

EXISTENZIELLE THERAPIE IN DER BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT ERFAHRUNGEN IN TRAUMATISIERENDER

AGGRESSION:

EINE ALLGEMEINE THERAPEUTISCHE ANTWORT AUF GEWALT ZWISCHEN BEZIEHUNGSPARTNERN UND IN DER FAMILIE

**Miles Groth, PhD
New York**

Abstract

Der Autor spricht über die aus einer existenziellen Perspektive angelegte Arbeit mit Personen, die durch erlebte Aggression in ihrer Partnerbeziehung und Familie traumatisiert sind. Er stellt drei Fragen: Was benötigen Patienten, die aus völlig unterschiedlichen westlichen Bevölkerungsgruppen kommen und emotional derart verletzt sind, dass sie fremde Hilfe suchen, von klinischen Psychologen und sonstigen Fachleuten für psychische Gesundheit, insbesondere im Hinblick auf die Prävention von weiterer Aggression in ihrem Leben? Welche sind die Modalitätsmerkmale einer Psychotherapie, die bei dieser Vielfalt von Bevölkerungsgruppen Wirkung zeigt? Was ist das Therapeutische in Beziehungen zu solchen Personen, das zu einer Verminderung von Aggression in ihrem Leben führt?

Meine Damen und Herren,

ich begrüße die Kollegen und Teilnehmer dieser einzigartigen Konferenz. Ich hoffe, dass dies der Beginn einer Reihe von Diskussionen sein wird, die die Erfahrung von Männern in Situationen von familiärer Gewalt und Gewalt in Paarbeziehungen in einen Kontext rücken, der schnell zu Maßnahmen führt, die geeignet sind, Gewalttätigkeiten zu mindern. Mein besonderer Dank geht heute Morgen an meinen Kollegen Professor Dr. Gerhard Amendt, der mich eingeladen hat, mit dieser feinen Gruppe von Forschern und Praktikern zusammenzuarbeiten.

Mein heutiges Thema ist, wie Therapeuten wohl am besten mit Menschen arbeiten können, die Aggression gegen sich oder andere erlebt und wegen deren Auswirkungen auf ihr Gefühlsleben Rat gesucht haben.

Dem internationalen Kontext dieser Konferenz entsprechend stelle ich die Frage, ob ein therapeutischer Ansatz feststellbar ist, der bei Erwachsenen aus all diesen verschiedenen Nationalitäten und Kulturen Anwendung finden kann und unabhängig von Geschlecht und soziokulturellem Status Wirkung zeigt. Ich versuche darzulegen, dass ein existenzieller Ansatz dieser Herausforderung gerecht wird.

- I. Vorab sind einige notwendigerweise kurze und daher unvollständige Erklärungen zu einer Anzahl von Begriffen angezeigt. Ich möchte etwas über Trauma, Gewalt, Aggression, Existenz und Therapie sagen.

Wie wir an diesem Wochenende gehört haben, besteht in der neueren Forschung weitgehend Einigkeit darüber, dass bei Aggression zwischen Beziehungspartnern in jedem Fall beide Beteiligten allermindestens in irgendeiner Weise seelisch verletzt werden, und zwar unabhängig davon, ob das am Anfang der Therapie festgestellt oder durch beide Personen bestätigt wird. Aus psychodynamischer Sicht ist interpersonelle Aggression zwangsläufig dyadisch.

Wir wissen jetzt, dass Männer ebenso oft wie Frauen Gegenstand solchen psychisch schädigenden Verhaltens sind. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit deutlich geringer, dass Männer mit Freunden oder medizinischem Personal und Mitarbeitern der Strafjustiz über derartige Erfahrungen sprechen. Muss ein Mann wegen einer körperlichen Schädigung beispielsweise zur Behandlung in die Notaufnahme, wird er wahrscheinlich behaupten, dass er sich seine Verletzungen bei einem Unfall zugezogen hat. Wenn Männer emotional verletzt werden, unterdrücken sie im Allgemeinen ihre Reaktionen, mit Ausnahme von sekundär-reaktiver Wut, was häufig weitere Aggressivität auslöst. Ein Mann, der im Sprechzimmer eines Psychiaters, Sozialarbeiters oder klinischen Psychologen erscheint, um darüber zu sprechen, was ihm passiert ist, ist nach wie vor eine Seltenheit.

Die Folgen solcher Erfahrungen – insbesondere Gefühle von Furcht und Hilflosigkeit – kommen oft noch zu den Symptomen dessen hinzu, was in der Psychiatrie seit circa 1980 als posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bezeichnet wird, ein Zustand, der zuerst bei Männern, die mit der Last unbewältigter Erlebnisse aus den Kämpfen des Ersten Weltkriegs zurückkamen, als „Granatenschock“ oder „Kriegszittern“ bezeichnet wurde. Später (ca. 1985) wurde die Störung erwachsenen Frauen zugeordnet, die über in früher Kindheit mit älteren männlichen Personen, häufig mit ihren Vätern, erlebte gewaltsame Beziehungen berichteten. PTBS wurde auch zunehmend bei männlichen und weiblichen Erwachsenen diagnostiziert, die als Kinder mehrfache serielle Aggressionshandlungen zu Hause oder in der Gemeinschaft erlebt hatten.

Ein weiteres Forschungsergebnis, das an diesem Wochenende zur Sprache kam, lautet dahingehend, dass die Arbeit mit Personen, die Aggression in der Partnerbeziehung oder Familie erlebt haben, im Allgemeinen eine begrenzte therapeutische Wirkung zeigt, insbesondere in Bezug auf die Prävention von weiteren Aggressionserfahrungen. Dieses entmutigende Eingeständnis durch Ärzte, Therapeuten und Berater ist natürlich einer der Gründe für unsere Konferenz.

Mein Beitrag ist als Vorschlag für einen Weg zur Verbesserung der Erfolgsbilanz in der psychotherapeutischen Arbeit mit der uns betreffenden Bevölkerungsgruppe gedacht.

Soviel mit einem kurzen und ungerechterweise vereinfachenden Blick zurück auf einige der Ergebnisse, von denen wir bisher auf diesem Kongress und anderswo in Forschungsberichten zu unserer Thematik etwas gehört haben.

- II. Als weiteren Kontext für meine Ausführungen möchte ich ein paar Ideen anbringen, die in meinen Überlegungen zu unserem Thema eine führende Rolle einnehmen. *Erstens* ist es eine offensichtliche Tatsache, dass sich die Reaktionen auf Erfahrungen mit beobachteter, erduldeter oder begangener Aggression erheblich voneinander unterscheiden und von Geschlecht und Alter der betreffenden Person sowie deren breiterem kulturellem Ethos der Existenz des Einzelnen abhängig sind. Gibt es denn Grundregeln für ein psychotherapeutisches Vorgehen, das diese Unterschiede überwinden kann?

Zweitens sollten wir bedenken, dass alles, was ein außenstehender Beobachter als „objektiv“ gewaltsam oder aggressiv einstufen würde, von der betroffenen Person möglicherweise völlig anders erlebt wird, und zwar in Bezug auf die Art und das Ausmaß des Geschehens gleichermaßen. Zum Beispiel kann es sein, dass jemand, der seit früher Kindheit fortwährender Misshandlung ausgesetzt war – von ständigem Anschreien und Demütigungen bis zu äußerst harten „Disziplinarmaßnahmen“ – als Jugendlicher oder Erwachsener kaum auf ein Schimpfwort oder Schubsen reagiert, das von jemandem, der im Umgang mit Aggression relativ „ahnungslos“ ist, als schockierend gewaltsam wahrgenommen wird. Ein Mensch, der in seinem Aufwachsen selten oder noch nie interpersoneller Aggression ausgesetzt war, kann durch das Beobachten oder Erleben einer einzigen Ohrfeige oder harschen Beschimpfung tief getroffen werden, vor allem wenn diese von jemandem ausgeht, mit dem die geschlagene oder beschimpfte Person in einer engen, bis dahin harmonischen und liebevollen Beziehung verbunden ist.

Diese Probleme *interpersoneller Wahrnehmung* zwischen Individuen, die sich auf unterschiedlichen Stufen von Reife, Sozialisierung, Akkulturation und Macht befinden, bewirken eine außerordentliche Komplexität unseres Themas. Wie Sie sehen werden, ist diese Problematik besonders relevant dafür, wie ein Patient in der Beratung oder Psychotherapie auf die Worte des Therapeuten reagiert. Ich sollte hinzufügen, dass die Dynamik der interpersonellen Wahrnehmung, die seit den 1950er Jahren von dem schottischen Psychiater R.D. Laing im Rahmen seiner Sozialphänomenologie bemerkenswert kenntnisreich abgehandelt wird, mein eigenes Denken über Therapie stark beeinflusst hat.

- III. Hier möchte ich nun ein paar Worte über grundlegende Begriffe einfügen. Unsere Diskussionen an diesem Wochenende beginnen mit der Annahme, dass bestimmte Erfahrungen *traumatisch* sind, und zwar solche, die als gewaltsam oder aggressiv oder beides wahrgenommen werden. Daher sind ein paar Anmerkungen zur Bedeutung des Begriffs *Trauma* angebracht.

Als junger Therapeut habe ich einen meiner frühesten Mentoren – einen erfahrenen Psychiater und Psychoanalytiker – gefragt, was seiner Meinung nach das wichtigste Prinzip sei, an das man sich bei der Arbeit mit Patienten in der psychoanalytischen Psychotherapie halten solle. Das war die Art von Fragen, wie sie ein unbedarfter Anfänger eben stellt.

Ich erwartete etwas zu hören zu bekommen wie „der Punkt der Entwicklungshemmung“ oder „der Regressionsgrad“ oder „das Ausmaß der Abspaltung“. Zu meiner Überraschung sagte er: *Das Ausmaß des wahrgenommenen Traumas, das die Person durchgemacht hat – und das wir, wie er hinzufügte, fast immer unterschätzen.* Ich dachte, als Beispiel dafür würde er nun etwa sexuelle Aggression oder sonstige interpersonelle Gewalt nennen. In dem Beispiel, das er anführte, ging es jedoch darum, wie ein Junge im Teenager-Alter den Tod eines jüngeren Bruders erlebt hatte.

Unsere Fälle beinhalten regelmäßig Interaktionen, die schrill, laut und chaotisch sind. Andererseits kann, wie im Beispiel meines Mentors, das „Verlassenwerden“ durch ein geliebtes Geschwister ebenso traumatisierend sein wie ein körperlicher Hieb, der als absichtliche Äußerung von Feindseligkeit, Zorn oder Ärger getätigt wurde. Aggression muss immer aus der Perspektive von *wahrgenommener* Aggression verstanden werden, denn das ist es, was für einen Menschen als traumatisch zählt.

Im Allgemeinen führt, wie wir wissen, das traumatisierende Erlebnis dazu, dass die betroffene Person eine Zeitlang von den physiologischen Reaktionen defensiver Erregung und dem betäubenden Gefühl der Unfähigkeit, das Geschehene zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren, überwältigt wird. „Es ergibt keinen Sinn.“ Im traumatisierten Zustand ist man möglicherweise aufgewühlt oder aber in einer Art Stillstand aus Unvermögen bewegungsunfähig. Die Reaktion auf ein Ereignis mit traumatisierender Wirkung kann ein Aufschrei und heftiges Weinen sein. Sie kann sich allerdings auch in fassungslosem Schweigen äußern.

Das wohlbekanntes verzögerte Auftreten von Furcht und Angst im Szenario der Posttraumatischen Belastungsstörung kommt einem hier wieder in den Sinn. Nach anfänglicher emotionaler und kognitiver Erstarrung erfolgt letztlich doch eine Reaktion, vielleicht Tage, Monate oder gar Jahre nach dem traumatisierenden Ereignis. Das anfängliche Nichtreagieren ist möglicherweise von besonderer Bedeutung bei männlichen Betroffenen, die von Kindheit an dahingehend sozialisiert wurden, dass Männer keine Gefühle zeigen, und zwar weder Freude noch Schmerz. Für Jungen ist häufig Wut die einzige sozial gebilligte emotionale Reaktion, und selbst diese wird ihnen möglicherweise mit Androhungen weiterer Aggressivität in Gestalt von Vergeltungsstrafen durch Eltern oder sonstige Ältere verboten. Jahre später jedoch kann es letztlich zu einer Enthemmung des Wutausdrucks kommen, mit schädigenden (einschließlich selbstschädigenden) Ergebnissen in Gestalt von plötzlichen, unvorhergesehenen Ausbrüchen von Aggressivität.

Als Nächstes sind drei miteinander zusammenhängende Begriffe zu klären, bevor wir über unsere Arbeit mit Personen nachdenken, die *interpersonelle Transaktionen* mit traumatisierender Wirkung erlebt haben: Es handelt sich um *Feindseligkeit*, *Aggression* und *Gewalt*. Diese Phänomene werden oft nicht sorgfältig genug voneinander unterschieden; eine genaue Unterscheidung ist jedoch für unsere Erörterung der therapeutischen Arbeit von Bedeutung.

Als Erstes: *Feindseligkeit*. Feindseligkeit ist eine affektive Störung, die sich – wenn auch nicht zwangsläufig – in Worten oder Handlungen äußert. Rachegeanken und Pläne zur Ausführung von Impulsen zum Zuschlagen gehen häufig mit feindseligen Empfindungen einher oder folgen unmittelbar darauf, doch solche Gedanken und Impulse sowie die Feindseligkeit, aus der sie entstanden sind, verbergen sich möglicherweise hinter einem Gesichtsausdruck und Gesamtverhalten, die auf Gelassenheit oder gar Gleichmut schließen lassen. „Innerlich“ allerdings ist die Feindseligkeit am Brodeln und kann sich bis zum Zorn weiter steigern. Es kann jedoch auch sein, dass weder Feindseligkeit noch Zorn äußerlich erkennbar ist.

Als Nächstes: *Gewalt* und *Aggression*. *Gewalt* ist ein Verhalten, das mit körperlicher Kraft darauf abzielt, das Objekt, gegen das es gerichtet ist, zu beschädigen und, falls das Objekt ein Lebewesen ist, vielleicht sogar zu töten. Das Schlachten von Tieren, die gegessen werden, ist mit Gewalt verbunden, ebenso wie einige Sportarten, und oft kommt es zu Gewalt, wenn man im Interesse des eigenen Überlebens instinktiv versucht, eine als Angriff auf die eigene Person wahrgenommene Handlung abzuwehren oder ihr zu entkommen. Es ist als Gewalt anzusehen, wenn zwei Menschen miteinander streiten oder anfangen, sich zu schlagen. Doch jetzt kommen wir zu einer grundlegenden Unterscheidung.

Bei interpersonellen Transaktionen müssen wir unterscheiden zwischen Gewalt und *Aggression*, die immer affektiv begründet ist. Der Jäger hasst nicht den Hirsch, den er schießt, um Wildbret für den Esstisch zu beschaffen. Er empfindet keine Feindseligkeit gegenüber dem Tier, wenn er auf die Jagd geht. Der Fußballspieler oder Boxer hasst nicht seinen Gegner auf dem Spielfeld oder im Ring. Seine Motivation beruht nicht auf Feindseligkeit. Gewalt impliziert nicht Aggression, aber wer auf jemand anderen losgeht und ihn anschreit oder schlägt, dessen Motiv ist auf jeden Fall Feindseligkeit, wenn nicht gar Zorn.

Betrachten Sie jedoch einmal das folgende Beispiel. Unterwegs zu Fuß auf einem belebten Gehweg in Manhattan wurde ich Zeuge, wie eine Frau einen kleinen Jungen vom Gehweg herunter in die Lücke zwischen zwei geparkten Autos schubste. Der Anblick traf mich heftig. Ich war schockiert über das Verhalten der Frau und empfand Mitleid für das Kind. Das änderte sich jedoch, als mir klar wurde, dass die Frau gesehen hatte, wie ein herrenloser Verkaufswagen den Gehweg hinunter auf das mit dem Rücken zu ihm stehende Kind zuraste. Der kleine Junge war durch die überraschende, plötzliche

gewaltsame Geste seiner Mutter ebenfalls schockiert und stand da weinend zwischen den geparkten Autos – bis seine Mutter zu ihm ging, nachdem der Wagen vorbeigerollt und einige Meter weiter gegen ein geparktes Auto gekracht war.

Der Schubser der Frau hatte das Kind davor bewahrt, von dem Wagen überfahren und dabei wahrscheinlich schwer verletzt zu werden. Sie umarmte den Kleinen innig, erklärte ihm, was passiert war und was hätte passieren können, und tröstete ihn. Das bedurfte einiger Anstrengung. Es erscheint fraglich, ob er die Geste seiner Mutter oder deren Erklärung dafür wirklich verstanden hat.

Nun weinte sie auch. Sie war eine Heldin, keine Täterin. Ihr Verhalten war gewaltsam gewesen, aber nicht aggressiv.

Das ist ein bedeutsamer Aspekt bei der Betrachtung interpersoneller Aggression. Tatsächlich stellt sich mir die Frage, ob wir allgemein von Aggression zwischen Beziehungspartnern oder in der Familie statt von Gewalt zwischen Beziehungspartnern sprechen sollten, weil das, worüber wir reden, immer auf einen gestörten Affekt zurückzuführen ist.

Das Dollard-Miller-Modell von Aggression – wonach Aggression durch Frustration verursacht wird – habe ich nicht vergessen, und ich halte es durchaus für betrachtenswert. Ich möchte lediglich feststellen, dass interpersonelle Aggression immer durch einen negativen Affekt begründet ist – doch vielleicht eher durch die Ungeduld, die auf Frustration folgt.

IV. Als Nächstes möchte ich etwas zum Thema *Therapie* im Allgemeinen sagen und zu der Frage, was *therapeutisch* ist. Darauf folgen dann Anmerkungen zum Begriff *Existenz*.

Was wollen wir erreichen, wenn wir uns mit jemandem in der intimen Atmosphäre des Sprechzimmers zusammensetzen? Meine Sorge ist, dass die meisten Psychotherapeuten ihr Gegenüber implizit als ein Objekt wahrnehmen – als ein Was, sei es nun (1) ein Ego, das mit seiner Identität, seinem Gewissen und der Welt da draußen im Unreinen ist, oder (2) ein denkender Kritiker seiner eigenen Gedanken, oder (3) ein automatenartiger Absonderer von Verhaltensbrocken (Operanten), die von anderen im interpersonellen Umfeld ignoriert, belohnt oder bestraft werden, oder letztendlich (4) ein Gehirn, das irgendwie Gefühle und Motive „hat“ und dessen Hälften „Gespräche“ miteinander führen.

Ich denke lieber im Sinne des einzigartig menschlichen Wesens, der Person, die existiert, also eines Wer. Das ist das Wesen, das existiert, und nicht ein Wesen, das in irgendeinem Sinne etwas in seinen Merkmalen ein für alle Mal Festgelegtes ist – ein Was. Damit befinden wir uns in der Welt der Existenz oder dessen, was von dem deutschen Philosophen Martin Heidegger bekanntermaßen als Da-sein bezeichnet wurde.

Sie sehen jetzt, warum ich meinen eigenen Therapieansatz existenziell nenne. Er ist auf die Existenz, das Da-sein des Anderen gerichtet.¹

Die existenzielle therapeutische Haltung lässt die Nationalität, Sprache und Gesellschaftsschicht sowie das Bildungsniveau und das Geschlecht des Anderen außer Acht. Sie kann in Fällen erlebter interpersoneller Aggression hier in Deutschland, in Kanada oder in den USA angewandt werden. Neuere Berichte mir bekannter klinischer Psychologen, die in China tätig sind, lassen darauf schließen, dass der weitgehend humanistische und existenziell-phänomenologische Ansatz, dessen Paradigma die existenzielle Therapie ist, in „nichtwestlichen“ Kulturen ebenso wirksam ist. Tatsächlich erfreut er sich dort sogar außerordentlicher Beliebtheit.

Wie Sie sicher schon vermutet haben, nehme ich in Bezug auf die ehrwürdigen psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Ansätze, die in der heutigen Beratung und Psychotherapie so wohlbekannt sind und so weitläufig angewandt werden, eine ganz bestimmte Position ein. Hier kann ich nur die Grundzüge der existenziellen Therapie zusammenfassen und dabei benennen, was meiner Überzeugung nach daran therapeutisch ist, doch will ich damit nicht die anderen Sichtweisen kritisieren. Angesichts dessen, was wir über die begrenzte Wirkung psychotherapeutischer Interventionen bei Menschen mit Erfahrungen in traumatisierender Aggression in Partnerbeziehungen gehört haben, wird die von mir vertretene existenzielle Sicht in unserer Diskussion hoffentlich gut aufgenommen werden, ohne dass es dadurch zwangsläufig zur Ablehnung und Ausgrenzung anderer Ansätze kommt.

Oft heißt es, dass Leute zur Therapie kommen, weil sie sich ändern oder geändert werden wollen. Manche sagen, dass das Verstehen der eigenen Vergangenheit das beste Mittel zur Bewirkung einer Veränderung in der Gegenwart und zur Vorbereitung auf eine bessere Zukunft ist – eine Zukunft beispielsweise ohne Aggression. Doch leider ist kein Leben frei von Gewalt verschiedenster Art. Andere wiederum, der Tradition der kognitiv-behavioralen Therapie folgend, die weitläufig aufgefasst, doch besonders in der als rational-emotive Verhaltenstherapie (REVT) bekannten Modalität eingesetzt wird, meinen, dass wir eben nur anders als bisher darüber denken müssten, was uns wichtig ist, und unsere Gedanken neu ausrichten müssten, um die Auswirkungen unserer Erlebnisse aus der Vergangenheit zu neutralisieren und um zu verhindern, dass sie sich in der Zukunft wiederholen.

Meine Sichtweise zu der Frage, aus welchen Beweggründen jemand einen Therapeuten aufsucht, ist eine andere. Mir scheint: Wenn jemand *im Alleingang* sucht, was der echte Therapeut bieten kann, liegt das daran, dass sich seine *Existenz verändert hat*. Seine Welt hat sich verändert. Vereinfacht ausgedrückt sagen wir: Sein ganzes „Leben“ und jeder Aspekt davon hat sich verändert, auch wenn ihm vielleicht nicht bewusst ist, dass sich etwas verändert hat. Da ist nur so ein unheimliches Gefühl.

¹ Derzeit bevorzuge ich den Begriff Daseinstherapie als Bezeichnung für existenzielle Therapie.

Oder er weiß vielleicht, dass sich etwas verändert hat, aber eben nicht, was dieses „dass“ ausmacht. „Etwas fühlt sich anders an“, aber was das genau bedeutet, ist unklar.

Der existenzielle Therapeut macht sich nicht daran, sein Gegenüber zu „reparieren“, zu ändern oder sonstwie umzumodeln.

Was die existenzielle Therapie von anderen Formen der *Psychotherapie* unterscheidet, ist, dass sie *nichtinterventionell* ist und der Andere, der zu uns in die Sprechstunde gekommen ist, sie in dieser Form erleben muss. Das Ziel der existenziellen Therapie ist, *eine interpersonelle Situation zu bieten, in der der Andere seine Gegenwart wiederfinden kann*. Dass ein solches Angebot als nichtinterventionell wahrgenommen wird, erweist sich als entscheidender Faktor in der Arbeit mit Personen, die interpersonelle Aggression erlebt haben. Medizinische Behandlung, Erteilen von Ratschlägen oder Informationen, Einübung oder Auferlegung von Verhaltensregeln, Anbieten von Betreuung, Anregungen oder Ermunterung – all diese Dinge sowie die traditionellen Formen der Psychotherapie sind interventionell.

Falls Ihnen diese Darstellung seltsam vorkommt und Sie sich sagen: „Aber wir müssen doch etwas tun, wir müssen einschreiten“, halte ich Ihnen entgegen: (a) Als Ärzte und sonstige Gesundheitsdienstleister sind wir verpflichtet, zu intervenieren, wenn jemand aufgewühlt, verwirrt und desorientiert ist, und wir können beschließen, sein Nervensystem chemisch zu beruhigen, bis und damit er über seine Existenz nachdenken kann. (b) Aufgrund unserer Kultur müssen wir bestimmte Leute ermächtigen, einzuschreiten und Muster interpersoneller Aggression zwischen Männern und Frauen, Eltern und Kindern zu stoppen, sobald sie auftreten. Dafür haben wir die Polizei. (c) Darüber hinaus müssen wir auch versuchen, aggressive Erwachsene zu erziehen oder umzuerziehen. Dafür haben wir spezielle Schulen und Rehabilitationszentren. (d) Als Sozialarbeiter müssen wir relativ hilflose, uninformierte oder unfähige Menschen im Umgang mit dem verwirrend komplexen System unserer Einrichtungen zur geistig-seelischen Gesundheitspflege informieren und unterstützen. Und schließlich gilt auch: (e) Als Lehrer müssen wir bestimmte Wertbegriffe von Anstand verkörpern und Vorbilder für Rationalität sein.

Allerdings sehen wir in der therapeutischen Arbeit mit Männern und Frauen, die aggressiven Handlungen ausgesetzt waren oder solche selbst an anderen begangen haben, unser Ziel nicht darin, eine Veränderung zu bewirken, sondern lediglich darin, zur Kenntnis zu nehmen, dass sie stattgefunden hat, und den Weg freizumachen, damit der Andere in seiner Welt eine Veränderung herbeiführen kann.

Existenzielle Therapie wird genau genommen ohne Eingriff in das Leben des Anderen angeboten. Eine gewisse *Fürsorge* (Besorgnis oder Anteilnahme) wird an den Tag gelegt – was Heidegger als *vorausspringende Fürsorge* bezeichnet hat – nämlich Sorge um die Existenz des Anderen, wobei

diese Sorge wiederum zur Seite tritt und den Weg freigibt für die Wiederfindung der *Gegenwart* des Anderen. Im Gegensatz dazu steht die intervenierende, *einspringende Fürsorge* durch medizinische und soziale Vorgehensweisen sowie durch Schulung und aktive Unterstützung in der von mir genannten Weise.²

Hierzu möchte ich etwas klarstellen, was in Diskussionen über existenzielle Therapie häufig angesprochen wird: Der Versuch, für den Anderen nichts zu *sein*, bedeutet nicht, dass man *nichts tut*. Die Bemühung, den Weg freizumachen (*vorauszuspringen*), verlangt fortwährende Wachsamkeit, wenn der Andere uns so dringlich bittet, ihm bei der Lösung eines Problems zu helfen, ihn zu beraten oder eine Vergangenheit zu rekonstruieren und für eine Zukunft zu planen. Von dem gewöhnlichen, alltäglichen Wunsch des Anderen, dass wir einschreiten (*einspringen*) und seine temporale Orientierung für ihn regulieren mögen, Abstand zu halten, ist für den Therapeuten harte psychologische Arbeit.

Wir werden nicht immer durchgehend erfolgreich damit sein, uns aus dem Weg des Anderen zur Wiederfindung seiner Gegenwart herauszuhalten, aber das sollte uns nicht daran hindern, unser Ziel weiter zu verfolgen: für die kurze Zeitspanne der Therapiestunde die Aufrechterhaltung einer Situation und von Bedingungen zuzulassen, in der und unter denen die Wiederfindung der eigenen Gegenwart die Arbeit ist, die von dem uns gegenüberstehenden Anderen zu tun ist. Wir sind uns stets bewusst, dass der Andere uns verlassen und in die reale Welt zurückkehren muss, wo seine Existenz keine vorrangige Bedeutung hat. Das erfordert, dass wir unsere Sitzung beenden. Ist das letzten Endes doch eine Form von Intervention? Diese Frage lasse ich offen und stelle sie als wichtigen Punkt zur Diskussion.

- V. Dies ist von besonderer Bedeutung für die Gruppe, mit der wir uns an diesem Wochenende befassen. Paradoxerweise wird jemand, dessen Symptomatik durch traumatisierende Erfahrungen mit interpersoneller Aggression bestimmt ist, potenziell jede Intervention wahrscheinlich (bewusst oder unbewusst) als aggressiv erleben. Deshalb sind meiner Überzeugung nach ärztliche Behandlung – und damit meine ich hier insbesondere die Psychiatrie – sowie Sozialarbeit und die Modalitäten der Psychotherapie, die auf dem ärztlichen Modell beruhen, in der Arbeit mit durch traumatisierende Aggression traumatisierten Personen nicht wirksam.

Bei jeder Intervention *kommt buchstäblich etwas zwischen* denjenigen, der die Behandlung erteilt, und den Anderen, also zwischen einem Agierenden und einem Patienten. Im Gegensatz dazu ist aus existenzieller Perspektive das *sine qua non* einer wirklich therapeutischen Allianz eine Anteilnahme

² An dieser Stelle möchte ich den interessierten Zuhörer einladen, einen Blick in mein Buch „After Psychotherapy“ (New York, ENI Press 2016) und zwei Artikel zu dieser Thematik – „The Return of the Therapeut. The Genuine Psychotherapist“ im International Journal of Psychotherapy, 18(1), 2014, S. 5-18, und 18(2), 2014, S. 5-20 – zu werfen.

und Vertrautheit, die ausschließt, dass irgendetwas dem Kontakt zwischen den beiden existierenden Menschen in die Quere kommt.

Die Nationalität, Sprache, ethnische Zugehörigkeit, Rasse, das kulturelle Erbe, Alter, Geschlecht oder die politische Einstellung des Therapeuten ist von ersichtlicher Irrelevanz für das Therapieziel, wenn man einen existenziellen Ansatz einnimmt, da die Existenz die *Möglichkeit* zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung jeglicher Identität darstellt, gleich ob in sozioökonomischer, religiöser, geschlechtlicher oder sonstiger kultureller Hinsicht.

Beim Versuch der Errichtung einer therapeutischen Allianz bemüht sich jeder Psychotherapeut um Ausgeglichenheit, Fairness und Freundlichkeit, aber das reicht nicht aus. Wenn der Andere für die Seelengifte, die zur Entstehung der ursprünglichen traumatischen Reaktion geführt haben, sensibilisiert ist (wie Allergiker sagen). Eine gemeinsame Bemühung, *nicht zu intervenieren*, ist der aussichtsreichste Weg, sich der Privatsphäre des Anderen anzunähern und das Entstehen dieser einzigartigen Beziehung, die wir als therapeutisch bezeichnen, zu ermöglichen.

Für den Anderen *nichts zu sein* ist die „Technik“ des existenziellen Therapeuten. Für den Anderen *ein Therapeut zu sein* ist ja nun leider unvermeidlich, aber dass wir uns bemühen, für ihn *nichts anderes* zu sein, ist ein Ziel, das wir verfolgen können. Zweifelsohne lassen sich die physischen und persönlichen Gegebenheiten des Therapeuten, der schließlich ein lebendiger, atmender Mensch mit für sein Gegenüber unmittelbar erkennbaren körperlichen Merkmalen ist, nicht einfach ausschalten. Andererseits hat der Andere die Möglichkeit, in Bezug auf diese Gegebenheiten das herbeizuführen, was der Phänomenologe als eine *Epoche* (eine zeitweise Zurückhaltung der eigenen Vorstellung) bezeichnet. Das ist ein weiteres Element der existenziellen „Technik“.

Zu erklären, wie eben diese Voraussetzung und unser *für den Anderen nichts sein* erfüllt werden, würde den Rahmen meiner Präsentation sprengen. Für den heutigen Vortrag sollte ausreichen, dass die existenzielle Therapie meiner Meinung nach in der Arbeit mit Menschen, deren gegenwärtige Beschwerden eine Vorgeschichte von wahrgenommener Aggression darstellen, die indizierte Modalität ist. Anhand von zwei weiteren Kommentaren zur klassischen Psychoanalyse und Gestalttherapie werde ich die Gründe dafür erläutern.

Die klassische Psychoanalyse, die den Analytiker außer Sichtweite des Analysanden in einer Situation positioniert, wo nur zwei körperlose Stimmen hörbar sind, von denen eine wenig oder gar nichts sagt, war unter den Frühformen der Psychotherapie möglicherweise erfolgversprechender als eine existenzielle Therapie. Die Kommunikation zwischen dem Unbewussten einer Person und dem Unbewussten einer anderen wird besser, wenn die physischen Gegebenheiten des Analytikers – äußere Erscheinung, einschließlich Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit, Alter und gewohnte Selbstdarstellung – verborgen bleiben und selbst seine stimmlichen Äußerungen so spärlich wie

möglich ausfallen. Doch sogar hier ist immer mindestens eine Intervention erforderlich (abgesehen von einer Honorarforderung), und zwar natürlich das Anführen der scheinbar harmlosen Grundregel „Sag’ alles, was dir in den Sinn kommt“, was – egal wie dezent wir sie formulieren mögen – trotzdem eine Aufforderung und damit eine Intervention darstellt, wenn auch eine viel weniger harsche als das „Denk’ logisch, Kumpel!“ der rational-emotiven Verhaltenstherapie. Und angesichts der Unvermeidlichkeit von Widerstand stellt sich in der Praxis heraus, dass die psychoanalytische Aufforderung dem Analysanden immer wieder als dringlich nahegebracht werden muss.

Ein paar Worte über Gestalttherapie sind dazu wohl angebracht, da diese allem Anschein nach sehr viel mit dem Ansatz gemeinsam hat, den ich hier beschreibe und vertrete. So wie ich sie verstehe, besteht ein grundsätzliches therapeutisches Ziel der Gestaltpraxis darin, die gesamte Aufmerksamkeit auf die unmittelbare, gemeinsam erlebte Situation zu ziehen und als Therapeut mit dem Patienten darin einzutauchen. Gestalttherapeuten zielen darauf ab, das unmittelbare Wahrnehmungserleben des Patienten herauszustellen und zu erweitern, es zu teilen und darin einbezogen zu werden. Um das zu erreichen, müssen sie intervenieren. Die Videoaufnahme der berühmten Interaktion zwischen „Gloria“ und Fritz Perls in der *frühen* Gestalttherapie hat fast jeder Psychotherapeut gesehen, der diese Modalität verstehen will. Da Perls letztendlich darauf aus ist, die Patientin näher heranzuziehen, begegnet er ihr zuerst mit einiger Heftigkeit. Ich sollte hinzufügen, dass sich die Gestalttherapie seit Fritz Perls (der ursprünglich als Psychoanalytiker ausgebildet war) vielfältig weiterentwickelt hat, vor allem dank der Arbeit seiner Ehefrau Laura. Im Ansatz ist sie jedoch nach wie vor interventionell. In den gemeinsamen Bereich „des Augenblicks“ einzutreten ist das Ziel des Gestalttherapeuten. Das Ziel der existenziellen Therapie hingegen besteht darin, dem Anderen den Zugang zu seiner eigenen Gegenwart zu ermöglichen, ohne daran in irgendeiner Weise teilzuhaben.

- VI. Gestatten Sie mir nun, mich eingehender darüber zu äußern, warum dieser Ansatz besonders gut bei Menschen funktioniert, deren persönlichste Beziehungen fortwährend durch Aggression gekennzeichnet und verdorben werden. Der Punkt ist, dass sie besonders sensibel gegenüber allem sind, was als Übergriff oder Angriff auf oder Eindringen in ihre Welt wahrgenommen wird – gleichviel ob wir diese als die soziale Distanzzone des Körpers oder als die intrapsychische Distanzzone des Selbst begreifen.

Gesprochene Worte, die sogar den Selbstbewusstesten von uns hart treffen können, wenn sie in harschem Ton von jemandem ausgesprochen werden, den wir respektieren und bewundern oder dem wir unser eigenes Wohl anvertraut haben, werden von Menschen, die in der Vergangenheit häufig mit Worten und Schlägen gedemütigt oder gar bestraft wurden, nur – wenn überhaupt – mit größter Zurückhaltung registriert. Die Worte selbst des wohlmeinendsten, sanftmütigsten Arztes, Sozialarbeiters oder Psychotherapeuten werden leicht als böswillig ausgelegt und deshalb durch die selektive Unaufmerksamkeit des Patienten ausgeblendet. Standardmäßige Formulierungen werden

als Ermahnungen wahrgenommen, als Imperative, welche die gebieterische Umlenkung des Patientenverhaltens durch den Therapeuten darstellen.

Um über diese Barrierere hinweg in die *Lebenswelt* von jemandem vorzudringen, der durch einen vertrauten Menschen emotional und vielleicht auch körperlich traumatisiert wurde, muss der Therapeut einen Ansatz einnehmen, der den Anderen nicht in eine Bindung einsperrt, ja sogar einen Ansatz, der aufrichtig als nichtkonstruktiv gedacht ist. Von der Patientengruppe, um die es in unseren Überlegungen hier geht, werden solche *Bindungen* leicht als *Fesseln* erlebt.

Wohl wissend, wie gut gemeint eine verbale Intervention klingen kann, so freundlich wie sie in höchsten Tönen angeboten oder durch Gegendarstellungen eingeleitet wird, müssen wir uns doch darüber im Klaren sein, wie leicht sie als *Überschreitung* der somatischen und emotionalen Grenzen des Anderen, der körperlichen und seelischen Oberflächen seiner Welt, seiner Haut oder jener Empfindungsmembran, die wir das Selbst nennen, aufgefasst werden kann.

Jedes Verhalten, das als Intervention wahrgenommen wird, impliziert ein Machtgefälle. Wir dürfen nicht vergessen, dass alle unsere Patienten auf irgendeine Weise eine erdrückende Übermächtigkeit erfahren haben.

Lassen Sie uns abschließend das eigene Verständnis des Therapeuten von Aggression betrachten, einschließlich eigener Erfahrungen, die er in seinem Leben damit gemacht hat. Mitunter wird behauptet, dass Menschen, die selbst ein bestimmtes Problem durchgemacht haben, etwa eine Sucht nach Tabak, Alkohol oder sonstigen Drogen, und ihre Sucht „überwunden“ haben, durch ihre Lebenserfahrung für die Arbeit mit Menschen gerüstet sind, die derzeit einem dieser Suchtmittel verfallen sind. Gleichmaßen heißt es mitunter, dass jemand, der sexuellen Missbrauch „überlebt“ hat und anderen, die solchen Missbrauch exzessiv erlitten haben, helfen will, mit dessen traumatischen Auswirkungen fertig zu werden und nicht mehr den Stress empfinden zu müssen, den die Erinnerung daran auch rückwirkend noch verursacht, auf den Beruf des Beraters oder Therapeuten mit Spezialisierung auf die Arbeit mit Menschen, die die Nachwirkungen interpersoneller Aggression durchmachen, gut vorbereitet ist. Die Idee dahinter ist, dass ein erneutes Durchleben früherer Traumata in Anwesenheit von jemandem, der „sowas auch schon erlebt hat“, aber die Auswirkungen überwunden hat, eine therapeutische Wirkung entfaltet, nach dem Motto: Er hat es geschafft, also kann ich das auch.

Ich bezweifle allerdings, dass das einen Sinn ergibt – und die Forschung legt wieder einmal nahe, dass solche Menschen so wenig Erfolg haben wie Psychotherapeuten gleich welcher Modalität, und zwar aus eben diesem Grunde. Der Überlebende als Therapeut wird eine starke Reaktion auf Aggression empfunden haben und diesem Empfinden im Leben seines Patienten ein Ende setzen wollen. Ein Überlebender zu sein bedeutet jedoch, etwas für den Anderen zu sein, und genau das will

der Therapeut, der einen existenziellen Ansatz einnimmt, schließlich vermeiden. Hinzu kommt, dass seine gezielten Anregungen als Interventionen erlebt werden.

Wenn der hier vorgeschlagene existenzielle Ansatz gangbar ist, funktioniert er, weil der Fachmann beflissen versucht, dem Anderen eben nicht eine bestimmte Lebensweise nahezu legen, da er weiß, dass es seine einzige „Aufgabe“ darin besteht, eine Situation herzustellen, die dem Anderen die Möglichkeit verschafft, seine Gegenwart wiederzufinden und wiederaufzunehmen. Das *desideratum* besteht eben *nicht* darin, die angeblich oder erwiesenermaßen erlebten Aggressionen als solche anzusprechen. Was tatsächlich passiert ist, ist sehr wichtig für den Arzt oder die Polizei, aber es zählt – wie jeder Therapeut weiß – nur die psychologische Wirklichkeit des Anderen, ganz gleich was eine Überwachungskamera aufgenommen hat oder was Augenzeugen berichten.

Einzuspringen bedeutet jedoch ein weiteres Eintreten in die Gegenwart des Anderen, die Gegenwart, die aufgegeben wurde und aus der sich der Andere in seine eigene Erinnerung von Vergangenheit oder seine eigene Vorstellung von Zukunft geflüchtet hat. In ein Leben voller aggressiver „Interventionen“ *nicht* einzugreifen ist deshalb in therapeutischer Hinsicht die aussichtsreichste Möglichkeit, diese in Zukunft zu verhindern. Auf interpersonelle Aggression bei engen Bezugspersonen, die sich traumatisierend auswirkt, *darf* durchaus eine allgemeine therapeutische Reaktion erfolgen.

ANHANG: Zusammenfassung der vorgelegten Forschungsergebnisse

Die Glanzlichter der in der Konferenz vorgelegten Forschungsergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Gewalt gegen Beziehungspartner ist in der gesamten westlichen Welt die vorherrschende Variante. Trotz hoher Aufmerksamkeit, die dieser Problematik gezollt wird, und umfangreicher Forschung aus unterschiedlichen Perspektiven zeigen die Bemühungen um Prävention und Behandlung lediglich eine begrenzte Wirkung. Unsere wissenschaftliche Arbeit darüber, was zu Gewalt in der Partnerschaft beiträgt, muss die zugrundeliegenden Mechanismen eingehender erläutern, um das Fundament für wirkungsvollere Interventionen zu setzen. Immer mehr Belegmaterial weist darauf hin, dass dyadische Prozesse zu Aggression führen. Beide Partner in einer Beziehung bringen sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren ein. In der Art und Weise, wie diese Männer und Frauen zur Entstehung von Aggression beitragen, sind mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede erkennbar.

Die seit den 1970er Jahren aus den USA kommenden Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Männer und Frauen Aggressionshandlungen gegeneinander in zahlenmäßig ungefähr gleichem Umfang begehen, wobei Frauen jedoch häufiger körperliche Verletzungen davontragen. Männliche Opfer von Aggression in der Partnerschaft müssen innere Hemmschwellen überwinden, etwa Scham und Furcht, um Hilfe von außen zu suchen.

Die aktuelle Forschung stützt die These, dass eine beträchtliche Anzahl von Männern Gewalt in der Beziehung seitens der Partnerin oder des Partners erlebt (z.B. Bates & Graham-Kevan, 2016), doch zu den Erfahrungen von Männern mit Viktimisierung durch Aggression *und* Kontrolle gibt es nur wenige Untersuchungen. Männer erleben erhebliche verbale und körperliche Aggression ebenso wie Kontrolle, Manipulation und seelische Misshandlung. Sie berichten, dass sie sich bei der Suche nach Hilfe erheblichen Hindernissen gegenüber sehen, und haben oft niemandem von ihren Misshandlungserfahrungen erzählt.

Jeder kann zur Zielscheibe von Aggression werden, aber Aggression wird in keiner Bevölkerungsgruppe einheitlich erlebt. Verschiedene Formen von Aggression (wie z.B. Aggression in der Partnerschaft, Aggression gegen Kinder, sexuelle Aggression, Aggression unter Jugendlichen, einschließlich Mobbing) kumulieren in Bevölkerungsgruppen und Gemeinden, die ein hohes Gewaltrisiko aufweisen, und lassen in Bezug auf Viktimisierung ebenso wie auf den Einsatz von Gewalt Risikofaktoren ebenso wie Schutzfaktoren erkennen. Datenerhebungen zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung weisen auf die grundlegende Bedeutung hin, die strukturellen und funktionalen Risikoszenarien in der Herkunftsfamilie sowie der Prävention von verschiedenen Aggressionsformen sowie von generationsübergreifender Propagation von Gewalt zukommt.

Es wurden Verbindungen zwischen dem Erleben traumatisierender Ereignisse, der Diagnose PTBS und interpersoneller Aggression festgestellt. In Untersuchungen wurden erforscht: (1) PTBS bei weiblichen Überlebenden von Gewalt in der Familie, (2) der Zusammenhang zwischen Kriegserlebnissen und PTBS bei männlichen Veteranen und dem Auftreten von Aggression in deren Familien, und (3) der Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserlebnissen, PTBS und dem derzeitigen Einsatz von Aggression durch männliche Personen in ihren Familien.

An die Arbeit des Vaters der Forschung zum Thema Aggression in der Familie, Murray A. Straus, PhD, muss an dieser Stelle erinnert werden. Er hat Untersuchungen zur familiären Gewalt durchgeführt, die *Conflict Tactics Scales* entwickelt und Tausende von Studenten und Kollegen als Mentor betreut und beraten. Straus war ein mutiger Gelehrter, der die Problematik der Gewalt in der Familie an die Öffentlichkeit brachte und auch kontroverse Fragestellungen in Angriff nahm. Seine Arbeit über Geschlechtersymmetrie in der Täter- und Opferrolle bei Gewalt in der Partnerbeziehung löste Morddrohungen und Aufrufe zur Verhängung eines Arbeitsverbots aus. Von seinem Engagement für die Erforschung und Bewusstmachung von Gewalt in der Familie ließ er sich jedoch durch nichts abbringen.

Eine einfache und wirksame Methode zur Erkennung der verschiedenen Typen gewalttätiger Paare wurde ausgearbeitet. Die von dem verstorbenen Murray Straus entwickelte Typologie bildet die Grundlage dafür. Sie unterscheidet gewalttätige Paare danach, ob die Gewalt vom Mann allein, von der Frau allein oder von beiden Partnern ausgeht. Es wurden Untersuchungen über die Zahlen von und die Unterschiede zwischen

gewalttätigen Paaren durchgeführt. Die theoretischen und praktischen Implikationen der Umsetzung dieser Typologie in der fachlichen Behandlung von Gewalt gegen Beziehungspartner sind weitreichend. Mit der Umsetzung der Typologie lässt sich eine Verbesserung von Interventionen und die Vermittlung allgemein anerkannter ideologischer, theoretischer und therapeutischer Begriffe erreichen.