

## Die verheimlichte Beziehung – der „Kurschatten“

Paul Bernhard und Friedhelm Lamprecht, Schömburg

**Zusammenfassung.** Die Kurschattenproblematik ist in dem Beziehungsgefüge der Patienten einer stationären Psychotherapie ein wichtiger interaktioneller und therapeutischer Wirkfaktor. Die Beziehungsproblematik stellt sich sehr unterschiedlich dar. Eine kleine Gruppe von Patienten wünscht sich vorwiegend ein sexuelles Abenteuer. Sie werden unterschieden von der größeren Gruppe von Patienten, die ihren intrapsychischen Konflikt im Beziehungsangebot der Mitpatienten inszenieren. Während für die erste Patientengruppe eine Strukturierung und Abgrenzung diskutiert wird, bedeutet die Kurschattenproblematik für die zweite Patientengruppe eine therapeutische Chance, wenn sie in das therapeutische Geschehen mit einbezogen werden kann. Diskutiert werden auch Anteile der Therapeuten an einer Kurschattenproblematik, durch Arbeitsüberforderung oder einseitige Identifikation mit einem moralisierenden institutionellen Über-Ich.

Die Kurschattenbeziehung in der Klinik ist eine generelle wichtige Thematik der stationären Psychotherapie. Auch in der öffentlichen Diskussion und besonders bei den Versicherungsträgern, liefert gerade diese Beziehungsproblematik den Kritikern Argumente gegen eine stationäre Psychotherapie. Trotzdem findet sich über dieses Thema kaum Literatur. Handelt es sich hier um ein psychotherapeutisches Tabuthema? Bei den Patienten als den eigentlich Betroffenen ist vor allem gegenüber ihren Angehörigen eine auffallende Diskrepanz zu beobachten zwischen offizieller Skepsis bis Verurteilung und einem stärkeren heimlichen Wunsch und Neigung zu solch lustvollen klinisch-therapeutischen Nebenbeziehungen.

### Allgemeine Überlegungen zur Situation des Patienten

Die stationäre Therapie bedeutet für den Patienten eine einschneidende Veränderung seines Lebensrahmens, mit Veränderung der bisherigen Beziehungsmöglichkeiten und der Versorgungsmodalitäten. Schon im Vorfeld der stationären Aufnahme entwickelt der Patient regelhaft illusionäre Erwartungen an die Klinik. Er wünscht sich die Kur meist als soziale Wiedergutmachung in seiner beruflichen oder privaten Konfliktbelastung.

Die stationäre Therapie bietet dem erlebnis- und beziehungsgestörten Patienten als Besonderheit eine Verführungssituation durch eine Ganztagsversorgung, durch ein Geborgenheitsangebot mit großer individueller Akzeptanz und ein regressives Beziehungsfeld unter Gleichgesinnten. Die bisherige Alltagsbelastung und Kränkung in Beruf und Familie entfällt. Der Patient verweist in die Kur für 6–12 Wochen allein ohne Partner und trifft auf Leidensgenossen, ebenfalls ohne Partner und mit viel Zeit für persönliche Gespräche und private Unternehmungen. Zusammen mit dem Anonymitätsschutz, wie auch mit dem Wissen um die zeitlich-räumliche Begrenztheit, einer Endlichkeit ähnlich der Urlaubssituation, fördert diese stationäre Therapie das Lustprinzip und die Beziehungsneugier. Über Jahre verborgene und unerfüllt gebliebene illusionäre Wünsche tauchen auf und werden neu belebt.

Der Patient kommt im Leiden, er trifft auf eine Kuratmosphäre mit wunsch-erfüllendem Charakter und soll in der therapeutischen Beziehungs- und Übertragungsarbeit seine leidvolle Erfahrung mühevoll neu beleben und klären. Diese Situation ähnelt der Phantasievorstellung, ausgehungert in eine Konditorei geführt zu werden, vor Kuchen und Pralinen auf Diät gesetzt, um über die Herstellung von Sahnetorten zu diskutieren.

In einer Es-Übertragung auf die Institution ist das stationär-therapeutische Setting für den Patienten eine Verführung zum lustvollen passiven Interagieren (Focke 1990). Entsprechend der freien Assoziation in der ambulanten Psychoanalyse hat der Patient stationär die Möglichkeit der „freien Reinszenierung“ unter dem Erleben: „die Therapeuten wollen, daß ich meine Wünsche ausprobieren“. Das regressiv-verwöhnende Klima erniedrigt die Schwelle für bisher tabuisiertes und ungelebtes in der Beziehung, die Institution ermöglicht dadurch dem Patienten auch eine Über-Ich-Entlastung.

Aus der Spannung zwischen Leid und Lust, zwischen Realitätsversagung und Klinikverwöhnung, werden im klinischen Setting dieser Atmosphäre starke Triebkräfte mobilisiert und freigesetzt. Aufgrund der meist geringen Therapie-motivation und größeren Gestörtheit dieser Patienten, werden diese starken psychischen Kräfte zu Beginn der Psychotherapie weniger in der therapeutischen Übertragung wirksam, sondern mehr in dem Beziehungsfeld des klinischen Realraumes, vor allem in den heimlichen und verheimlichten lustvollen Kurschattenbeziehungen.

### Zur Definition der Kurschattenproblematik

Neben dem regressiv-verwöhnenden Kurcharakter ist diese stationäre Beziehungsform durch ihr „Schattendasein“ charakterisiert. Das Wort „Schatten“ beschreibt ein eigentümliches Phänomen: Der Schatten ist eine Projektion des eigenen Abbildes und damit keine echte Beziehung. Entsprechend lebt die Kurschattenbeziehung oft von der Projektion eigener unerfüllt gebliebener Sehnsüchte, deren Erfüllung vom anderen als Konfliktlösungswunsch erwartet wird. Wenn das Licht ausgeht, ist der Schatten verschwunden und beim Kofferpacken in der Realitäts- und Alltagskonfrontation sind gerade diese Pairings-Versuche beendet. Die Volksweisheit drückt dies aus in dem Spruch: „Der Zauber zerfällt, wo er sich häuslich niederläßt“.

Der prozentuale Anteil der Kurschattenbeziehungen unter den Patienten läßt sich nur vermuten. Die Therapeuten schätzen ihn auf bis zu 20% der Patienten.

in einer Diskussion mit anderen Kliniken wird ein Anteil von bis zu 50% vermutet. Schon Freud beschreibt unter der „Verliebtheit“ die unrealistische Übertragung auf den anderen und die Ausschließlichkeit der Beziehung.

„Die Verliebtheit beruht auf dem gleichzeitigen Vorhandensein von direkten und zielgehemmten Sexualstrebungen, wobei das Objekt ein Teil der narzißtischen Ich-Libido auf sich zieht. Sie hat nur Raum für das Ich und das Objekt“ (Freud 1920, S. 160) und „nur im Zustand einer vollen Verliebtheit wird der Hauptbetrag der Libido auf das Objekt übertragen, setzt sich das Objekt gewissermaßen an die Stelle des Ichs“ (Freud 1938, S. 73).

Das geliebte und begehrte Übertragungsobjekt setzt sich an die Stelle des Ichs. Damit hat schon Freud auch einen Konflikt der Kurschattenproblematik angedeutet. Der Therapeut konkurriert mit dem geliebten Objekt der Nebenbeziehung. Als Vertreter der Institution repräsentiert er dann mehr das väterliche Über-Ich, das als verbotend und einschränkend phantasiert wird. Die Verliebtheit taucht in die Heimlichkeit des Schattendaseins unter. Das geliebte Objekt tritt im therapeutischen Geschehen an die Stelle des Therapeuten und die Kurschattenbeziehung wird zum Übertragungswiderstand der Therapie.

Der intrapsychische Konflikt wird damit weniger über die projektive Identifikation im therapeutischen Geschehen reinszeniert, sondern als interaktionelle idealisierende Wunscherfüllung in einer Nebenbeziehung ausagiert. Durch die „verschriebene stationäre Zwangsehe auf Zeit“, auf eigentlich zu kurze Zeit, zwischen Therapeut und Patienten entsteht im stationären Verführungs- und Verwöhnungsangebot eine nur labile Übertragungssituation, die eine therapeutische Arbeit kaum „in der Übertragung“, sondern weitgehend nur „an der Übertragung“ ermöglicht (Körner 1989).

### Klinische Erscheinungsformen der Kurschattenproblematik

Verführbar von der wunscherfüllenden lustbetonten idealisierenden Kurschattenbeziehung sind vor allem Patienten mit geringem Leidensdruck, wobei diese Beziehungsform durch ihren befriedigenden Charakter den Leidensdruck weiterhin verringert. Freud soll dazu geäußert haben: Wenn der Leidensdruck fehlt, das Honorar zu erhöhen, was in der Bedingungslosigkeit einer stationären Versorgung jedoch nicht möglich ist. In der Kurschattenproblematik finden sich vorwiegend Patienten, die von der Psychotherapie keine Konfliktfähigkeit wünschen, sondern Konfliktlösung und diese in der Kurschattenbeziehung auch illusionär inszenieren. Diese Patienten müssen für eine stationäre Psychotherapie bzw. für Psychotherapie generell erst gewonnen werden.

Phänomenologisch sind *verschiedene Grundverhaltensmuster* in Kurschattenbeziehungen zu beobachten, die eine unterschiedliche therapeutisch-prognostische Einschätzung ermöglichen. Das Erscheinungsbild dieser Beziehungsformen ist so individuell und verschiedenartig in der Inszenierung, wie die jeweilige lebensgeschichtliche Erfahrung des Patienten, dessen Wiederholungsarrangement sie darstellt.

In Anlehnung an die Neurosenstrukturen variieren die Erscheinungsformen von dem Depressiven mit symbiotischer erwartungsvoller oder bemutternder Eltern-Kind-Umklammerung, dem Zwanghaften als perfekten Freizeitplaner oder Patientensprecher in hochgeistigen Rededuellen, dem Hysteriker in seiner verführerischen Dreiecksbeziehungsambivalenz, oder dem Narzißten in imponierender Cäsarenpose.

Je nach dem Ausmaß des Therapiewiderstandes ist die generelle therapieablehnende Haltung des eigentlichen „Kurpatienten“ zu unterscheiden von dem ambivalenten Therapiepatienten, der Therapie braucht und möchte, die Beziehung aber in Form einer Nebenbeziehung zu sehr zum Mitpatienten verlagert und therapeutisch anfangs nur schlecht erreichbar ist. Daraus ergeben sich zwei Kernkonflikte der Kurschattenthematik: Die Antinomie zwischen Lust und Leiden und die Übertragungsverschiebung auf eine mehr wunscherfüllende erotisch-sexuelle Realbeziehung. Die Kurschattenbeziehung wird dadurch zum therapeutischen Widerstand.

### Kurschattenbeziehung als Therapieabwehr

Im klinischen Erscheinungsbild der Kurschattenbeziehung ist die Ablehnung der Therapie mit Suche nach sexuellem Abenteuer prinzipiell zu unterscheiden von den meist nur erotisch gefärbten und letztlich problematischen Beziehungsformen der ambivalenten Patienten.

Die Patienten mit *Wunsch nach sexuellem Abenteuer* mißbrauchen Psychotherapie als organisierte und bezahlte Möglichkeit zur Befriedigung. Von ihnen schreibt schon Freud (1920–1924, S. 122), daß

„die Verliebtheit nichts anderes (ist) als Objektbesetzung von seiten der Sexualtriebe zum Zwecke der direkten Sexualbefriedigung, die auch mit dem Erreichen des Zieles erlischt.“

Das Realitätsprinzip bleibt bei diesen Patienten gleichsam zu Hause, das therapeutische Prinzip wird als Scheinrealität absolviert und das Lustprinzip soll in der jetzt möglichen Verheimlichung gelebt werden. Im klinischen Alltag handelt es sich in der Regel nur um vereinzelte Patienten, die auch bei den Mitpatienten auf Ablehnung stoßen und dem Team dadurch auffallen. Es sind vor allem diese Patienten, die in der Öffentlichkeit eine aus der Neidproblematik gezeugte Skepsis und Ablehnung bis üble Nachrede gegen stationäre Psychotherapie verursachen. Es fehlt bei ihnen weitgehend Leidensdruck und Therapiemotivation. In Psychotherapie wird nur der Anspruch auf soziale Wiedergutmachung eingelöst ohne Veränderungswillen und Verantwortlichkeit für eigenes Handeln.

So wird ein diensthabender Arzt wegen nächtlicher Geräuschbelästigung von Mitpatienten gerufen. Er findet im Zimmer bei der Patientin einen unbedeckten fremden Mann in ihrem Bett. Auf seine Frage, wer das sei, fragt die Patientin wiederum den Mann: „Wie heißt du eigentlich, Schätzchen?“

Nach erfolglosem Versuch der therapeutischen Klärung war die Konsequenz eine vorzeitige Abreise dieser Patientin.

Es wurden Einzelfälle bekannt, wo jeweils verheiratete Patienten sich mit ihrem Pairing-Partner aus einer vorstationären Nebenbeziehung parallel über verschiedene Versicherungsträger zur gemeinsamen „Kur“ anmeldeten. Zum Schein machten sie eine geschlossene längerfristige Gruppentherapie als Verlängerungsgarantie mit, im therapeutischen Prozeß fielen sie jedoch durch ihre gespielte Problemlösung auf.

Das Personal identifizierte unter den besonders anspruchsvollen „Meckerer“-Patienten, vor allem solche Patienten, die nach vorzeitiger Entlassung eines Pairing-Partners allein und unzufrieden zurückbleiben. Diese Patienten feiern den Triumph der Heimlichkeit und der Allmacht gegenüber den Therapeuten und wirken ungebremst irritierend oder behindernd für die Motivation der therapieambivalenten Patienten.

### Kurschattenbeziehung als Therapiechance

Diese zweite Gruppe der therapieambivalenten Kurpatienten ist die eigentliche und wohl *größte Gruppe* der Kurschattenpatienten. Dieser Patient hat einen

vorwiegenden Symptomleidensdruck. In seiner starken Erwartungshaltung und Übertragung auf die Institution gerät er durch die stationäre Regressionsverführung in eine *Beziehungsambivalenz* zwischen konfliktaufdeckender therapeutischer Beziehung und wunscherfüllender Kurschattenbeziehung. Zu ihrer Kurschattenbeziehung paßt das Zitat von Freud (1909–1913, S. 372):

„Sie äußert sich aber ganz deutlich als Widerstand ... dadurch, daß sie ihn [den Patienten] vom Leben [im Sinne der Außenrealität, P. B.] fernhält.“

Mentzel (1981) beschreibt diese Kurschattenbeziehung als eine Entwicklung aus einem Erstkontakt mit „einem Zwang zur Zweisamkeit“ sowie einer „Art Vertragschluß zwischen den Partnern“. – In diesem Pakt wird festgelegt, daß man sich nur für die kurze Zeit der Kur aneinander bindet und daß man in keinem Fall das Verhältnis fortsetzen will. Relativ häufig werden gleich zu Anfang sexuelle Beziehungen von beiden Partnern abgelehnt. Nach dem Motto „so etwas wollen wir nicht, wir wollen unsere Freundschaft bewahren“. Er beschreibt

„Verpflichtung, in Zukunft ständig beeinander zu sein und alle Ereignisse miteinander zu teilen. – In dieser Geste des Hand-in-Hand-gehens ist die Infantilität der Verbindung unterstrichen“ (S. 159).

Bezeichnend sei auch eine entsprechende Festlichkeit, um den Trennungsschmerz zu überspielen. Mentzel spricht von einer „Kurschattenverlustdepression“. In den wenigen Fällen, wo es zu Scheidung und Heirat des Kurschattenpartners kam, stellt Mentzel in seiner Untersuchung fest,

„... daß alle diese Ehen daran scheiterten, daß das Verhältnis auf der infantilen Stufe stehen blieb und sich eine reife Partnerschaft aus dieser Beziehung nicht entwickeln ließ“ (S. 161).

Diesen Patienten, die in der stationären Beziehungsvielfalt und Verführung verloren gehen können, dient vor allem unser therapeutisches Bemühen. Ihre Kurschattenproblematik ist oft eine Wiederholung der Beziehungserfahrung in ihrem bisherigen Leben. In der Therapie sind diese Kurschattenbeziehungen letztlich gut verstehbar und werden damit zur therapeutischen Chance. Es sind meist Patienten mit geringer Introspektion und dem Wunsch nach bedingungsloser Bejahung und regressiver Verschmelzung, ohne Realitätsabstimmung und Integrationsarbeit. Das dyadische Beziehungssystem ermöglicht ihnen die Überwindung von Einsamkeit und den Schutz vor Kränkung. Es ermöglicht ihnen aber auch einen erneuten Versuch der „Wiederannäherung“ nach Mahler et al. (1975) i. S. eines Neubeginns. Im gleichen Sinne vermutet auch Winnicott (1954), daß therapeutische Veränderungen nur durch neue Triebveränderungen herbeigeführt werden können. Nach Piaget (1969) ist eine Beziehungsreinszenierung als Wiederholungssituation des unbewußten Konfliktes an sich schon ein Assimilationsvorgang. Die Inszenierung geschieht – ähnlich dem Psychodrama – mit anderen Bezugspersonen, die durch ihr Anderssein einen neuen therapeutischen Wirkfaktor erzeugen. Wichtige Voraussetzung für die Wirksamkeit dieses in Szene-Setzens ist die emotionale Beteiligung. Die Intensität der – wenn auch aufgeteilten – Gefühle ermöglicht durch die aktive Therapieeinbeziehung eine tiefe „emotional-korrigierende Erfahrung“ (Alexander 1951), die gerade in der stationären Therapie für sonst therapeutisch unerreichbare Patienten möglich ist.

Bezeichnend für diese Patienten ist eine durch Fehlleistung verhinderte Verheimlichung ihrer Kurschatteninszenierung. Durch provokatives appellatives Verhalten wird der Therapeut aufmerksam gemacht. Die Patienten kommen

abends zu spät und klingeln die Nachtschwester heraus, sie machen auf sich aufmerksam durch geräuschvolles Einstiegmanöver und laute Musikkulisse im Zimmer oder begegnen dem Therapeuten händchenhaltend auf dem Flur.

Eine 40jährige ledige Lehrerin lebt seit 8 Jahren in einer vorwiegend hysterisch-narzißtisch geprägten ambivalenten Beziehung zu einem 9 Jahre jüngeren gutaussehenden Kurdirektor. Sie ist einzige Tochter eines Oberlehrers und hat noch 5 Brüder. Durch den Heiratswunsch ihres Partners kommt sie in der ersten Beziehungskrise zur stationären Therapie vor 3 Jahren. In dieser Therapie wird ihr Problem auch sichtbar in einer platonischen aber klammernden Beziehung zu einem 25 Jahre älteren Versicherungsvertreter, von den Mitpatienten „Hemingway“ genannt. In den nächsten 3 Jahren schafft die Patientin die Trennung und kommt wegen einer suizidalen Krise zur erneuten stationären Therapie. Auch jetzt verliebt sie sich in einen 5 Jahre älteren, ebenfalls suizidalen Richter in einer Scheidungskrise. Beide erleben zunächst eine illusionäre Beglückung, bald jedoch ähnliche Probleme, die bei dem Richter zur erneuten suizidalen Krise führen. Durch das appellative Verhalten kann die Beziehung in der jeweiligen Therapie geklärt werden und führt zur bisher abgewehrten Trennungs- und Trauerarbeit.

#### *Kurschattenbeziehung als reale Beziehungschance*

Für eine weitere Patientengruppe stellt die Kurschattenproblematik eine *erste Beziehungschance* dar mit der Möglichkeit des Ausprobierens. Es sind vorwiegend schwergestörte, isoliert lebende Menschen, die in dem geschützten therapeutischen Raum der Klinik ihre ersten Kontaktversuche wagen und eine oft dramatisch erlebte Ausweitung ihrer Ich-Funktionen erfahren.

Ein 30jähriger Beamter lebte völlig isoliert und fuhr auch während seines stationären Aufenthaltes täglich mindestens 40km mit dem Rennrad, bei Regen unter der Klinikterrasse auf dem Ergometer. Seine drohende Frühpensionierung als Inszenierung und pathologischer Regressionswunsch des Patienten war erst durch eine Beziehungsenttäuschung mit einer 5 Jahre älteren Mitpatientin ansprechbar.

Vorwiegend ältere Patienten, vor allem ältere Frauen, erleben nach dem Verlust ihres Partners in einer Pairingsbegegnung nicht selten eine für sie ungeahnte Lebenswende. Aus ihrer sozialen Isolation kommen sie im stationären Setting in eine für sie bisher nicht mehr für möglich gehaltene Akzeptanz, sie fühlen sich angenommen und verstanden und erleben aus dieser entgegengebrachten Lebensbejahung neue Hoffnung, ihren Alltag wieder aktiv zu gestalten.

Zu erwähnen ist noch eine Gruppe von Patientinnen, die in eine *Mutter-Tochter-ähnliche Symbiose* regredieren und therapeutisch zunächst kaum erreichbar sind. Diese Beziehungsform von Frau zu Frau ist in der sozialen Norm weniger tabuisiert und braucht daher kaum verheimlicht zu werden. Sie wird jedoch durch ihren wunscherfüllenden Charakter ebenfalls zu einem starken Therapiewiderstand.

#### **Prognostische Kriterien**

Aus der Einschätzung der therapeutischen Erreichbarkeit lassen sich prognostische Aussagen ableiten. Entscheidend scheint dabei die Frage zu sein, ob es sich um eine Therapieabwehr handelt wie bei der ersten Gruppe der Patienten mit dem Wunsch nach sexuellem Abenteuer, oder um einen Übertragungswiderstand im Rahmen der therapeutischen Beziehung. Die erste relativ kleine Gruppe verleugnet und verheimlicht ihre Kurschattenproblematik, verleugnet eigene Konflikte generell. Die Therapiestörung liegt schon auf der therapeutischen

Paktebene, die Therapie wird eigentlich nicht gewollt. Die Kurschattenproblematik ist nicht analysierbar, Abstinenzvereinbarungen werden regelhaft übertreten. Leiden entsteht nur bei vorzeitiger Entlassung des Patienten oder des Pairing-Partners. Bei diesen Patienten stellt sich für den Therapeuten die Frage der Paktstrukturierung und Aufenthaltsbeschränkung.

Die zweite, wesentlich größere Gruppe der Patienten inszeniert die Kurschattenproblematik als therapeutische Nebenbeziehung, meist mit erotischer Beziehung ohne Sexualität. Sie arrangieren ein Entdecktwerden, die Beziehungs- und Übertragungsproblematik ist analysierbar. Eine moralisierende Strukturierung könnte hier den therapeutischen Prozeß stören und eine therapeutische Chance behindern.

### Probleme der Therapeuten

Die Kurschattenproblematik der Patienten kann auch ausgelöst werden durch Probleme der Therapeuten, und die Kurschattenproblematik kann dem Therapeuten Gegenübertragungsprobleme bereiten.

Das stationäre Setting ist für den Therapeuten in der Regel komplizierter als die klassische ambulante Analyse. Die Einmaligkeit der Übertragungsbeziehung ist gestört durch Übertragungssplitting im Teamverband und durch hierarchische institutionelle Abhängigkeiten und Sachzwänge. Auch fehlt durch den täglichen Umgang mit dem Patienten weitgehend die schützende therapeutische Abstinenz. Die kurze Therapiedauer von 6–12 Wochen mit ständigem Patientenwechsel kann zur Therapieermüdung führen. Diese als „burnt-out-Syndrom“ beschriebene Resignation des Therapeuten zeigt sich in einer geringen Therapieintensität. Die Therapie bekommt stärker stützenden und gewährenden Charakter. Dadurch kann der Therapeut ein sich Abwenden des Patienten in die Faszination einer Kurschattenbeziehung induzieren oder verstärken.

Der Therapeut, der sich uneingeschränkt als Übertragungsperson anbietet, muß einseitige Projektionen aushalten und seine Impuls- und Triebanteile steuern. Zusätzlich erlebt er in der stationären Beziehung den Patienten stärker als Privatperson in Alltagsnähe. Die Folge ist u. a. eine Neidproblematik oder eine stärkere Verführungssituation. Die Abwehr dieser Impulse kann beim Therapeuten zu einer verstärkten Identifikation mit dem institutionellen moralisierenden und verbietenden Über-Ich führen. Die moralisierende Wirkung auf eine Kurschattenproblematik ist jedoch eher paradox zu erwarten.

So wurden in einer psychoanalytischen Klinik selbst Aufenthaltsräume streng nach Männern und Frauen getrennt gehalten. Nutznießer dieses Verbotes waren die umliegenden Gartenlokale und Pensionen durch eine stärkere Beziehungsverheimlichung und Verschiebung.

Im Einzelfall ist auch zu hinterfragen, inwieweit der Patient aus seiner Übertragungsbeziehung heraus in seiner Kurschattenbeziehung die ungelebten Wünsche des Therapeuten auslebt.

Die psychotherapeutische Klinik bedeutet für den jeweiligen Träger ein unternehmerisches Risiko, weil übliche marktwirtschaftliche Gesichtspunkte nicht uneingeschränkt anwendbar sind und paradoxe Wirkungen zeigen können. Eine zu starke Außeneinmischung zur Beherrschung einer in der Öffentlichkeit diskriminierten Kurschattenproblematik, setzt die Therapeuten unter eine Über-Ich-Belastung. Dies verführt Therapeuten entweder zur erwarteten Überidenti-

fizierung mit moralisierender Abwehr, oder aber zu einer heimlichen Solidarisierung mit der Triebseite ihres Patienten.

Auch sozio-kulturelle Veränderungen spielen in der Bewertung einer Kurschattenproblematik eine Rolle. Vor Jahrzehnten standen mehr moralisierend-narzisstische Absolutheitsverbote im Vordergrund. Heute leidet der Patient eher an der von ihm erlebten geringeren Beziehungsattraktivität, wenn seine Eroberungsarbeit an einem idealisierten Pairings-Partner fehlschlägt.

### Die therapeutischen Konsequenzen

Die therapeutischen Konsequenzen ergeben sich zwangsläufig aus dem bisher diskutierten. Das stationäre Setting mobilisiert starke, auch erotisch-sexuelle Triebkräfte, die spontan eher zu einer sofortigen Konfliktlösung durch eine heimliche Kurschattenbeziehung verführen. Wird eine Kurschattenbeziehung offenbar, ist sie als Übertragungswiderstand anzusehen und die therapeutische Klärung, wenn notwendig, aktiv anzustoßen. Der therapeutische Prozeß wird jedoch nicht nur durch ein zu nachlässiges Gewährenlassen behindert, sondern auch durch eine zu starke Strukturierung des Patienten, die zu paradoxen Reaktionen bei dem Patienten führt oder seine Therapiemotivation erstickt. Das Mobilisieren der starken psychischen Kräfte in einer Kurschattenbeziehung ist eine große klinische Chance, wenn diese Kräfte in die therapeutische Beziehung mit hineingenommen und in die Übertragungsarbeit zurückgeführt werden können.

Damit ergibt sich als konkrete therapeutische Möglichkeit:

- Den Patienten und die Therapie zunächst schützen vor störendem, normativ verurteilenden Außendruck durch Institutionen oder aufgebrachte Angehörige.
- Die Kurschattenbeziehungsproblematik in die Therapie einbringen, wenn nötig aktiv, um das Agieren aus dem individuellen Wiederholungsarrangement und aus seiner Bedeutung in der Therapie zu verstehen und zu klären. Der Patient wird dadurch konfliktbewußter und entscheidungsfähiger und kann für sich Konsequenzen ziehen.
- Bei einer negativen therapeutischen Reaktion wird der Therapeut zum Handeln veranlaßt in Form von Strukturierung oder Aufenthaltsbeschränkung.

### The secret relationship – the “health spa companion”

*Summary.* Health spa relationships can occur between patients undergoing inpatient psychotherapy and represent an important interactional and therapeutic factor. The problems of such relationships vary considerably. A small group of patients predominantly wish to have a sexual adventure. However, the majority of patients act out their intrapsychic conflict in the relationship offered by the other patient. Structuring and limiting such relationships are discussed for the first group of patients; for the second group the health spa relationship represents an opportunity for therapy if the relationship can somehow be drawn into the therapeutic scene. The role of the therapist is also discussed regarding the problem of health spa relationships from the viewpoint of more being demanded by the problem than can be delivered by the therapist – or one-sided identification from the aspect of the moralizing institutional superego.

**Literatur**

- Alexander F (1951) Psychosomatische Medizin. De Gruyter, Berlin New York  
Focke I (1990) Stationäre Psychotherapie im Vergleich. Vortrag an der Akademie für Tiefenpsychologie, Stuttgart  
Freud S (1909–1913) Zur Dynamik der Übertragung. GW Bd 8, S 372  
Freud S (1920–1924) Verliebtheit und Hypnose. GW Bd 13, S 122  
Freud S (1920–1924) Massenpsychologie und Ich-Analyse. GW Bd 13, S 160  
Freud S (1938) Abriß einer Psychoanalyse. GW Bd 17, S 73  
Körner J (1989) Arbeit *an* der Übertragung? Arbeit *in* der Übertragung! Forum Psychoanal 3:209–221  
Mahler M, Pine F, Bergman A (1975) Die psychische Geburt des Menschen, Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt aM  
Mentzel G (1981) Die psychosomatische Kurklinik. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 157  
Piaget J, Inhelder B (1969) Psychology of the Child. Basic Books, New York  
Winnicott DW (1954) Die depressive Position in der normalen emotionalen Entwicklung. In: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt aM (1983)

Dr. med. Paul Bernhard  
Psychosomatische Klinik Schömberg  
Dr. Schröder-Weg 12  
W-7542 Schömberg  
Bundesrepublik Deutschland