig beachtet wird oft, daß auch der Analytiker zwangsläufig eine andere Perspektive auf seinen Mitmenschen erhält, dessen Gesicht er bestenfalls schräg von hinten oben sieht, wenn er es nicht vorzieht, seinen Sessel so weit ab von der Couch zu rücken, daß er auch nur noch hört, was der Patient, angeleitet von der Grundregel der freien Assoziation, ihm mitteilt.

Eine vielgeübte Variation dieser Situation, die für die meisten Patienten weitaus angenehmer ist, besteht im Schräg-über-Eck-Sitzen, wo der Augenkontakt möglich ist und zugleich ein freier Raum für den Blick gegeben ist, der sich in einer Ecke des Zimmers oder aus einem Fenster in die Ferne verlieren kann.

Einen Mittelweg habe ich in der Benutzung von drehbaren, breiten Sesseln gefunden, die stärker als feststehende Stühle ein Hinaus- und Hereinbewegen in die Augenkontaktebene ermöglichen und das Angebot einer Loslösung aus der Realbeziehung enthalten.

Der sehr breite und tiefe Sessel schafft dem Patienten eine private Umwelt im Therapieraum, wo die Person mit dem Möbel fast verschmilzt.

Zwar sind die physikalisch-konkreten Elemente der Situation eingebunden in die sprachliche Handlung, aber sie haben auch eine eigenständige Wirkung.

Sie wirken, wie viele Elemente der non-verbale Kommunikation, als stützende, fördernde oder auch hemmende Glieder, die durch sprachliche Mitteilungen leicht überlagert und anders akzentuiert werden können.

Im Regieverständnis der psychoanalytischen Profession, die meist im informellen Austausch sich hierüber verständigt, wird ihnen aber doch eine große Bedeutung zugesprochen, weil der Raum auf der Ebene des unbewußten Geschehens sich mit frühkindlichen, wiederbelebenden Umwelterfahrungen verbindet.

Solche Überlegungen sind für die stationäre Therapie, in der das metaphorische Raum-Konzept durch vielfältige, differenzierte Räume und deren Anordnung in ganzen Gebäudekomplexen repräsentiert wird, noch weiter aufzuschlüsseln.

Denn die Klinik konkretisiert eine Institution, die von einem wiederum in sich komplexen Regelsystem strukturiert wird, das in der unvermeidlichen "Hausordnung" seinen profansten und zugleich vitalsten Ausdruck findet.

Denn diese strukturiert, unterscheidet und fügt zusammen, was in der Einzeltherapie als Arbeitsbündnis leicht zu fassen ist. Die Ordnung eines Hauses verrät seinen Plan: wo der Chef sein Zimmer hat, wer Haupt- und Neben oder sogar nur Hilfstherapeut ist, wird durch architektonische Loyalität festgelegt.

Wer hat einmal die Wege nachgezeichnet, die Therapeuten und Schwestern, Pfleger und Hausmeister gehen;

dazwischen dann in anderer Farbe die Fußspuren der Patienten und der Patientinnen markieren. Territoriale Demarkationen sind unsichtbar und doch sehr wirkungsvoll.

Der bekannte Film "Letztes Jahr in Marienbad" von A. Resnais (1961) situiert den Prozess des Erinnerns und erfolglosen Durcharbeitens nicht nur im fürchterlichen Monolog seiner Protagonisten, sondern auch im Dekor des überladenen Schlosses, in dem die Heldin versteinert verhaftet ist.

Die Zeit dieses erfolglosen therapeutischen Prozesses tritt auf der Stelle, und wir werden gewahr, dass Zeit ein zentrales Merkmal des therapeutischen Raumes ist.

Der therapeutische Raum der ambulanten Einzeltherapie ist zugleich ein höchst artifizierlicher Zeitraum, der selbst bei einer therapia maxima heutzutage nur fünf Stunden umfasst.

Was passiert zwischen diesen therapeutisch gestalteten Zeiten und wie gestalten sich diese Zeitdosen im stationären Setting, wo die Zeit zwischen therapeutischen Treffen nur selten Alltagszeit, keine Frei-Zeit im üblichen Sinne, ist.

Unsere Begriffe sind hierfür noch nicht genügend ausdifferenziert, mit denen wir stationäre Therapieprozesse zu beschreiben gewohnt sind.

Schon dem kursorischen Betrachter, - als der ich zu gelte habe - der als gelegentlicher Spaziergänger die Räume der psychotherapeutischen Klinik durchquert, fallen die paratherapeutischen Gesprächssettings auf, die sich im Flur, in den Kontaktzonen, vor der Anmeldung oder auch draußen auf dem Parkplatz abspielen.

Ein vorwitziger Mitarbeiter der Forschungsstelle für Psychotherapie, die der Psychotherapeutischen Klinik benachbart ist, stellte einst die Vermutung an, dass der beobachtbare Augenkontakt zu einem Fremden ein besserer Indikator für Veränderung sei als alle unsere psychometrischen Instrumente. Dies zu prüfen, schien uns in Stuttgart damals nicht denkbar - vielleicht wäre es hier möglich.

Die Analyse der Institution "Klinik" kann nicht umfassend genug sein, denn Intimität und seelische Veränderung scheint uns - von der Einzelanalyse herkommend - unlösbar verbunden zu sein. Dies könnte ein Irrtum sein.

Welche Faktoren haben die Lokalisierung der 10 000 Psychotherapiebetten vorwiegend in abgeschiedenen jedoch oftmals touristisch attraktiven Orten begünstigt? Selbst die Stuttgarter Psychotherapeutische Klinik liegt in einem stillen

Winkel, zentrumsnahe und doch ist die Haltestelle der Strassenbahn 15 min entfernt. Gilt das Argument der Wohnortnähe, von der Psychiatrie vehement vertreten, nicht für die stationäre Psychotherapie der schwer gestörten neurotischen und psychosomatischen Patienten?

Kordy et al.(1989) berichten aus dem Heidelberger Projekt, dass Wohnortferne bzw ein Faktor für vorzeitiges Ausscheiden war.

Welchen Stellenwert hat die Kur als Metapher für verdeckte therapeutische Prozesse in der heutige Szene - Goethe verbrachte mehr als drei Jahre seines langen Lebens in westböhmischen Kurorten (u.a. sechzehnmal Marienbad, zwölfmal Karlsbad), den Wechsel der sozialen und privaten Umgebung hoch schätzend (GW)³.

Gibt es eine spezifische Architekturdiskussion für dieses Feld oder gilt: anything goes weil es doch keinen Unterschied macht.

Als Prof. von Rad mit seiner Psychosomatischen Klinik aus Bogenhausen der Herzklinik im neuen Klinikum Bogenhausen weichen musste, und nach Harlaching in ein älteres verlegt werden, war zunächst das Gefühl der institutionellen Abwertung vorherrschend; heute hört man Zufriedenheit mit dem neuen Ambiente, das weniger high-techn Assoziationen weckt. Hat die bauliche Umwelt einen messbaren Effekt in diesem Feld ?

Vermutlich wird das Umwelt - Arrangement, in dem die stationäre Psychotherapie praktiziert wird, von den Patienten individuelle emotional belebt. Wir wissen es nicht genau.

³Ulrike von Levezow, traf er dort im August 1823 - zwischem den 6.-12. September schrieb er seine Marienbader Elegie auf dem Weg nach Hause. Er lebte noch neun Jahre, sie aber litt noch 76 weitere Jahre.

Sollten wir genau wissen, ob die Ausstattungen der Patienten-Zimmer, ob Einzel- oder Mehrbettzimmer eine therapeutische Funktion haben; haben wir Indikationen für solche Zuweisungen oder ist mehr eine Frage des Sozialstatus des Patienten, wie komfortabel er oder sie die mehrmonatige stationäre Psychotherapie verbringt.

Sollten wir genau wissen, ob die Ausgestaltung von Therapieräumen eine große Bedeutung haben. Konstanz und Ruhe des Raumangebotes werden zu Indikatoren für die Ausgeglichenheit und Zuverlässigkeit des therapeutischen Milieus.

Der Patient soll herausgenommen werden aus dem pathogenen Milieu (Streeck & Ahrens 1996) - leicht wird ein sich ständig in Veränderung befindlicher Raum, mit immer neuen Anordnungen der Möbel, wird zur Bedrohung.

Mein status-bedingter Umzug aus einem wackeligen Altbauzimmer zu einem 36 qm Bauhaus-Raum zog erhebliche Verunsicherung bei manchen Patienten nach sich.

Eine Interpretation dieser Erlebnisweisen kann natürlich nicht für alle Patienten die gleiche sein, aber die objektiv vorgegebene Raumwirkung aktiviert bei allen Patienten das basale gleiche Schema, dessen konkrete lebensgeschichtliche Motivierung im Einzelnen gesucht werden muß.

Wie alle äußeren Bedingungen wird auch diese im therapeutischen Prozeß ihre Deutung erfahren müssen, und es wird dem Patienten zu zeigen sein, wie er aus inneren, unbewußten Gründen den stationären Raum und seine Bewohner benutzt, um sein Lebenskonzept darin fortzuschreiben.

An dieser Eigenart hängt eine sehr spezifische psychoanalytische Vorstellung über das Verhältnis von Äußerem

und Innerem, welche sich gewiß nicht auf das Alltagsbewußtsein erweitern läßt, aber als psychoanalytische Arbeitshypothese den Umgang mit Gestaltungsproblemen deutlich macht.

Nicht nur die Psychoanalyse arbeitet heute mit der radikalen Annahme einer motivationsgesteuerten Wahrnehmung und Verarbeitung der unbelebten und belebten sozialen Realität.

Aber die psychoanalytische Behandlungstheorie tut sich praktisch schwer, die Wirkung umwelt-bezogener Strukturen und Prozesse auf innerseelische Vorgänge nicht nur theoretisch anzuerkennen.

Sie legitimiert dieses Vorgehen durch ihr Ziel, Unbewußtes bewußt zu machen, d.h. konflikthafte, unbewußte Motivationen in ihrer Auswirkung auf gegenwärtiges Erleben zu untersuchen und zu erhellen.

Zwar verfügt die psychoanalytische Theorie in ihrem Instanzenmodell von Ich, Über-Ich und Es im Ich über eine Instanz, deren Funktionen und Aufgaben durchaus all jene Bereiche enthalten, die die nicht-neurotische Realitätsbewältigung ausmachen.

Sie hat auch in ihrer eigenen theoretischen Entwicklung einen Fortschritt von einer Triebpsychologie zu einer Ichpsychologie zu verzeichnen, bei der die Anerkennung der Normalpsychologie einbezogen ist;

darüber hinaus brachte die Objektbeziehungspsychologie ein vertieftes Verständnis der Beziehungsaktualität im therapeutischen Prozess.

Faktisch aber kann kaum von einer wirklichen Integration all des Wissens gesprochen werden, welches besonders die Sozialpsychologie zur Verfügung stellen kann (Graumann 1972).

Im Rahmen unserer therapeutischen Aufgabe könnte es eine Erweiterung bedeuten, auch Untersuchungen einzubeziehen, die sich der Aufklärung der therapeutischen Kultur als gestaltetem Lebensraum zuwenden. Untersuchungen zur Topologie sozialer Handlungsfelder könnten hier methodische Anregungen geben (Kaminski & Osterkamp 1962)

Die Idee der Gestaltung als Schaffung fördernder Lebensräume, wie sie im Bauhaus oder der Hochschule für Gestaltung (Krampen & Kächele 1986) zu finden war, ist der Psychoanalyse zunächst wesensmäßig fremd.

Sie unterstellt das Primat der unbewußten Motivierung, die sich alles Äußere aneignet und den unbewußten Motivationen entsprechend mit Bedeutung versieht.

Dem Kinde ähnlich, dessen Spielwelt seiner Phantasie entspringt, das sich seine Übergangsobjekte schafft und einen Übergangsraum entwickelt, der den Beginn der Kultur markiert (Winnicott, 1973), vertritt die Psychoanalyse durch die Rolle der gestaltenden Phantasie den Primat der Subjektivität.

Vom Lust- zum Realitätsprinzip markiert bei Freud einen Weg, der, wie immer im einzelnen, erreicht, nur einen Umweg darstellt, den das Leben uns abnötigt.

Die Grundhaltung der gestalteten therapeutischen Bühne setzt dem gegenüber auf eine große Wirksamkeit der Anordnung von Elementen - seien dies Personen oder auch Dinge - in der Herstellung zwischenmenschlicher Beziehungen.

Vielleicht haben die Psychoanalytiker hier etwas dazuzulernen. Mitscherlichs (1971) Entwürfe zu einer psychoanalytischen Umweltpsychologie zeigen an, wo hier anzusetzen wäre. Mikroökologische Studien scheinen nicht nur für Untersuchungen der Freizeiträume, sondern auch für

therapeutische Environments angezeigt (Schmitz-Scherzer & Bierhoff 1974)

Der Begriff "therapeutische Umwelt" könnte zum Topos einer Verständigung werden, die sowohl von der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie aufgegriffen, als auch von der - nicht existenten - Wissenschaft der Ökologie therapeutischer Räume bearbeitet werden könnte (s.d.a. Kaminski 1976)

Therapeutische Umwelt kann als jener Raum verstanden werden, in dem sich die Bedürfnisse und Wünsche entfalten und dort verhandelt werden müssen.

Es ist kein Zufall, daß psychoanalytische Psychosenforscher wie H.E. Searles (1960) sich mit der nicht-menschlichen Umwelt beschäftigt haben, die für schwerstgestörte Patienten eine Wirksamkeit erhält, die nicht über Deutungen auf symbolische Konstruktionen, wie unbewußte Phantasien etc., reduziert werden kann, sondern ihre eigenständige trophische, wachstumsfördernde Funktion hat.

Auch Winnicott, dem wir den Begriff des "Übergangsraumes" verdanken, hat in seiner Arbeit mit Kindern und seelisch schwer gestörten Patienten die Bedeutung dieser vorsprachlichen und nicht nur in menschlichen Beziehungen aufgehenden Wirklichkeit beschrieben.

Der Mensch als umweltschaffendes Wesen, braucht eine Daseinsform, in der genügend Reize vorhanden sind, welche zu Objektbeziehungen herausfordern, aber nicht zu viele Reize, welche desintegrierend wirken, und "die Aufgabe der Planung menschlicher Umwelt - wo immer sie anpacken mag - liegt in der Förderung der integrativen Leistungen".

Diese Aufgabe gilt gleichermaßen für die Schaffung einer therapeutischen Umwelt wie für unsere alltägliche Welt, die es besser zu bestehen gilt.

Literatur:

- Graumann CF (1972) Interaktion und Kommunikation. In: Graumann CF (Hrsg) Handbuch der Psychologie, Bd. 7/2: Sozialpsychologie. Hogrefe, Göttingen
- Habermas, J. (1968): Erkenntnis und Interesse, Frankfurt (Suhrkamp)
- Ittelson WH, Proshansky LG, Rivlin LG (1970) Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward. Environment and Behavior 2: 255-270
- Janssen P (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett, Stuttgart
- Kaminski G (Hrsg) (1976) Umweltpsychologie. Klett Verlag, Stuttgart
- Kaminski G, Osterkamp U (1962) Untersuchungen zur Topologie angewandter Handlungsfelder. Zsch experim. & angewand. Psychol 9: 417-451
- Kordy H, Senf W, Baum C (1989) Drop-out in closed groups. Bern
- Krampen M, Kächele H (Hrsg) (1986) Umwelt, Gestaltung und Persönlichkeit. Georg Olms Verlag, Hildesheim
- Loos G (1986) Spiel-Räume. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- Mitscherlich, A. (1971): Thesen zur Stadt der Zukunft, Frankfurt (Suhrkamp)
- Mühlich-von Staden C (1978) Psychiatrieplanung. Psychiatrie Verlag Wunstorf
- Schmitz-Scherzer R, Bierhoff HW (1974) Recreational ecology and trends in the use of leisure facilities. In: Thomae H, Ede T (Hrsg) The adolescent ad his environment. Karger, Basel, S 91-108
- Searles HF (1960) The Nonhuman Environment. Intern Univ Press, New York
- Sommer R (1969) Personal Space. Prentice-Hall, Englewood Ciffs, NJ

- Stone L (1967) The psychoanalytic situation and transference: Postscript to an earlier communication. J Am Psychoanal Assoc, 15:3-58
- Strauß B (1992) Empirische Untersuchungen zur stationären Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 28: 125-149
- Streeck U (1991) Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. Zsch psychosom Med 37: 3-13
- Streeck U, Ahrens S (1996) Konzept und Indikation stationärer Psychotherapie. In: Ahrens S (Hrsg) Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, S 598-607
- Thomä, H., Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie Band 1: Grundlagen. Springer Verlag, Heidelberg
- Winnicott, D. (1973): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart (Klett)