

Kächele H, Hölzer M (1998) Therapeutische Umwelten und therapeutische Beziehungen in der Psychotherapie. In: *Vandieken R, Häckel E, Mattke D (Hrsg) Was tut sich in der stationären Psychotherapie. Psychosozial Verlag, Gießen, S 175-187*

Therapeutische Umwelten und therapeutische Beziehungen in der Psychotherapie

Horst Kächele¹ & Michael Hölzer²

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 tieferntes Frage-Antwort-Spiel geboten, welches eine billige Kopie von Freuds Stirndrucktechnik aus den Jahren vor der Entwicklung der Grundprinzipien der Psychoanalyse darstellt.

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

¹ Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Universität Ulm & Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart

² Psychotherapeutische Klinik Stuttgart-Sonnenberg

Auch die psychotherapeutische Technik muß kunstgerecht inszeniert werden, wobei wir die Anregung, das Geschehen in der stationären Psychotherapie mit der Metapher des Schauspiels zu betrachten und als Gestaltungsprodukt zu konzeptualisieren, Habermas' Ausführungen zum Handwerker- und Bühnenmodell (1968, S. 300 ff) entnehmen. Im Theater verabredet der Bühnenbildner mit dem Regisseur eine zeitlich-räumliche Rahmenkonzeption, innerhalb deren sich die Interpretation des Stückes bewegt. Dieser Rahmen stützt und begrenzt zugleich die Möglichkeiten der Auslegung des vorgegebenen Textes. Der Rahmen selbst stellt damit schon 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 sich hier der Lebensvollzug für kürzere oder längere Zeit gänzlich im Rahmen eines therapeutischen Settings abspielt.

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 Entgleisungen der Regulation. Krankheitstheorien und Behandlungskonzepte 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, selbst wenn dies in einzelnen Ansätzen durchaus sinnvoll erscheint. Neurotische Störungen sind zureichend nur als Störungen von Bildungsprozessen zu begreifen, die in den psychoanalytischen Theorien von den 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, den Bildungsprozeß des Einzelnen, der sich im kommunikativ-handelnden Umgang mit wichtigen anderen vollzogen hat und dessen ungelöste Konflikte sich im Individuum als unbewußte Motive 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 Zusammenhangs 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 müssen dieser Entfaltung des Dramas der eigenen Sinnfindung förderlich sein. Die Inszenierung in der stationären Therapie erfolgt dabei nicht nur als Zweipersonenstück in einem Zimmertheater. Denn im Unterschied zur tradierten Situation der Einzelanalyse übernimmt nicht ein Analytiker nacheinander die Rollen, die ihm der Patient unbewußt zuspielt, sondern eine Vielzahl von Personen - ein

therapeutisches Team, Versorgungspersonal und Mit-Patienten - stehen für die Besetzung der Rollen zur Verfügung.

Um den Patienten zu ermutigen, unbewußte Rollenerwartungen zu entfalten, ist die Herstellung vielfältiger, sich ergänzender und auch konkurrierender, tragender, hilfreicher Beziehungen notwendig. An verschiedenen Orten der stationären Bühne sind verschiedene Erfahrungsmöglichkeiten verfügbar zu halten und zu machen. Neben dem Zuhören und Abwarten, der Geduld und freundlicher Zuwendung als Formen der Förderung, stellen aktives Anbieten und Zugehen wichtige Ergänzungen der reflektiven Momente der Einzelbehandlungen dar.

Der stationäre Lebensraum übernimmt die Aufgabe, ein veränderungsförderliches Medium im Sinne einer Milieuthérapie oder einer therapeutischen Gemeinschaft (Main 1977) bereitzustellen. Die mancherorts beliebte Metapher der sozialen Nullsituation für die klassische psychoanalytische Situation wird damit in der stationären Therapie zur unbrauchbaren Sprachfigur. Deutungen bleiben keineswegs die einzigen Mittel, die dem Patienten ein Verstehen signalisieren und zuspieren, das über ein alltägliches, am Alltagsbewußtsein festhaltendes Verständnis hinausgreift. Schon die Spielregeln des stationären Klinik-Alltags werden nämlich unter der Hand zu 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, Mitarbeiter des Pflegedienstes und nicht zuletzt 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, Läufer oder Dame geworden, und ein klassisch orientierter Analytiker - wenn er je König war - mag sich manches Mal fragen, ob er überhaupt noch mitspielt und wenn ja in welcher Rolle.

Die wenigen verfügbaren explorativen Untersuchungen des stationären Beziehungsfeldes unterstreichen, daß die Patienten auch andere Veränderungsquellen attribuieren, als in der analytischen Behandlungstheorie 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 i.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 Umgebungsqualitäten haben muß, ist eine wichtige Frage. Unterlegt man der stationären Therapie z.B. ein bipolares Konzept, das eine Trennung von Real- und Übertragungsräumen (Enke 1965) vorsieht, dann wird eine auch architektonisch fundierte Unterscheidung dieser Räume wichtig. Die von der Musiktherapeutin Loos (1986) einfühlsam beschriebenen Erfahrungen einer Patientin in der Stuttgarter Psychotherapeutischen Klinik verdeutlichen in diesem Zusammenhang den Reichtum der möglichen Räume, Spiel-Räume, die in der stationären Therapie entdeckt werden können, und die eine Bedingung der langsamen Bewegung von Veränderungsprozessen sind.

Das Konzept eines "personal space" (Sommer 1969) könnte für die stationäre Psychotherapie besonders dort Bedeutung gewinnen, wo früh gestörte Patienten prä-ambivalente Objektbeziehungen benötigen. Völlig zu Recht macht u. E. jedoch Trimborn (1983) auch auf die Möglichkeit der "Zerstörung des therapeutischen Raumes" im stationären Setting aufmerksam, auf die Gefahr der Überstimulation der frühgestörten Patienten, für die heute so gerne die Modediagnose Borderline eingesetzt wird. Ein Zuviel an nicht integrierbaren Reizen setzt nach Trimborn nämlich eher Spaltungsmechanismen in Gang, anstatt ihrer Auflösung zu dienen. Externalisierende Abwehr und Agieren auf Seiten des Patienten sowie unverstandene Gegenübertragungsreaktionen auf seiten des Teams stellen deswegen besondere Herausforderungen der stationären Therapie dar, sollen Patienten nicht als "unbehandelbar" ausgespuckt und so ihrer Retraumatisierung Vorschub geleistet werden. Die Vielfältigkeit der Übertragungsmöglichkeiten im stationären Setting hat also nicht zwingend positive Konsequenzen: Sie birgt erhebliche Gefahren, werden die verschiedenen Erfahrungs- und Übertragungsräume vom Team nicht stellvertretend für bzw. gemeinsam mit den Patienten integriert.

Konzepte wie "sociofugal" oder "sociopetal space" (Osmond 1957) - gemeint sind Räume, die Kleingruppeninteraktion fördern oder verhindern - sind bei uns noch nicht angekommen, obwohl das erste Lehrbuch über "Environmental Psychology" bereits 1974 erschienen ist (Ittelson et al. 1974). Für die psychiatrische stationäre Therapie diskutierte ein Ulmer Architektenteam Spezialformen von Architektur (Mühlich-von Staden) immerhin schon 1978, denn die physikalisch-konkreten Elemente der Situation mögen mannigfach eingebunden sein in sprachliche Handlungen, sie haben in jedem Fall aber auch eine eigenständige Wirkung. Wie viele Elemente der non-verbalen Kommunikation wirken sie als stützende, fördernde oder auch hemmende Glieder, die durch sprachliche Mitteilungen leicht überlagert und anders akzentuiert werden können. Im Regieverständnis der psychoanalytischen Profession, die sich meist im informellen Austausch hierüber verständigt, wird ihnen aber doch eine große Bedeutung zugesprochen, weil der Raum auf der

Ebene des unbewußten Geschehens sich mit frühkindlichen, wiederbelebba-
ren Umwelterfahrungen verbindet.

Gewiß können einem Gespräch bei einem Spaziergang in ruhiger Umgebung mit einem guten Freund psychotherapeutische Qualitäten zukommen. Für Adoleszenten hat Zulliger (1957) diese Spaziergangstherapieform erprobt und sie für die besonderen Bedürfnisse mancher Jugendlichen geeignet gefunden. Durch eine laute, lärmende Umgebung werden die therapeutischen Möglichkeiten einer solchen Begegnung jedoch schon erheblich beschränkt. Und auch die Motorik des Gehens mag Einschränkungen oder Ablenkung mit sich bringen. Es gilt jedenfalls als ausgemacht, daß bewußte, alltägliche Beziehungsformen in einem Konkurrenzverhältnis zu dem Auftauchen sonst unbewußter Erlebnisformen stehen. Die Erfahrungen mit Hypnose, mit denen Freud bestens vertraut war, weisen z.B. auf die Notwendigkeit einer Ruheposition hin, bei der gerade die Einschränkung der Motorik erst 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 (Moskovici u. Plon 1966). 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, eine Verschiedenheit, 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. Blitz-

schnell 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 auch er 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 haben wir 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.

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. 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 auch durch architektonische Loyalität determiniert. Wer hat einmal die Wege nachgezeichnet, die Therapeuten und Schwestern, Pfleger und Hausmeister gehen und dazwischen dann

in anderer Farbe die Fußspuren der Patientinnen und Patienten markiert? Territoriale Demarkationen sind unsichtbar und doch sehr wirkungsvoll.

Der bekannte Film "Letztes Jahr in Marienbad" von A. Resnais 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 auch Zeit ein zentrales Merkmal des therapeutischen Raumes ist. In der ambulanten Einzeltherapie umfasst dieser zugleich höchst artifizielle Zeit-Raum bei einer therapia maxima heutzutage fünf Stunden in der Woche. Was passiert aber zwischen diesen therapeutisch gestalteten Zeiten und wie gestalten sich diese Zeitdosen im stationären Setting, wo die Zeit zwischen therapeutischen Treffen keineswegs Alltagszeit im ambulanten Sinne ist?

Unsere Begriffe, mit denen wir stationäre Therapieprozesse zu beschreiben gewohnt sind, sind hierfür noch nicht genügend ausdifferenziert. Gerade die Versuche, Übertragungs- und Realräume im stationären Setting voneinander abzugrenzen, werfen diesbezüglich vielfältige Probleme auf. Übertragung läßt sich bekanntlich nicht auf einen bestimmten Raum oder ein bestimmtes Objekt festlegen, sie "weht" wo sie will. Konzepte und Traditionen, die therapeutische und Real-Räume streng voneinander differenzierten (und die Bearbeitung von Übertragung damit für den Analytiker monopolisierten), sind deswegen eher integrativen Konzeptualisierungen stationärer Behandlungen gewichen (Janssen 1987).

Schon dem kursorischen Betrachter, der als gelegentlicher Spaziergänger die Räume einer psychotherapeutischen Klinik durchquert, fallen die multiplen Gesprächssettings auf, die sich im Flur, in den Kontaktzonen, vor der Anmeldung oder auch draußen auf dem Parkplatz abspielen. Die Analyse der Institution "Klinik" kann deshalb nicht umfassend genug sein, denn nur von

den Voraussetzungen der Einzelanalyse her diskutiert scheinen Intimität und seelische Veränderung unlösbar verbunden zu sein. Dies könnte jedoch ein Irrtum sein.

Die Frage nach der Gestaltung und Lokalisierung therapeutischer Räume bzw. nach den Wechselwirkungen zwischen Gestaltung und Erleben rückt eine Vielzahl von Problemen ins Blickfeld, deren Bedeutung für die Realisierung therapeutischer Prozesse bislang unterschätzt wurde. Die hier aufgeführten Punkte sollen eine wichtige, wenn auch höchst unvollständige Sammlung darstellen:

- Welche Faktoren haben die Lokalisierung der heute über 12000 Betten in der Psychosomatik/Psychotherapie vorwiegend in abgeschiedenen, jedoch oftmals touristisch attraktiven Orten begünstigt? Gilt das Argument der Wohnortnähe, von der Psychiatrie vehement vertreten, nicht auch für die stationäre Psychotherapie der schwer gestörten neurotischen und psychosomatischen Patienten? Kordy et al. (1992) berichten aus dem Heidelberger Projekt, daß Wohnortferne einer der Faktoren für vorzeitiges Ausscheiden war.
- Gibt es eine spezifische Architekturdiskussion für das Feld der Psychotherapie oder gilt: anything goes, weil es doch keinen Unterschied macht? Welches sind die Gründe, die die Gestaltung therapeutischer Räume zur Nebensache werden lassen, gilt doch sonst, daß die auch Bedeutung äußerer Elemente des Settings - als zum Rahmen der Behandlung gehörend - keinesfalls unterschätzt werden dürfen?
- Als die Psychosomatischen Klinik Bogenhausen der Herzklinik im neuen Klinikum Bogenhausen weichen musste, und nach Harlaching in ein älteres Gebäude verlegt werden sollte, war zunächst das Gefühl der institutionellen Abwertung vorherrschend; heute hört man eher Zufriedenheit mit dem neuen Ambiente, das offenbar deutlich weniger high-tech Assoziationen

weckt. Hat die bauliche Umwelt vielleicht sogar messbare Effekte in diesem Feld?

- Sollten wir nicht genauer wissen, ob die Ausstattungen der Patienten-Zimmer, ob Einzel- oder Mehrbettzimmer eine therapeutische Funktion haben? Gibt es vielleicht sogar spezifische Indikationen für solche Zuweisungen oder ist dies lediglich eine Frage der Ressourcen-Allokation bzw. des Sozialstatus unserer Patienten, wie komfortabel sie die mehrmonatige stationäre Psychotherapie verbringen?

- Welche Bedeutung hat die ganz konkrete Ausgestaltung von Therapieräumen? Nicht zuletzt Konstanz und Ruhe des Raumangebotes werden zu Indikatoren für die Ausgeglichenheit und Zuverlässigkeit des therapeutischen Milieus. Sollte z.B. ein Fernsehgerät zum Mobiliar gehören (und wo bzw. für wen und wie erreichbar sollte dieses dann lokalisiert werden?) oder sollen Zeit und Raum ganz der Selbstfindung und Individuation ohne äußere Ablenkung gewidmet werden?

- Welches Ausmaß an Regression (und welche Art von Regression) soll durch gestalterische Mittel in therapeutischen Räumen gefördert werden? Wie steht es mit der Verwendung der Couch im stationären Setting? Sicher ist es verdienstvoll, einen Patienten aus dem pathogenen Milieu herauszunehmen (Streeck u. Ahrens 1996). Nur allzu leicht jedoch wirkt auch das neue Umfeld auf neue Weise pathogen und das Schlagwort der malignen Regression - induziert und unterhalten in einem eigentlich als förderlich gedachten Umfeld - bezeichnet ein leider verbreitetes Phänomen.

Therapeutische Umwelt kann als jener Raum verstanden werden, in dem sich die Bedürfnisse und Wünsche entfalten und dort verhandelt werden müssen. Es ist sicher 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 (1973), 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.

Raumwirkung aktiviert andererseits nicht zwingend bei allen Patienten ein universal gleiches Schema; die konkrete Bedeutung des Raumes und deren lebensgeschichtliche Motivierung muß im Einzelnen gesucht und identifiziert werden. Eine Interpretation der Erlebnisweisen des Raumes kann deswegen nicht für alle Patienten die gleiche sein. Lediglich in gewissem Umfang ist von einer objektiv vorgegebenen Raumwirkung auszugehen. Wie alle äußeren Bedingungen muß diese Wirkung im therapeutischen Prozeß ihre Deutung erfahren, 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. Die Raumwirkung wird damit zu einer Wechselwirkung, an der eine sehr spezifische psychoanalytische Vorstellung über das Verhältnis von Äußerem und Innerem hängt, die als psychoanalytische Arbeitshypothese den Umgang mit Gestaltungsproblemen deutlich macht: Psychoanalyse arbeitet heute mit der radikalen Annahme einer motivationsgesteuerten Wahrnehmung und Verarbeitung der unbelebten und belebten sozialen Realität. Andererseits tut sich die psychoanalytische Behandlungstheorie immer noch praktisch schwer, die unbezweifelbare Wirkung umweltbezogener 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 damit 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 u. Osterkamp 1962). Denn die Idee der Gestaltung als Schaffung fördernder Lebensräume, wie sie im Bauhaus oder der Hochschule für Gestaltung (Krampen u. Kächele 1986) zu finden war, ist der Psychoanalyse zunächst wesensmäßig fremd, unterstellt sie doch 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.

Vielleicht haben die Psychoanalytiker hier etwas dazuzulernen. Denn die Grundhaltung der gestalteten therapeutischen Bühne setzt dem gegenüber auf eine große Wirksamkeit der Anordnung von Elementen in der Herstellung zwischenmenschlicher Beziehungen - seien dies Personen oder auch Dinge. Mitscherlichs (1971) Entwürfe zu einer psychoanalytischen Umweltpsychologie zeigen an, wo hier anzusetzen wäre. Mikroökologische Studien schei-

nen nicht nur für Untersuchungen der Freizeiträume, sondern auch für therapeutische Environments angezeigt (Schmitz-Scherzer u. Bierhoff 1974). Der Begriff "therapeutische Umwelt" könnte dann auch zum Topos einer Verständigung werden, der sowohl von der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie aufgegriffen, als auch von der - noch nicht existenten - Wissenschaft der Ökologie therapeutischer Räume bearbeitet werden könnte (s.d.a. Kaminski 1976).

Der Mensch als umweltschaffendes Wesen braucht eine Daseinsform, in der genügend Reize vorhanden sind, welche zu Objektbeziehungen herausfordern. Zu viele Reize jedoch wirken desintegrierend, weswegen die Gestaltung therapeutischer Räume eine Gratwanderung darstellt auf der Suche nach der Balance zwischen An-Reiz und Überreizung. "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:

- Enke H (1965) Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapie Medizinische Psychologie* 15, 116-121.
- 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*. Suhrkamp, Frankfurt
- 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 Verlag, Stuttgart
- Kaminski G (Hrsg) (1976) *Umweltpsychologie*. Klett Verlag, Stuttgart

- Kaminski G, Osterkamp U (1962) Untersuchungen zur Topologie angewandter Handlungsfelder. Zeitschrift für experimentelle & angewandte Psychologie 9: 417-451
- Kordy H, Senf W (1992) Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. Psychother psych Med 42: 127-133
- Krampen M, Kächele H (Hrsg) (1986) Umwelt, Gestaltung und Persönlichkeit. Georg Olms Verlag, Hildesheim
- Loos G (1986) Spiel-Räume. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- Main T F (1977) Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft: Wandlungen und Wechselfälle. In: Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hrsg). Psychotherapie in der Klinik. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg, Tokio New York
- Mitscherlich A (1971): Thesen zur Stadt der Zukunft. Suhrkamp
- Frankfurt Mühlich-von Staden C (1978) Psychiatrieplanung. Psychiatrie Verlag Wunstorf
- Moscovici S, Plon M (1966) Les situations-colloques: Observations theoreti-ques et experimentales. Bulletin Psychology 19: 702-722
- 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 Cliffs, NJ
- Stone L (1967) The psychoanalytic situation and transference: Postscript to an earlier communication. Journal of the American Psychoanalytic Association, 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, 598-607
- Trimborn W (1983) Die Zerstörung des therapeutischen Raumes. Das Dilemma stationärer Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Psyche 37, 204-236.

Thomä H, Kächele H (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie
Band 1: Grundlagen. Springer Verlag; Heidelberg
Winnicott D (1973): Vom Spiel zur Kreativität. Klett Verlag; Stuttgart
Zulliger H (1957) Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kindertiefenpsychologie. Huber; Bern