

# 1 Literaturdiskussion

## 1.1 Begriffsklärung

Ganz allgemein wird unter Ermüdung ein Folgezustand nach körperlicher und geistiger Beanspruchung verstanden, welcher zu einer reversiblen Verminderung der Leistungen und Funktionen führt. Sie wird unterschieden in die physiologische, auch Muskelermüdung, auf der einen Seite und in die psychische (zentrale oder nervöse) Ermüdung auf der anderen Seite. Von diesen Bereichen abgegrenzt, wird das „subjektive Ermüdungsgefühl“ oder kurz „Müdigkeit“ unterschieden, welches Gegenstand dieser Arbeit ist (DORSCH, 1994).

FISCHER (1970) unterscheidet zwischen Ermüdung und Müdigkeit. Ermüdung wird verursacht durch körperliche Anstrengung. Sie bezeichnet die objektive Realität, ist durch psychologische und physiologische Methoden messbar und kontrollierbar, je nachdem, ob sie auf der seelischen oder körperlichen Ebene stattfindet. Demgegenüber bezeichnet Müdigkeit die subjektive Realität, welche sich fast immer der Objektivierung entzieht. Letztere kann in Folge der Ermüdung auftreten, ist aber auch ohne diese möglich.

ZWIEBEL (1997) unterscheidet Müdigkeit nach unterschiedlicher affektiver Qualität in eine angenehme, schöpferische und in eine quälere, zerstörerische und unerträgliche Müdigkeit.

Letztere charakterisiert er, in dem er ausführt, dass sie ohne erkennbaren äußeren Anlass plötzlich und unerwartet oder langsam, schleichend im Beisammensein mit dem Klienten auftritt. Als besonders charakteristisch betrachtet er das

Zwingende der Müdigkeit, d. h. der Therapeut kann sich nicht dagegen wehren, ein unkontrollierbarer Prozess findet statt, dessen Einfluss vom Patienten zu kommen scheint. Die Müdigkeit lässt sich sowohl auf der mentalen Ebene (leerer Kopf, fehlende Einfälle) als auch auf der körperlichen Ebene (Kopfdruck, Lähmung der Glieder, Spannung in Gesicht und Nacken etc.) beschreiben. Bei längerem Andauern der Müdigkeit treten zusätzlich Gefühle wie Wut und Schuldgefühle auf. Diese Beschreibung der Müdigkeit entspricht in etwa dem weiter oben benannten Müdigkeitsgefühl, welches ich während meiner Tätigkeit erlebte.

Doch schon die allgemeine Definition spricht von einer subjektiven Müdigkeit, wodurch eine allgemeine Beschreibung der Müdigkeit unmöglich gemacht wird, ist doch „Subjektivität“ als etwas definiert, das allein für das Subjekt vorhanden oder gültig ist (DORSCH, 1994).

Somit ergibt sich schon aus dem Versuch, den Forschungsgegenstand zu klären, die Frage, wie dieser erlebt wird. Es erscheint also notwendig, diese Frage mit in die Interviewsituation zu transportieren, um zu klären, ob beide Interviewpartner überhaupt vom gleichen Gegenstand sprechen.

Dennoch sollen exemplarisch einige theoretische Überlegungen zur Müdigkeit aufgezeichnet werden:

### 1.1.1 Der etymologische Ansatz

Das althochdeutsche „Muodi“ bedeutet nicht nur körperliche Müdigkeit, sondern impliziert in sei-

ner Kernbedeutung auch inneres Müdesein. Darunter wird die „Kraftlosigkeit“ des Menschen verstanden mit seinen seelischen Ausdrucksformen wie gedrückt, hilflos, arm usw.

Im Mittelhochdeutschen findet der Begriff „müde“ seine Anwendung v. a. auf das Körperliche. Dennoch geht die seelische Bedeutung nicht gänzlich verloren, da „müde“ synonym für „unlustig, überdrüssig“ etc. verwendet wird.

Im Lateinischen hingegen gibt es drei Ausdrücke für Müdigkeit, worin sich auch die unterschiedlichen Arten der Müdigkeit widerspiegeln. So bezeichnet „fatigatus“ eine äußere Müdigkeit im Sinne von abgemattet. „Lassus“ steht für marode, abgespannt, womit eine tief greifende innere Müdigkeit gemeint ist. Und schließlich bezeichnet „fessus“ die Kraftlosigkeit des Wesens, die Unfähigkeit zu irgendeiner Tätigkeit, bis Erholung eingetreten ist (RICHTER, L. 1952).

### 1.1.2 Der philosophische Ansatz

Der Begriff Müdigkeit fand vor allem im 18. Jahrhundert eine Anwendung bzw. Übertragung auf den Gesellschaftszusammenhang. So sah bspw. schon Nietzsche die Auswirkungen der modernen Kulturkrise in einer großen Ermüdung bzw. Erschöpfung. Hier steht Müdigkeit für ein Zeitsymptom bzw. Weltproblem.

Viele Autoren, auch jüngerer Zeit, haben sich mit diesem Phänomen auseinandergesetzt. Da aber diese Erklärungsansätze sich mit einer Müdigkeit auseinandersetzen, die im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Entwicklung steht und daher einen viel größeren Kontext erfasst als die Müdigkeit, die Gegenstand dieser Arbeit ist, soll hier nur auf die Existenz dieser Darstellungen und Annahmen verwiesen werden (z. B. RICHTER, 1952; WIEDEMANN, F., 1953; FISCHER, 1970).

### 1.1.3 Der physiologische Ansatz

Die physische oder auch Muskelermüdung bezeichnet den Rückgang der Kontraktionsfähigkeit des Muskels, welcher aufgrund einer mangelhaften Sauerstoff- und Nährstoffzufuhr entsteht. Erholung tritt ein, sobald die ermüdende

Tätigkeit zeitweise aufgegeben wird. Kennzeichnende Merkmale dieser Form der Ermüdung sind Pulsbeschleunigung, Atmungsverflachung etc.

Die psychische Ermüdung ist dagegen weitgehend ungeklärt. Ihre Merkmale sind neben Rezeptions-, Koordinations- und Wahrnehmungsstörungen auch die Abnahme der Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Denkfähigkeit. Es wird angenommen, dass die affektive Grundstimmung mit der mit ihr zusammenhängenden vegetativen Versorgung und Blutdruckänderungen neben der physischen Ermüdung auch Einfluss auf das Leistungsniveau hat (DORSCH, 1994).

Beide Formen der Ermüdung beschreiben in gewisser Weise die Art der Müdigkeit, wie sie Gegenstand dieser Arbeit ist. Dennoch erklären beide Definitionen bzw. Erklärungsansätze nicht, warum der Therapeut müde werden kann, obwohl er erholt und ausgeruht ist und in keiner Weise körperlichen Anstrengungen ausgesetzt wird.

### 1.1.4 Der psychoanalytische Ansatz

Im psychoanalytischen Verständnis ist das Schlafbedürfnis ein elementares biologisches Bedürfnis, welches lediglich in der Qualität und Quantität variiert und in unangemessenen Situationen als störend oder krankhaft erlebt wird.

Es ist regressives Verhalten, da es Verhaltensweisen betont, die in der Säuglingszeit dominieren. Es ist aber auch narzisstisches Verhalten, da es einen Rückzug von der Welt und äußeren Objekten und eine Hinwendung zu sich selbst und inneren Objekten darstellt.

Das erwachsene Schlafbedürfnis ist demnach eine natürliche narzisstische Regression im Dienste des Ichs, in welchem der Mensch Erholung suchen und finden kann.

KNAPP (1988) und BALINT (1987) haben das Schlafbedürfnis im Zusammenhang mit der Beziehungsdynamik definiert. Sie postulieren, dass der „Schläfer“ versucht, die Last der Alltagsbeziehungen abzuwerfen und über den Schlaf primitivere Formen der Beziehung zu Objekten aufzunehmen, deren Interessen mit den eigenen

## 1.1 Begriffsklärung

identisch ist. Über den Schlaf findet somit eine regressive Bewegung in Richtung Primärbeziehungen statt, in denen Vertrauen, aufgehoben sein und versorgt sein erlebt werden kann.

Bezug nehmend auf die therapeutische Situation definiert ZWIEBEL (1997) Müdigkeit als „symptomatische Reaktion auf Seiten des Analytikers, die als mehr oder weniger ich-dyston erlebt wird“, jedoch „nicht ... eine prinzipiell pathologische Reaktion“ ist. Sie ist symptomatisch i. S. eines unbewussten inneren Konflikts zwischen dem Schlafbedürfnis als Folge einer frustrierenden Situation (Nichtverstehen/-wissen) und des Kampfes gegen dieses Bedürfnis. Dieser Konflikt findet seinerseits einen kompromisshaften Ausdruck in der Müdigkeitsreaktion.

Die Definition der psychoanalytischen Perspektive der Müdigkeit als eine Art Flucht aus den Gegebenheiten der momentanen Situation, welche als unerwünscht empfunden, aber dennoch formal aufrechterhalten werden, ist die Betrachtungsweise, welche der Darstellung der Müdigkeitsreaktion als Gegenübertragungsphänomen (z. B. ZWIEBEL, 1997) zugrunde liegt.

### 1.1.5 Der verhaltenstherapeutische Ansatz

In der verhaltenstherapeutischen Literatur findet sich zumeist die Definition von Schlaf und hier vor allem im Zusammenhang mit dem Verfahren der Hypnose. Schlaf entsteht nach PAWLOW und seiner Schule aufgrund einer diffundierten und kontinuierlichen Hemmung der gesamten Gehirnhemisphären. Im Zusammenhang mit der Hypnose stellt sich Schlaf demnach als Endstadium eines Hemmungsprozesses ein, der da-

durch entsteht, dass ein Teil des Gehirns mit einem bedingten Reiz (CS) konfrontiert wird. Dieser Teil wird somit zum Mittelpunkt eines Hemmungsprozesses, der sich auf andere Hirnteile überträgt, solange CS monoton und ohne Verstärkung dargeboten wird. Demnach könnte Müdigkeit als Vorstufe des Schlafes betrachtet werden, solange der Hemmungszustand nicht vollständig eingetreten ist. Da aber das pawlowische Modell der klassischen Konditionierung innerhalb der Verhaltenstherapie nicht mehr allein als Erklärungsmodell für Verhalten herangezogen wird, dürfte an dieser Stelle davon ausgegangen werden, dass diese Erklärung zumindest keinen vollständigen Gültigkeitswert für die Müdigkeit des Verhaltenstherapeuten haben dürfte.

#### **Zusammenfassung:**

Eine eindeutige Begriffsklärung des zu untersuchenden Forschungsgegenstandes ist im Falle der Müdigkeitsreaktion nicht möglich, da es sich hierbei um ein subjektiv erlebtes Gefühl handelt und somit von jedem individuell erlebt wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Begriffsklärung als einen Bestandteil der zu klärenden Forschungsfrage zu betrachten.

Als gegeben kann möglicherweise angenommen werden, dass Müdigkeitsreaktionen, welche der Therapeut während der Therapie erlebt, von diesem zumeist als störend, ich-dyston und unangenehm empfunden werden.

Zum derzeitigen Standpunkt war es nicht möglich, innerhalb der verhaltenstherapeutischen Literatur eine Definition von Müdigkeit zu finden. Weshalb zusätzlich zur Begriffsklärung im Interview die Frage mit aufgegriffen werden sollte, wie die Befragten Müdigkeit mit verhaltenstherapeutischen Termini erklären würden.

## 1.2 Die Müdigkeitsreaktion aus psychoanalytischer Sicht

Bei der Literaturrecherche findet sich erstaunlich wenig Literatur zum Thema „Müdigkeit des Therapeuten in der Therapie“. Erstaunlich deshalb, weil vorab von mehreren Therapeuten signalisiert wurde, dass sie diese Reaktion kennen und nach einer eindeutigen Klärung dieses Phänomens suchen.

Einzig die Psychoanalyse bringt einige Vorschläge zur Erklärung dieses Phänomens, vielleicht deshalb, weil sie von den Richtlinienverfahren dasjenige ist, welches am stärksten die therapeutische Beziehung in den Vordergrund stellt und schon während der Ausbildung in umfangreichem Maße Selbsterfahrung und Selbstanalyse bzw. -reflexion von den Kandidaten fordert. Aber auch sie liefert keine empirisch gesicherten Befunde.

Im Folgenden sollen nun einige psychoanalytische Annahmen dargestellt werden. Dabei wird der Ansatz von Ralf ZWIEBEL (1997) den größten Rahmen einnehmen, da sein Werk das umfangreichste von den mir bekannten Arbeiten zu diesem Thema ist.

### 1.2.1 ZWIEBELS Darstellung der Müdigkeitsreaktion

Der Ansatz von ZWIEBEL (1997) ist deshalb wichtig, weil hier eine umfassende psychodynamische Perspektive auf das Phänomen der Müdigkeit geworfen wird. Obwohl angenommen werden kann, dass es sich bei der Müdigkeit um ein ubiquitäres Phänomen der Psychotherapie handelt, geht Zwiebel nur auf den Psychoanalytiker als Therapeuten ein bzw. beschreibt dieses nur am Beispiel der analytischen Beziehung, ohne dabei andere Verfahren mit anderen Settings zu berücksichtigen. Er fasst Müdigkeit als symptomatische Reaktion auf, an der Analysand und Analytiker ihre spezifischen Anteile haben.

Neben den spezifischen Anteilen von Analysand und Analytiker aus psychodynamischer Sicht betrachtet er auch die spezifischen Elemente des analytischen Settings (freie Assoziation, frei schwebende Aufmerksamkeit, Neu-

tralität und Anonymität, Coucharrangement) als ursächliche Faktoren und verweist darauf, dass die Wechselwirkung dieser drei Faktoren bei der Entstehung der Müdigkeit von Bedeutung ist.

Darüber hinaus versucht er, eine analytisch-professionelle Position zu formulieren, die nach seiner Auffassung eine komplexe, dynamische und widersprüchliche Struktur darstellt und in ihrem Kern paradoxe Elemente enthält. Ihre unbewusste Repräsentanz im Analytiker führt bei diesem zu einer ambivalenten Besetzung dieser Position, welche zwischen Aufgabe und Einnahme dieser Position liegt. Damit wäre die Müdigkeit als eine symptomatische Folge dieser Ambivalenz zu betrachten.

Im Folgenden sollen die Thesen von ZWIEBEL ausführlicher dargestellt werden:

#### 1. These:

*bezieht sich auf die Definition von Müdigkeit*

Angelehnt an die Annahmen von KNAPP (1988) und BALINT (1987) (Kap. I.I.4) beruht die Müdigkeit wahrscheinlich primär auf latenten Impulsen des Analytikers, welche zu mehr oder weniger unbewussten Tendenzen und Wünschen beim Analytiker führen, seine professionelle analytische Position aufzugeben und eine primitivere, aber kurzfristig befriedigendere Beziehung mit dem Patienten einzugehen.

#### 2. These:

*bezieht sich auf die analytisch-professionelle Position mit ihren ihr eigenen Haltungen und Funktionen*

Die analytische Position als Professionalität des Analytikers ist durch eine Reihe von speziellen Haltungen und Funktionen gekennzeichnet. So sind neben dem Zuhören auch Einfühlungsvermögen, Verständnis, das Erkennen von Zusammenhängen, Grenzen-Setzen, Intervenieren, um nur einige zu nennen, für die analytische Arbeit erforderlich.

Zwiebel nimmt an, dass im Analytiker eine fundamentale, unvermeidliche und mehr oder weniger bewusste Ambivalenz gegenüber der analytischen Position aufgrund ihrer paradoxen

## 1.2 Die Müdigkeitsreaktion aus psychoanalytischer Sicht

Natur und der Aufladung dieser Position mit konflikthaften Themen besteht.

Zur paradoxen Natur der analytischen Position nimmt MODELL (1990, zit. n. ZWIEBEL, 1997) an, dass in der therapeutischen Situation und Interaktion zwischen Analytiker und Patient drei verschiedene Ebenen der Realität gegenwärtig sind, welche sich gegenseitig beeinflussen.

- Zunächst nennt er hier die *Ebene der persönlichen Realität*, in der sich Analytiker und Patient als gleichberechtigte Partner begegnen.
- In der *Ebene der basalen Übertragung* trennt das analytische Setting als äußerer Rahmen die alltägliche Realität von der Realität der analytischen Situation. Der Rahmen der analytischen Situation ist mit der notwendigen Asymmetrie in der Beziehung zwischen Patient und Analytiker verbunden, welche Übertragung seitens des Patienten ermöglicht. Der Analytiker schafft in seiner Rolle als Experte für den Patienten als Hilfesuchenden eine tragende Umgebung, in der sich für den Patienten die Vergangenheit symbolisch aktualisiert. Die analytische Behandlungssituation ermöglicht demnach für den Patienten ◉ Regression, was am Wiederauftauchen von Wünschen, Gefühlen, Beziehungsformen etc. aus der Kindheit erkennbar ist (SANDLER, DARE und HOLDER, 1973).

◉ *Regression* bezeichnet im psychoanalytischen Sinne einerseits einen Abwehrmechanismus des Ich, bei dem ein Zurückschreiten von einer genetisch späteren auf eine genetisch frühere Entwicklungsstufe erfolgt. Als Ursache wird dabei ein Frustrationserlebnis betrachtet, infolge dessen sich die Libido auf frühere erogene Zonen verlagert und frühere Objekte erneut besetzt (DORSCH, 1994). Neben dieser Form der Regression im Dienste der Abwehr, gibt es andererseits auch eine Regression im Dienste des Ichs. Diese gestattet dem Ich, nach dem Zurückschreiten auf eine frühere Stufe der Entwicklung wieder aus der Regression hervorzutreten, ohne dabei den malignen Charakter der Abwehrfunktion zu beinhalten (Balint, 1987). Dieser Vorgang spielt u. a. im therapeutischen Prozess eine Rolle und dürfte bei der Müdigkeit des Therapeuten von Bedeutung sein, wo es um den Wunsch nach

Rückzug und ein späteres Zurückkommen in die professionelle Rolle geht.

- Die dritte Ebene, die *Ebene der projizierten verinnerlichten Objektbeziehungen*, ermöglicht, dass früher verinnerlichte Konflikte reinszeniert werden, also die Vergangenheit in die Gegenwart transkribiert wird.

Ziel der analytischen Position sollte es sein, diese drei Ebenen in Gleichklang zu halten, ohne dass eine Ebene durch Polarisierung allein dominiert. Kommt es aber zu einer zunehmenden Komplexität, Widersprüchlichkeit oder Konfusion innerhalb dieser Ebenen, führen diese zu einer zunehmenden Ambivalenz des Analytikers gegenüber der analytischen Position.

Zusätzlich kann die Ambivalenz durch Konflikte verstärkt werden, die aus dem bewussten und unbewussten Bild des Analytikers von der analytischen Position entstehen. So z. B. durch das Phänomen der narzisstischen Besetzung der analytischen Position durch den Analytiker. Oder aber das Problem der Bisexualität, da die analytische Position die Integration von männlich/väterlichen und weiblich/mütterlichen Anteilen erfordert und somit die Angst des Analytikers vor der eigenen Weiblichkeit oder Männlichkeit zu Tage tritt (vgl. auch CHASSEGUET-SMIRGEL, 1988).

Die Müdigkeit könnte demnach als Ausdruck oder symptomatische Folge dieser Ambivalenz gegenüber der analytischen Position betrachtet werden, da diese zur einseitigen Polarisierung der analytischen Position führt, wobei bestimmte Haltungen, Funktionen und Aktivitäten unter Abspaltung anderer betont werden. Aufgrund der dadurch entstehenden Widersprüche (die analytische Position fordert die Balance zwischen gegensätzlichen Polen z. B. zwischen Identifikation und Distanzierung) können Spannungen erwachsen. Diese lassen die analytische Position schwer erträglich werden und verstärken somit den Wunsch nach Aufgabe der analytischen Position. Demnach entsteht Müdigkeit als Kompromisslösung für den Konflikt zwischen dem Wunsch nach Aufgabe der professionellen Position bei gleichzeitigem Festhalten an dieser Position.

3. These:

*bezieht sich auf den Beitrag des Patienten*

Patienten, bei denen „narzisstische“ Probleme im Vordergrund stehen, scheinen die grundlegende, meist eher latente Ambivalenz stärker zu stimulieren. Diese Patienten zeichnen sich durch archaische Objektbeziehungen aus, bei denen starke Spaltungsprozesse und pathologische projektive Identifizierung wirksam werden.

- Der Begriff der *pathologischen projektiven Identifizierung* wurde von Klein eingeführt und bezeichnet den Abwehrmechanismus mittels dessen der andere (Objekt) durch Manipulation dazu gebracht wird, sich so zu fühlen, wie man sich selbst fühlt, was zu fühlen aber nicht ertragen werden kann. Dadurch wird die Distanzierung von den Anteilen in sich selbst erreicht, die unerwünscht sind, um sie so im anderen bekämpfen zu können (ERMANN, 1999).

Aus der Sicht der Form der Objektbeziehungen, welche die Patienten überwiegend einzugehen scheinen, bei denen verstärkt Müdigkeit auftritt, lassen sich angelehnt an BALINT (1959, zit. n. HEINE, 2000) zwei Gruppen unterscheiden:

- Patienten mit der *philobatischen Form* der Objektbeziehung zeichnen sich durch eine Fassade der Selbstgenügsamkeit und Autonomie aus. Sie vermitteln dem Analytiker seine Entbehrlichkeit und Überflüssigkeit, reagieren gleichgültig auf Interventionen und verleugnen die Gegenseitigkeit und Abhängigkeit der therapeutischen Beziehung. Sie drücken offen Ihre Wünsche nach Differenzierung und Autonomie aus, spalten dagegen Impulse nach Verschmelzung und Abhängigkeit ab, da diese Vernichtungs- und Trennungsängste hervorrufen. Insgesamt erleben sie die analytische Position als etwas abhängig Machendes, weshalb sie diese bekämpfen, verleugnen oder versuchen, die analytische Position selbst einzunehmen, um so den Therapeuten außer Kraft zu setzen.
- Die *oknophile Form* der Objektbeziehungen ist gekennzeichnet durch direkte, offene „orale“ und „sexuelle“ Forderungen an den Analyti-

ker. Sie ignorieren, bekämpfen und stellen die analytische Position in Frage, da sie diese als Kälte und Desinteresse erleben. Hierbei drücken die Patienten offen ihren Wunsch nach Verschmelzung und Abhängigkeit aus, spalten dagegen Impulse nach Autonomie und Differenzierung ab, da diese Vernichtungs- und Trennungsängste hervorrufen. Insgesamt wird die analytische Position auch hier verleugnet und bekämpft, aber im Gegensatz zur philobatischen Variante aufgrund der Trennungserlebnisse, die diese bei den oknophilen Patienten hervorrufen.

Beide Formen, so verschieden sie sind, haben gemeinsam, dass sie sich durch eine spezifische Form der Nicht-Bezogenheit und eine massive Affektabwehr aufgrund früher Verlassenheits- und Vernichtungsängste auszeichnen sowie darin, dass sie den Analytiker in seiner analytischen Position nicht in seiner Gesamtheit wahrnehmen.

Demnach sind die Müdigkeitsreaktionen komplexe Reaktionen des Analytikers auf bestimmte Verhaltensweisen des Patienten. Beim Analytiker lassen sich aufgrund der Charakteristika der Patienten drei Formen der Müdigkeitsreaktionen unterscheiden:

- Als *unspezifische Reaktion* werden Gefühle der Enttäuschung und des Ärgers angesehen, welche durch die besondere Form der Nicht-Bezogenheit dieser Patienten ausgelöst werden, die sich durch eine Spaltung der Beziehung zum Analytiker auszeichnet, wobei dieser in seiner Gesamtheit nicht wahrgenommen wird. Dies führt über eine Verstärkung der Ambivalenz zu einer weiteren Fragmentierung der analytischen Position, denn aus der Folge der Ambivalenzverstärkung nimmt der Analytiker eine Polarisierung vor, d. h. er zeigt entweder ein besonderes therapeutisches Engagement oder eine besonders distanzierte Haltung. Da dieses mangelnde Gleichgewicht zwischen Engagement und Distanzierung zu einer Störung der basalen Verständigung zwischen den beiden Interaktionspartnern führt, entsteht für den Analytiker ein Dilemma, aus dem nur noch Ver-

schwinden als Rettung möglich scheint und dadurch Müdigkeit ausgelöst werden kann.

- Die *spezifische Reaktion* wird als Folge der Introjektion (s. u.) der pathologischen projektiven Identifizierung des Patienten verstanden. Dabei ist projektive Identifizierung als ein Vorgang zu verstehen, bei welchem Teile des Selbst in das Innere des Gegenübers bzw. des Objekts „eingeführt“ werden (LAPLANCHE, 1986). ► Introjektion ist wiederum als ein Vorgang definiert, bei dem ein Subjekt die innewohnenden Qualitäten eines Objekts verinnerlicht (LAPLANCHE, 1986). Der Analytiker nimmt somit das abgespaltene „orale Selbst“ des Patienten in sich auf, welches passive, orale und regressive (Schlaf-)Impulse enthält, die wiederum abgespaltenen und abgewehrten Bedürfnissen des Analytikers entsprechen. Der Analytiker übernimmt somit vereinfacht ausgedrückt die Müdigkeit des Patienten.

► *Introjektion* ist ein von FERENCZI eingeführter Begriff. Das Subjekt lässt in seinen Phantasien Objekte und diese innewohnende Qualitäten von „außen“ nach „innen“ gelangen. Sie steht der Verinnerlichung nahe, impliziert jedoch nicht zwingend einen Bezug auf die Körpergrenze (LAPLANCHE, 1986).

- Die *szenische Reaktion* wird als Wiederholung und Inszenierung einer früheren Objektbeziehung des Patienten in der Übertragung und Gegenübertragung aufgefasst. Dabei bekommt der Analytiker die Rolle eines Objektes aus der Vergangenheit (z. B. die Mutter des Patienten) und agiert demnach die „Schläfrigkeit“ des primären Objektes, welches wahrscheinlich tatsächlich abwesend, desinteressiert oder nicht aufmerksam war. Müdigkeit ist somit die Reaktion auf die Wiederbelebung einer spezifischen infantilen Szene.

#### 4. These:

*bezieht sich auf den Beitrag des Analytiker*

ZWIEBEL geht von der Annahme aus, dass Analytiker oftmals unverarbeitete narzisstische Bedürfnisse haben, welche sie durch die Ausübung der analytischen Position befriedigen. Patienten

mit ähnlich (narzisstischen) Strukturen wie diese Analytiker, können durch ihre besondere Form der Nicht-Bezogenheit die Vulnerabilität der Analytiker verstärken, welche zu drei typischen regressiven Dekompensierungen führen kann.

Allgemein neigt der Analytiker bei der regressiven Dekompensierung dazu, einzelne Komponenten der analytischen Position unter Abspaltung anderer zu betonen und den Patienten narzisstisch zu besetzen, um das eigene labile Selbstwertgefühl zu stabilisieren und die eigene Bedürftigkeit zu befriedigen.

- Bei der *oknophilen Variante* neigt der Analytiker zur Betonung der verschmelzenden Haltung unter Abspaltung der distanziert-autonomen Haltung. Hier wird der Patient zum Objekt des therapeutischen Ehrgeizes des Analytikers und mittels projektiver Identifizierung wird die Verbundenheit zu den eigenen abgespaltenen und projizierten Selbstanteilen durch die Nähe zum Patienten aufrechterhalten.
- In der *philobatischen Variante* wird der Patient aufgrund der Polarisierung zu einer distanziert-autonomen Haltung dagegen zum Objekt scheinbarer wissenschaftlicher Neutralität, wobei die Gefahr einer negativen Diagnostik besteht. Hier erfolgt die projektive Identifizierung meist über eine kontrollierende Beziehung zum Patienten, welcher die abgespaltenen, meist negativen Selbstanteile übernimmt.
- In der dritten, der *persönlichen Variante*, reagiert der Analytiker nur noch persönlich, d. h. verliebt, gekränkt, verärgert, enttäuscht etc.

Die Folge dieser dekompensierenden Reaktionen ist eine unübersichtliche und chaotische Situation in der therapeutischen Beziehung, welche der Analytiker nicht mehr durch Verstehen auflösen kann, was in ihm wiederum die Tendenz mobilisiert, diese Situation zu verlassen. In diesen Fällen entsteht Müdigkeit als „Entzug“ v. a. dann, wenn der Analytiker immer noch an der analytischen Situation mit ihren Grenzen und Regeln festhält.

### 5. These:

*bezieht sich auf den Beitrag  
der analytischen Situation an sich*

Die zentralen Elemente der analytischen Situation sind neben der Aufgabe des Patienten zur freien Assoziation, die Aufgaben des Analytikers, für Neutralität und Anonymität im Hinblick auf seine Person zu sorgen, darüber hinaus seine Aktivitäten auf Zuhören und Interventionen in Form von Deutung, Konfrontation und Rekonstruktion zu beschränken, und die spezifische Form des analytischen Settings (hochfrequente Sitzungen im Liegen auf der Couch) herzustellen und zu bewahren (SANDLER, DARE und HOLDER, 1973). Die Besonderheiten der Patienten und die spezifischen Probleme des Analytikers können gelegentlich dazu führen, dass diese Elemente der analytischen Situation nicht mit aller Sicherheit und Entschiedenheit vertreten werden. Als Folge daraus kann es zu kollusiven Einigungen zwischen Patient und Analytiker kommen, in deren Konsequenz die analytische Situation in Frage gestellt und ihre zentralen Elemente (z. B. freie Assoziation, Neutralität, Coucharrangement etc.) aufgehoben werden können. In diesem Zusammenhang stellt die Müdigkeitsreaktion einen Versuch dar, sich einer als problematisch erlebten, aber nicht veränderbaren Situation zu entziehen.

So neigen bspw. oben beschriebene Patienten (v. a. philobate Patienten siehe These 3) zu Verheimlichungen. Als Folge daraus wird dem Analytiker wichtiges Material entzogen, weshalb ihm die Grundlage für ein Verständnis der aktuellen Situation genommen wird, was u. a. zur Entstehung der Müdigkeit beitragen kann. Versäumt der Analytiker die Bearbeitung dieses Widerstandes, ist die nachfolgende Müdigkeitsreaktion ein selbst induziertes Phänomen. Gleiches gilt für Patienten, die unentwegt reden und dadurch die freie Assoziation abwehren.

Auch sollte der Analytiker bedenken, dass Patienten unterschiedlich auf seine neutrale und anonyme Haltung reagieren. So gibt es auf der einen Seite Patienten, die darunter leiden und Forderungen nach einer persönlicheren Beziehung stellen. Demgegenüber stehen Patienten,

die gerade diesen Aspekt als Voraussetzung für die Analyse benötigen und den Analytiker auf die Neutralität und Anonymität festlegen. Beide Varianten ermöglichen eine Verstärkung der identifikatorischen bzw. gegenidentifikatorischen Reaktionen im Analytiker, d. h. dass der Analytiker diese Wünsche des Patienten abwehrt bzw. übernimmt. Hierdurch kann es zu einer Verschärfung des inneren Konfliktes des Analytikers kommen, da er reaktiv auf die Situation mit dem Patient reagiert. Die hierbei abgewehrten Impulse können als symptomatische Reaktionen wie die Müdigkeit in Erscheinung treten.

Zwiebel verweist weiterhin darauf, dass Müdigkeit ein Hinweis darauf sein kann, dass das Setting unangemessen bzw. unzureichend ist. Er beobachtete in seiner Arbeit, dass Müdigkeit v. a. bei Patienten mit einer niedrigen Stundenfrequenz auftrat. Bei Patienten mit hochfrequentem Setting trat sie gelegentlich auch auf, jedoch nie in chronifizierter Form. ZWIEBEL gibt zu bedenken, ob es eventuell bereits in der Aushandlung des Settings zu einer kollusiven Einigung zwischen Patient und Analytiker gekommen ist, mit dem zentralen Motiv der gemeinsamen Angst, sich einem wirklich schonungslosen Beziehungsprozess anzuvertrauen, nachzugeben. Wird dieser Zusammenhang vom Analytiker nicht aufgedeckt, ergibt sich eine frustrierende Situation, v. a. dadurch gekennzeichnet, dass die Interventionen wirkungslos bleiben. Hieraus ergibt sich, dass der Analytiker an seiner professionellen Situation verzweifelt. Er hat das Gefühl, den Patienten nicht erreichen zu können und zieht sich infolgedessen zurück.

Auch das Coucharrangement kann zur Abwehr genutzt werden. So besteht die Gefahr, dass Patienten mit archaischen Objektbeziehungen die Couch dazu nutzen, die Abwehr der Nicht-Bezogenheit zu stabilisieren. Auch hier kann sich, wenn der Analytiker die Situation nicht erkennt, eine Situation entwickeln, die der Analytiker als frustrierend erlebt und infolgedessen es zu Müdigkeit kommt.

Ein letzter Hinweis ZWIEBELS bezieht sich auf die Beschränkung der Aktivität des Analytikers auf Zuhören und Intervenieren in Form von



Deutung, Konfrontation und Rekonstruktion. Er sieht darin, durch die starke Einschränkung der aktiven, handelnden Möglichkeiten des Analytikers, ein latentes Spannungsfeld, das Anteile an der Müdigkeit haben könnte. Müdigkeit entsteht dann als symptomatische Reaktion, wenn die Prädisposition (z. B. eigene passive Bedürfnisse, konflikthafte, abgespaltene Weiblichkeit, Phantasien über die Bedeutung der eigenen Interventionen etc.) des Analytikers durch den Einfluss des Patienten aktiviert wird. So wird dem Analytiker bspw. zumindest latent konflikthafte Passivität durch Patienten aufgezwungen, die sich durch Nicht-Bezogenheit in ihren Kontakten auszeichnen oder durch exzessive projektive Identifizierung des „oralen Selbst“, welches passive Wünsche und Bedürfnisse enthält.

#### 6. These:

##### *zur Behandlung des Phänomens*

Die Müdigkeit als Störung der analytischen Situation ist mittels Selbstexploration und Selbstkonfrontation seitens des Analytikers bearbeitbar.

So empfiehlt Zwiebel schon in den Erstgesprächen auf Müdigkeitsreaktionen zu achten und mittels des analytischen Verständnisses im Sinne von MODELL (1990) die Müdigkeit als „Führer zur Diagnose“ zu betrachten. Auch später ist die Müdigkeit ein Hinweis auf die mobilisierten früheren Konflikte und die verwendeten Schutzmechanismen.

Darüber hinaus sollte sich der Analytiker stets fragen, wie viel Patienten er pro Tag überhaupt behandeln kann, ohne in seiner Aufmerksamkeit, Flexibilität und Kreativität Einbußen zu erleiden, was Einfluss auf die Ausübung der analytischen Position haben und wiederum Müdigkeit auslösen könnte. Die Müdigkeit kann dem Analytiker noch weitere Hinweise auf seinen Umgang mit seiner beruflichen Situation geben. So kann die analytische Position auch an Flexibilität verlieren, wenn der Beruf eine zu große Bedeutung gewinnt und andere Lebensbereiche in den Hintergrund treten.

Wenn Müdigkeit auftritt, sollte der Analytiker immer wieder das Setting und den Rahmen neu prüfen.

#### **Zusammenfassung:**

Im dargestellten Abschnitt wurden die theoretischen Überlegungen von Ralf ZWIEBEL (1997) zusammenfassend beschrieben. Es wurde gezeigt, dass Müdigkeit aus psychoanalytischem Verständnis als ein Gegenübertragungsphänomen zu betrachten ist, an dem sowohl der Analysand als auch der Analytiker ihre spezifischen Anteile haben. Darüber hinaus wurde auch aufgezeigt, dass Müdigkeit aus der Beziehung zwischen beiden Interaktionspartnern des therapeutischen Verhältnisses erwächst und diese in Wechselwirkung mit den spezifischen Elementen der analytischen Situation stehen.

#### **1.2.2 Andere Autoren**

ZWIEBEL (1997) ist eine sehr umfangreiche Veröffentlichung über die Müdigkeit beim Analytiker gelungen. Auch andere psychoanalytisch orientierte Autoren haben diesem Phänomen ihre Aufmerksamkeit gewidmet, dabei jedoch den spezifischen Anteil des Analytikers nicht betrachtet. Im Folgenden sollen exemplarisch einige dieser Ansätze kurz vorgestellt werden.

DEAN (1957), ebenfalls ein Vertreter der psychoanalytischen Theorie, beschreibt Müdigkeit im Zusammenhang mit zwei Patienten, die nachließ, sobald die Stunde beendet war. Beide ähnelten sich in ihren Erzählungen, welche als einheitlich stereotyp und wiederholend beschreibbar sind, und darin, dass sie pedantisch, zwanghaft und dazu geneigt waren, andere zu kontrollieren. Außerdem reagierten sie auf Interpretationen mit leichter Verneinung und zeigten nach anfänglicher Besserung eine Stagnation im Veränderungsprozess. Neben diesen Gemeinsamkeiten zeigten sie auch unterschiedliche Verhaltensweisen, die aber dennoch beide zu einer Müdigkeit im Therapeuten führten. So berichtete der erste Patient von Erlebnissen, die er als vom Therapeuten zu lösen ausgab. Er umriss sie mit einem Minimum an Informationen, erwartete aber, dass der Analytiker die Lösung dafür liefern sollte. Der zweite Patient hingegen reagierte üblicherweise auf Fortschritte mit Apathie und Entmutigung und richtete in solchen Fällen seine Aufmerksamkeit auf den Analytiker, bei dem Müdigkeit auftrat, sobald der Patient

durch „spitzfindige“ Andeutung dessen Kompetenz kritisierte. DEAN stellte fest, dass die Müdigkeit verschwand, sobald er in Worte fasste, was vom Patienten impliziert, unausgesprochen und wiederholt verleugnet wurde. Er betrachtet Müdigkeit als ein Symptom der Gegenübertragung. Sie entsteht, wenn die Analyse der Widerstände in der Übertragung vom Patienten ausbleibt. Diese passive analytische Haltung verhindert, dass dem Patienten seine negative Haltung in der Übertragung vermittelt wird. Die Unterlassung verursacht Gefühle von Kraftlosigkeit, Ohnmacht und Entmutigung, welche ursächlich dafür sind, dass der Analytiker müde wird.

BROWN (1977) liefert eine weitere Arbeit über eine analytische Behandlung, in der er die Psychodynamik der Patientin beschreibt und bestimmte psychopathologische Phänomene mit der auftretenden Müdigkeit korreliert, ohne die Entstehung der Müdigkeit zu analysieren. Die Patientin zeichnete sich durch Selbstgenügsamkeit aus, welche der Abwehr der Regression auf frühere Beziehungsebenen diene. Weiterhin versuchte sie das Objekt (den Analytiker), welches mit „Besitz“ und Zurückweisung droht, zu kontrollieren. Sie wehrte Anerkennung ab, ebenso den Ausdruck primitiver Affekte, wie rasende Wut und Sehnsucht, aus Angst vor Bestrafung und Verlust. Schließlich nutzte sie den Zustand des Sich-Entfernens, um sich quasi selbst zu finden. BROWN sieht in der Müdigkeit eine Antwort auf einen abwesenden Patienten. Er betrachtet diese Abwesenheit als eine besondere Form des Übertragungswiderstandes, als die Kontrolle eines frustrierenden und intrusiven (eindringenden) Objekts sowie als eine frühe Spaltung, wodurch ein lebendiger Teil des Selbst abgespalten wird. Er meint, dass mittels projektiver Identifizierung Gefühle der Leere und Unlebendigkeit im Analytiker hervorgerufen werden (zit. n. ZWIEBEL, 1997).

MODELL (1980) schreibt über Müdigkeit in Zusammenhang mit Patienten, die nicht kommunizieren bzw. nicht bezogen sind oder so handeln, als sei der Analytiker nicht da. Er sieht in der „Nicht-Kommunikation von Affekten“ eine Form der Abwehr bei einer speziellen Gruppe von narzisstischen Patienten. Diese Nicht-Kom-

munikation drückt sich entweder in einem direkten Nicht-Bezogensein aus oder in verhüllter Form als eine Kommunikation von unechten Affekten. Auch können Affekte mit der Funktion kommuniziert werden, den Anderen (Objekt) zu manipulieren, d. h. entsprechende Gefühle in ihm wachzurufen. Obwohl sich die Motive für die Nicht-Kommunikation unterscheiden, beobachtete Modell dahinter immer wieder den Wunsch, die Affekte anderer auf omnipotente Weise zu manipulieren. Er betrachtet das Entstehen von schmerzhaften Affekten in der Übertragung und Gegenübertragung als Ausdruck des Wunsches, aktiv das wiederzubeleben, was in der Vergangenheit passiv erlebt wurde. Er sieht darin den Versuch, das aus der Außenwelt stammende Trauma in die Innenwelt zu transportieren, um so die Illusion von Beherrschung und Kontrolle hervorzurufen. Die Gegenübertragung in Form von Müdigkeit betrachtet er als ein Diagnoseinstrument zur Identifizierung dieser speziellen Form der narzisstischen Störung.

Eine weitere Arbeit, die sich mit Müdigkeit befasst, ist die von ALEXANDER (1981), in der er Merkmale von Patienten beschreibt, bei denen er quälende Müdigkeit erlebte. Er berichtet, dass die vielen Assoziationen keine Verbindung mit tieferen Zusammenhängen zu haben scheinen. Die Patienten leugneten vor allem die Verbindung zum Analytiker und nahmen seine Deutungen nicht zur Kenntnis. Alexander sieht in der Müdigkeitsreaktion eine exzessive projektive Identifizierung mit der Folge der Rollenumkehr, d. h. der Analytiker gerät in die Position des kleinen Kindes, das nur wenig Aufmerksamkeit von der Mutter erhält. Der Analytiker fühlt sich hilflos und wütend, was ihn in ein Dilemma bringt, wodurch wiederum Schlafimpulse in ihm ausgelöst werden, um sich der Situation zu entziehen. ALEXANDER deutet das Verhalten des Patienten als eine massive Spaltung und als projektive Identifizierung eines Selbstanteils, der mit schmerzlichen Gefühlen des Ungenügens, der Kleinheit und Unwichtigkeit verknüpft ist. Nach Alexander sind manifest sowohl der Analytiker als auch der Patient nicht anwesend, wobei er meint, dass latent der Analytiker zum Patienten gemacht wird (zit. n. ZWIEBEL, 1997).