

Narzisstischer Machtmissbrauch

Grenzgänge und Grenzverletzungen in der therapeutischen Beziehung

Christoph J. Schmidt-Lellek, Frankfurt am Main

Vortrag auf der Drei-Länder-Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie,
7.9.2002 in Zug

Gestern war von dem “nachdenklichen” und “schillernden” Hermes die Rede, der für den grenzüberschreitenden Verkehr zwischen Göttern und Menschen zuständig ist; und seit der Zeit der babylonischen Sprachverwirrung ist die Hermeneutik, die “Übersetzungskunst” oder Verstehenslehre, die ihren Namen dem Gott Hermes verdankt, für den grenzüberschreitenden Verkehr zwischen den Menschen zuständig. Ich möchte mich heute auf die andere Bedeutung des Wortes “Grenzüberschreitungen” besinnen, nämlich wenn diese zu *Grenzverletzungen* werden, wenn also der Schutz, den eine Grenze darstellen soll, vernachlässigt oder missachtet wird und wenn dabei das Verstehen des Anderen versagt. Mein Thema ist die heikle Grenze in der therapeutischen Beziehung: Diese ist einerseits geprägt durch klare Rollendefinitionen, andererseits durch eine ungewöhnliche Intimität zwischen Menschen, welche in professionellen Settings sonst kaum möglich ist. Deshalb unterliegt die therapeutische Beziehung auch speziellen Gefährdungen, auf die ich in diesem Vortrag mit Hilfe der Narzissmustheorie mein Augenmerk lenken will.

1. Einleitung – die Fragestellung

“Man wird nicht Psychotherapeut ohne ein narzisstisches Grundproblem.” Dieser provokante Satz, vor vielen Jahren gehört, hat mich irritiert und nicht losgelassen. Er unterstellt, wenn auch wohl als eine unzulässige Verallgemeinerung, dass die Berufswahl Psychotherapie etwas mit narzisstischer Problematik zu tun habe. Wenn man jedoch bedenkt, dass einerseits in vielen Therapien Selbstwertprobleme eine zentrale Rolle spielen und dass andererseits die Berufswahl Psychotherapie häufig durch die Auseinandersetzung mit eigenen Problemen motiviert sein mag, so scheint dieser Satz nicht abwegig. Darüber hinaus kann der Therapeutenberuf für manche Menschen auch des-

halb attraktiv sein, weil er narzisstische Bedürfnisse in besonderem Maße zu befriedigen scheint: So mag jemand meinen, auf dem Therapeuten-Stuhl befinde man sich in einer Rolle, in der einem eine hohe Autorität zugeschrieben werde; Patienten und Patientinnen würden einem mit Bewunderung begegnen, mit unkritischer Anerkennung, keinen bohrenden Fragen nach seinen “wahren” Motiven; man habe es mit Menschen zu tun, auf die man sich nicht in gleichberechtigte Beziehungen einlassen müsse. In der therapeutischen Rolle scheint jemand relativ unangreifbar zu sein; und es gibt ja auch therapeutische Strategien, mit denen man sich unangreifbar machen kann (indem man z.B. jegliche Kritik seines Gegenübers als “Widerstand” deutet).

Bei der Reflexion der Rolle des Psychotherapeuten und der Therapie-Situation ist mir dann in zunehmendem Maße deutlich geworden, dass die narzisstische Thematik nicht lediglich ein Hintergrundmotiv (etwa der Berufswahl) ist, sondern dass sie das therapeutische Geschehen in einem beträchtlichen Ausmaße beeinflusst. Sie ist ständig anwesend, und man kann sagen, dass die therapeutische Situation hochgradig narzisstisch aufgeladen ist; es ist nur die Frage, wie die Beteiligten – insbesondere der Therapeut¹ – damit umgehen. Man sollte zwar von der idealtypischen Situation ausgehen, dass ein “kranker” Mensch auf einen “gesunden” Therapeuten trifft, oder anders ausgedrückt, dass ein Rat suchender Patient mit seinen Problemen zu einem Therapeuten kommt, der diese Probleme verstehen und mit ihnen konstruktiv umgehen kann. In der Fachliteratur über narzisstische Störungen ist in der Regel nur von dieser Konstellation die Rede. Aber es ist sicher realistisch, anzunehmen, dass jeder Psychotherapeut auch nach gründlicher Ausbildung und Lehranalyse Reste von ungelösten Konflikten oder von neurotischen Anteilen mit sich trägt. Außerdem kann er auch einer “*déformation professionnelle*” ausgesetzt sein. Dies alles kann seine Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit beeinträchtigen und somit Bestandteil des interaktionalen Geschehens zwischen Therapeut und Patient werden.

So stellt sich die Frage, ob und wie Psychotherapie heilend sein kann, wenn die Gefahr besteht, dass die mitgebrachte narzisstische Not in einer anderen Variante nurmehr verlängert wird, dass also z.B. das grundlegende Bedürfnis eines Patienten, in seiner “wahren” Persönlichkeit erkannt und anerkannt zu werden, wieder einmal enttäuscht oder missbraucht wird. Dies geschieht z.B., wenn ein Therapeut seine Patienten braucht, um das eigene unsichere Selbstwertgefühl zu stabilisieren, sie also in ihrem eigentlichen

¹ Wegen der Lesbarkeit des Textes, um also nicht der/die Psychotherapeut/in, Klient/in usw. zu schreiben, benutze ich hier in der Regel die männliche Sprachform; wenn speziell ein Mann oder eine Frau gemeint ist, wird dies aus dem Kontext deutlich.

Sein gar nicht wahrnimmt. In diesem Sinne soll es hier um “narzisstischen Machtmissbrauch” gehen.

Gewiss ist dieser in der Regel weniger offensichtlich als etwa ein sexueller Machtmissbrauch, wenn er auch zuweilen als eine Vorstufe dazu gesehen werden kann. Ein narzisstischer Missbrauch wird aber vielleicht auch deshalb nicht so leicht wahrgenommen, weil narzisstische Beziehungsdynamiken auch Teil unserer Kultur sind – und nicht zuletzt Teil der Institutskultur unserer psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute und Verbände. Sie sind vermutlich in vielen privaten und professionellen Beziehungen mehr oder weniger ausgeprägt auffindbar und sind nicht immer als Störung zu begreifen. Mein Interesse ist es, Aspekte von narzisstischen Beziehungsstrukturen und deren Doppeldeutigkeit zu begreifen und zu beschreiben, die die therapeutische Beziehung beeinflussen oder beeinträchtigen können. Denn je bewusster sie einem sind, desto geringer ist die Gefahr von malignen narzisstischen Verstrickungen. Ich begreife also narzisstische Strukturen nicht vor allem als Ausdruck von “frühen Störungen”, sondern als allgemeinen Beziehungsmodus, in dem sich nicht nur Störungen, sondern auch produktive, kreative Aspekte zeigen können. Allerdings können sich Störungen bei bestimmten Konstellationen in der therapeutischen Beziehung zerstörerisch auswirken, wenn sie nicht hinreichend erkannt werden. Mit anderen Worten, mir geht es darum, die Ambivalenz von narzisstischen Beziehungsstrukturen wahrzunehmen sowie den interaktiven Charakter der narzisstischen Problematik herauszustellen.

2. Die psychotherapeutische Situation, betrachtet mit der Brille der Narzissmus- theorie

Ich werfe nun mit der Brille der Narzissmustheorie einen Blick auf die psychotherapeutische Situation. Viele Patienten kommen mit Selbstwertproblemen in die Psychotherapie: ein mangelndes Selbstwertgefühl, eine Unsicherheit, was jemand für sich und für andere bedeutet, was seinen Wert in dieser Welt, in dieser Gesellschaft ausmacht, auf welchen Wert sich seine Identität gründen kann. Die therapeutische Situation ist dann zum einen dadurch geprägt, dass ein Hilfe suchender Mensch im Therapeuten eine besondere Kompetenz voraussetzt und von ihm erwartet, dass er ihm helfen könne. Zum anderen begegnet er ihm, sofern ein stabiles therapeutisches Bündnis entsteht, oft mit einer *Idealisierung*, etwa in der Form, dass der Therapeut den Wert vertrete oder verkörpere, der ihm selbst fehle. Retter- und Erlöserphantasien lassen die Person des Thera-

peuten in einem Licht erscheinen, er sei etwas Besonderes, eine aus dem Alltäglichen herausgehobene Persönlichkeit, die priesterähnlich eine "höhere Wahrheit" vertrete bzw. verkörpere.

Um diese Assoziation ein wenig zu erläutern: Ein Priester erteilt als Vertreter einer höheren Autorität die Absolution und eröffnet damit den Weg zum "Heilsein". Dies kann er nur deshalb, weil er *nicht* zur Alltagswelt dazugehört: Was der Priester tut, anordnet oder verkündet, ist etwas, das meiner Verfügungsgewalt prinzipiell entzogen ist; er gehört nicht zu meiner Welt, vertritt nicht meine Wertigkeit, nicht mein Wissen, sondern das fremde, höhere Andere, das mir "Erlösung" bringen soll. Dieses Andere (bzw. dieser Andere) soll sich meiner *bemächtigen*, soll mich erwählen und mir damit Anteil geben an seinem Sein – so wie der Andere (also der Priester bzw. der Therapeut) ja auch erwählt zu sein scheint.

Dieses Bedürfnis lässt sich begreifen als ein Rest oder ein Widerschein der kindlichen Sehnsucht, von seinen Eltern "erwählt" zu sein, in das größere "Andere" ihres (erwachsenen) Seins eingeweiht zu werden und an ihrer Wertigkeit, Besonderheit und Großartigkeit teilhaben zu können. In der Erwartungshaltung des Patienten gegenüber dem Therapeuten oder der Therapeutin kann diese Sehnsucht fortleben, in der Hoffnung, endlich die bisher versagte Anerkennung als eigenständige Person mit einer eigenen Wertigkeit zu erlangen. Es ist das grundlegende Bedürfnis, von den mächtigen Eltern und stellvertretend vom Therapeuten *gesehen* zu werden, sich in ihren verstehenden, liebenden Blicken gespiegelt zu erleben: "Ich bin es, der angeschaut wird, der es wert ist, angeschaut zu werden; ja, dass ich von dir angeschaut werde, macht mich mir wert" (in Anlehnung an den Satz von Meister Eckardt: "Dass Du mich liebst, macht mich mir wert."). Diese "Spiegelungsfunktion" dürfte als ein wesentlicher Aspekt der therapeutischen Beziehung zu begreifen sein.

So erscheinen einem Patienten dann vielleicht solche Therapeuten als attraktiv, die eine besondere Ausstrahlung, eine *charismatische Begabung* zu haben scheinen, die sich in der Öffentlichkeit vielleicht mit speziellen Methoden einen Namen gemacht haben oder die darüber hinaus auch eine Macht verkörpern, etwa als Repräsentant oder als Leiter eines bekannten therapeutischen Instituts, oder die sich einfach durch einen ungewöhnlichen Lebensstil, Habitus, Umgangsformen usw. von der Normalität, vor allem von der als defizitär erlebten eigenen "Normalität" unterscheiden. Der Soziologe *Max Weber* (1922) entwickelte in seinen Untersuchungen zur modernen Bürokratie die Dichotomie zwischen rationaler Funktionalität und *Charisma* und sieht in letzterem "Rest-

bedürfnisse nach Außeralltäglichkeit im Rahmen einer entzauberten Welt” (zit.n. *Steyrer* 1995, 31). Mit anderen Worten, der Wunsch nach charismatischen Persönlichkeiten mag der Sehnsucht nach einer Befreiung aus der schlechten täglichen Routine oder nach den Alltag transzendierenden Bezügen entspringen.

Ich sehe in diesem Aspekt der therapeutischen Beziehung eine tiefgründige *Ambivalenz*: Einerseits ist die genannte Sehnsucht von Menschen ein grundlegendes existenzielles Phänomen, dem die Religion in früheren Zeiten begegnen konnte. Da die religiösen Institutionen in unserer Kultur für viele Menschen aber offenbar die Kraft dazu weitgehend verloren haben, richtet sich die Sehnsucht heute großenteils auf andere (säkulare) Institutionen, wie etwa auf die Psychotherapie als “immanente Transzendenz” (als innerweltliches “Übersteigen”, in den Worten von *Ernst Bloch* 1968, 317). Andererseits lässt sich dieses Bedürfnis nach dem Außeralltäglichen leicht missbrauchen und ausbeuten. Allein manches vollmundige Versprechen einer leichten oder endgültigen Lösung oder “Erlösung” (z.B. Formulierungen wie “ein Leben in Einklang und Harmonie”, “grenzenlose Energie”, “Paradise Now” u.ä., wie man sie in den Werbetexten mancher Institute findet) ist m.E. ein missbräuchlicher Umgang mit menschlichen Sehnsüchten. Denn es gibt keine “Erlösung” aus dem Alltäglichen und keine endgültige Lösung von Ängsten, Konflikten und Widersprüchen. Ziel von Therapie muss vielmehr sein, diese als Bestandteil des Lebens anzunehmen und mit ihnen kreativ umgehen zu lernen; und das heißt allerdings auch, sich für Neues, Nicht-Alltägliches, Ungewohntes, Unangepasstes öffnen zu können, sich den “Mut zur Utopie” zu bewahren oder neu zu entwickeln (*Picht* 1969).

Ein Patient hat vielleicht die Hoffnung, an dem Sein einer charismatischen Persönlichkeit teilhaben zu können und dadurch das als minderwertig oder leer empfundene eigene Sein bereichern zu können. Durch eine solche “*narzisstische Partizipation*” am Anderen wird der Klient vielleicht tatsächlich seine Wahrnehmungs- und Erlebensmöglichkeiten erweitern können. Er wird vielleicht Empfindungen und Gefühle in sich neu entdecken oder nun ernstnehmen können, die er zuvor missachtet oder verurteilt hat. Auch neue Werthorizonte können sich ihm öffnen, die ihm auch neue Orientierungen in seiner Lebenspraxis ermöglichen können. So wird diese narzisstische Teilhabe für den Patienten eine *Brücke zu Veränderungen* darstellen und damit als Vorstufe zu reiferen, gleichberechtigten Beziehungsformen dienen können. Diese entwickeln sich nach *Kohut* (1981, 113) durch eine “umwandelnde Verinnerlichung”, indem das Größen-Selbst in positive “Selbstachtung, Selbstvertrauen” umgewandelt wird und die narzisstische

Idealisierung sowie das Bedürfnis nach Verschmelzung mit der grandiosen Eltern-Imago einer "reifen Form der Bewunderung Anderer" sowie der "Fähigkeit zu Begeisterung" Platz macht (Kohut 1975, 26). In anderen Worten, diese Entwicklung setzt eine Auflösung der Idealisierungsbeziehung, einen Abschied von Erlösungsphantasien und eine realistische anerkennende Wahrnehmung von sich und dem Anderen voraus.

Nun kann es geschehen, dass ein Patient mit den genannten Nöten und Bedürfnissen auf einen Therapeuten trifft, der selbst sich in seinem Selbstwert nicht hinreichend sicher ist und auf eine beständige Vergewisserung seines Selbst durch Andere angewiesen ist. Eine Idealisierung in der therapeutischen Situation wird dann für ihn sehr willkommen sein. Damit besteht aber die Gefahr, dass er die Übertragungsdynamik des Patienten missversteht und die hinter dessen Äußerungen stehende Not nicht in angemessener Weise wahrnimmt. Für eine narzisstisch gestörte Persönlichkeit (salopp auch "Narzisst" genannt) ist es schwer, das jeweilige Gegenüber in seiner Eigenheit wahrzunehmen, geschweige denn anzuerkennen.. Mit dem amerikanischen humanistischen Psychologen *Stephen Johnson* (1988) lässt sich behaupten, dass ein Narzisst generell dazu neigt, andere zu Objekten seiner eigenen Bedürfnisse zu machen:

"Der Narzisst nimmt sie (sc. die Anderen) nur mit Blick auf seine eigenen Bedürfnisse wahr. Im Zusammenhang mit dem Narzissten gewinnt der Begriff ‚Objektbeziehungen‘ seine besondere Schärfe. Wir sind Objekte für ihn, und soweit wir selbst narzisstisch sind, sind Andere Objekte für uns. Der Narzisst sieht und hört und spürt nicht wirklich ... die wahre Präsenz Anderer." (Johnson 1988, S. 63)

Im Anschluss an dieses Zitat wäre auch zu fragen, ob nicht die therapeutische Fachsprache zu Fehlwahrnehmungen und damit evtl. auch zu Missbrauchshandlungen animieren kann. Es ist jedenfalls befremdlich, wenn der Andere, der Partner einer Beziehung in der psychoanalytischen "Objektbeziehungstheorie" generell als "Objekt" bezeichnet wird. *Erich Fromm* (1981, 16) macht dazu die sarkastische Bemerkung: "Wenn man von ‚Liebesobjekten‘ spricht, so ist das nichts anderes, als wenn ein Geschäftsmann von einer Kapitalanlage spricht. Im letzteren Fall wird das Kapital investiert, in ersterem Fall die Libido."

Zur weiteren begrifflichen Verdeutlichung von narzisstisch geprägten Beziehungsstrukturen möchte ich die von *Kohut & Wolf* (1980) entwickelte Typologie narzisstischer Persönlichkeiten zitieren:

(1) "*Nach Spiegelung hungernde Persönlichkeiten* sind begierig nach Selbstobjek-

ten, deren bestätigende und bewundernde Reaktionen ihr ausgehungertes Selbst nähren. Es treibt sie, sich zur Schau zu stellen und die Aufmerksamkeit Anderer zu erregen in dem Versuch, ihrem inneren Gefühl von Wertlosigkeit und ihrem Mangel an Selbstwertgefühl entgegenzuwirken.“

(2) “*Nach Idealen hungernde Persönlichkeiten* sind ständig auf der Suche nach Anderen, die sie wegen ihres Prestiges, ihrer Macht, ihrer Schönheit, Intelligenz oder ihrer moralischen Größe bewundern können. Sie sind nur solange fähig, sich als wertvoll zu erleben, wie sie sich mit Selbstobjekten in Verbindung zu bringen vermögen, zu denen sie aufblicken können.“

(3) “*Alter-ego-hungrige Persönlichkeiten* brauchen eine Beziehung zu einem Selbstobjekt, das, indem es der Erscheinung, den Meinungen und Werten des Selbst entspricht, die Existenz, die Realität des Selbst bestätigt, ... Beziehungen, in denen jeder Partner die Gefühle des Anderen erlebt, als seien es seine eigenen. ... Es ist charakteristisch für die meisten dieser Beziehungen, dass sie kurzlebig sind. Wie der nach Spiegelung und Idealen Hungernde neigt auch der alter-ego-Hungrige dazu, einen Ersatz nach dem anderen zu suchen“.

(4) “*Nach Verschmelzung hungernde Persönlichkeiten* fallen uns durch ihr Bedürfnis auf, ihre Selbstobjekte zu kontrollieren. ... Weil das Selbst ... schwer defekt oder geschwächt ist, brauchen sie Selbstobjekte, um die fehlende Selbst-Struktur zu ersetzen. ... Weil sie den Anderen als ihr eigenes Selbst erleben, können sie seine Unabhängigkeit nicht ertragen: Sie sind sehr empfindlich gegen Trennungen von ihm und fordern – ja, erwarten fraglos – die beständige Anwesenheit des Selbstobjekts.“

(5) “*Kontaktvermeidende Persönlichkeiten* ... isolieren sich, nicht weil sie kein Interesse an anderen hätten, sondern im Gegenteil deshalb, weil ihr Bedürfnis nach ihnen so intensiv ist. Die Intensität ihres Bedürfnisses führt nicht nur dazu, dass sie sehr empfindlich gegen Zurückweisung sind ..., sondern auf tieferen und unbewussten Ebenen auch zu der Befürchtung, die Reste ihres Kern-Selbst würden von der ersehnten, allumfassenden Vereinigung verschluckt und zerstört werden.“ (S. 677 ff.)

Die ersten drei dieser Charaktertypen sind in ihren Augen “im Alltagsleben häufig anzutreffen und sollten im Allgemeinen nicht als Formen von Psychopathologie angesehen werden, sondern vielmehr als Varianten der normalen menschlichen Persönlichkeit mit ihren Vorzügen und Defekten”; nur die beiden letzten rechnen sie “dem Spektrum des pathologischen Narzissmus” zu (ebd.). Ich denke jedoch, dass auch die ersten drei

Typen als pathologische Muster in Erscheinung treten können, je nachdem wie stark sie ausgeprägt sind.

Gesetzt nun den Fall, um nur eine der möglichen Konstellationen herauszugreifen, ein Patient sucht entsprechend dem zweiten Charaktertypus insbesondere nach Partnern, die er idealisieren kann, und er trifft auf einen Therapeuten, der entsprechend dem ersten Charaktertypus insbesondere solche Partner sucht, von denen er bewundert werden kann, so kann eine Beziehungskonstellation entstehen, in der zwar oberflächlich gesehen die Bedürfnisse von beiden Beteiligten befriedigt werden, also eine Beziehungskonstellation, die man nach *Jürg Willi* (1975, 65) als “narzisstische Kollusion” bezeichnen kann; aber die eigentliche Not des Patienten, das mangelhafte Selbstwertgefühl, wird dabei nicht wirklich tangiert. Es kann dabei zu einer *Umkehrung der Spiegelungsfunktion* kommen: Der Therapeut benutzt seinen Patienten, um sich seines eigenen Wertes zu vergewissern; in dessen erwartungsvollen, bewundernden Augen kann er sich als der Gesunde, Wertvolle, Mächtige bestätigt sehen. Darüber hinaus wird man mit *Johnson* (ebd.) sagen können, dass sich hier beide Partner des therapeutischen Geschehens gegenseitig zu “Objekten” ihrer eigenen Bedürfnisse machen, ohne sich also auf eine wirkliche dialogische Begegnung einzulassen (in den Worten *Bubers*: es handelt sich um eine “Ich-Es-Beziehung” statt einer “Ich-Du-Beziehung”).

Damit wiederholt sich für den Patienten vielleicht eine alte Erfahrung von Nicht-Wahrnehmung und Nicht-Anerkennung als eigene Person, dergestalt dass er als Kind von seinen Eltern für deren Bestätigung und emotionale Stützung gebraucht worden war, dass er für sie gar nicht in erster Linie als Person, sondern als *Funktion* existierte. Als Botschaft der Eltern mag er für sich verbucht haben: “Ich bin es eigentlich nicht wert, angeschaut zu werden; ich habe nur einen Wert, wenn ich deine Wünsche erfülle, wenn ich dir zu Diensten bin.” Eine Anerkennung ist also nur die “Bezahlung” für eine erbrachte Leistung, die “Gegenleistung”, um die das Kind sich ständig mühen muss, sei es durch besonderen Fleiß, durch Unterwerfung unter den Willen des Anderen, durch die Verwirklichung von “großartigen” Zielen – insbesondere vielleicht aber dadurch, dass es den bedürftigen Eltern die Bestätigung zollt, die ihnen sonst zu fehlen scheint.

Anerkennung zwischen Menschen ist allerdings für alle Beziehungen konstitutiv: Denn kein Mensch ist diesbezüglich autark und wäre nicht auf Anerkennung angewiesen. Die Frage ist aber, in welcher Form dies in welchen Beziehungen geschieht: Eltern geben sich, sofern sie genügend kompetente Kommunikationspartner sind, die Anerkennung gegenseitig. In der Eltern-Kind-Beziehung ist die *explizite* Anerkennung zunächst

einseitig, d.h. die Kinder erhalten sie von den Eltern – und geben sie *implizit* zurück allein durch ihr Dasein und durch ihre Bedürftigkeit, die sich auf die Eltern richtet (nach dem Motto: “ihr seid kompetent, mir das ... zu geben”). Eine Umkehrung wäre ein Missbrauch, wenn z.B. eine Mutter ihrer kleinen Tochter beständig ihre Ängste und Nöte erzählt oder von dieser hören will, dass sie eine besonders gute Mutter sei.

Analog dazu soll ein Therapeut die Anerkennung und Bestätigung, die er für sich in seiner Berufsrolle braucht, von Kollegen oder von seinem Supervisor usw. bekommen. Aber von seinem Patienten die Bestätigung zu erwarten oder zu verlangen, dass er ein guter Therapeut bzw. ein großartiger Mensch sei, wäre eine Umkehrung der therapeutischen Beziehung und damit ein Missbrauch des Patienten. Der Therapeut erhält die Anerkennung (abgesehen vom Honorar) implizit allein dadurch, dass der Patient zu ihm kommt und von ihm etwas haben will (nach dem Motto: “Sie sind kompetent, mir zu helfen und mir das ... zu geben”).

Eine “Umkehrung der Spiegelungsfunktion” wird allerdings für den Patienten vermutlich nicht leicht zu erkennen sein, zumal wenn es für ihn die gewohnte Beziehungsform darstellt. Folgende Beispiele könnten dafür ein Hinweis sein: Ein Therapeut erzählt während der Therapiestunden in zunehmendem Maße von sich selbst, von seiner eigenen Lebensgeschichte oder von aktuellen Erlebnissen; oder er redet begeistert von seiner neuesten Veröffentlichung und freut sich darüber, dass sein Patient dazu ein kompetenter Gesprächspartner sei. Das Prinzip der “selektiven Offenheit”, wie es *Laura Perls* (1981, mündl. Mitt.) formuliert hat, besagt, dass eine “Selbstöffnung” (“*self-disclosure*”) des Therapeuten nur dann Sinn macht, wenn sie auf das Thema bzw. auf die Befindlichkeit des Patienten bezogen ist und der Entwicklung der therapeutischen Beziehung dienlich ist, also dem therapeutischen Prozess entspricht. Anderenfalls wird der Patient nicht das Gefühl haben, dass wirklich er gemeint ist.

Diese Feststellung unterliegt m.E. jedoch einer grundlegenden *Ambivalenz*, insofern es oft nicht ganz eindeutig ist, was genau zwischen den Beteiligten geschieht. Um dies an einem weiteren Beispiel zu verdeutlichen: Reaktionen von Patienten wie z.B.: “Sie meinen doch gar nicht wirklich mich”, oder bei einer freundlichen, anerkennenden Äußerung des Therapeuten: “Das sagen Sie doch nur, weil Sie Therapeut sind”, werden meistens (und meistens wohl auch zu Recht) als Ausdruck einer Abwehr verstanden, in der sich das Problem der Anerkennung seiner selbst und des Anderen verbirgt. Solche Äußerungen können jedoch *auch* eine authentische Wahrnehmung der zwischenmenschlichen Situation in der Therapie sein, also der Ambivalenz von Rollen- und per-

sonaler Beziehung. Es heißt übersetzt: “Ich will eine wirkliche, menschliche Begegnung und keinen Funktionär als Gegenüber; ich will als eigenständige Person gesehen und verstanden werden und keine Klischees übergestülpt bekommen.”

Dies ist sicher ein zentraler Aspekt der Erwartungshaltung, die ein Patient seinem Therapeuten entgegenbringt: eine wahrhaftige Begegnung statt einer Instrumentalisierung zu erleben und dabei eine Wertschätzung, *die er selbst als wahr anerkennen kann*, die nämlich nicht nur “verständnisvoll”, sondern auch wirklich verstehend ist, die auf einer *genauen*, differenzierten Wahrnehmung seiner Person beruht. Wie weit und unter welchen Bedingungen diese Erwartung in der Therapie erfüllt werden kann, ist eine andere Frage, die ich hier nicht diskutieren will; aber die Erwartung kann jedenfalls missverstanden und missbraucht werden.

3. Aspekte und Formen von narzisstischem Machtmissbrauch

Im Folgenden möchte ich nun einige Aspekte der besonderen Gefährdung von therapeutischen Professionellen und Formen von Machtmissbrauch stichwortartig beschreiben, bei denen die narzisstische Problematik beteiligt ist. Es sei hier noch einmal hervorgehoben, dass es sich bei einer Feststellung von narzisstischen Anteilen nicht so gleich um pathologische Muster handeln muss. Jedoch dürfte die Gefahr eines Missbrauchs von entsprechenden Beziehungskonstellationen umso geringer sein, je bewusster sie einem sind.

(1) Die generell hochgradig narzisstisch aufgeladene Therapie-Situation kann für einen professionellen Therapeuten langfristig den Effekt einer *déformation professionnelle* haben. Wer beständig mit Problemen von Wertigkeit und Entwertung zu tun hat, ist einer Art psychischer “Infektionsgefahr” ausgesetzt: Wenn man den interaktiven Charakter narzisstischer Beziehungsstrukturen und die damit verbundenen Atmosphären bedenkt, liegt in dem Angebot der Idealisierung seitens der Patienten eine beständige Verführung für Therapeuten, sich unbewusst mit einem solchen idealisierten Bild zu identifizieren und dadurch die Wahrnehmung eigener Widersprüche, Konflikte und Ängste zu vernachlässigen. Das Gegenteil von Idealisierung kann natürlich ebenfalls eine Wirkung haben, wenn man nämlich z.B. bei Patienten mit einer Borderline-Störung einer permanenten Entwertung ausgesetzt ist; hier scheint ein kompensatorischer Ausgleich erforderlich.

(2) Für viele im psychosozialen Bereich tätige Professionelle gibt es einen *Zwie-*

spalt zwischen hoher Anforderung und niedriger Erfolgsresonanz. Ein Erfolg ist hier außerdem oft nicht eindeutig messbar, und da demzufolge der Wert der eigenen Arbeit ungewiss scheint, kann das Bedürfnis nach kompensatorischen Aufwertungen entstehen.

Beispiel: In supervisorischen Kontexten fällt mir häufig auf, dass Konflikte zwischen Kollegen in Beratungsteams davon angetrieben werden, dass sie sich selbst gegenseitig als die besseren, kompetenteren Mitarbeiter beweisen wollen. Dies weist in der Regel auf eine unzureichende Wahrnehmung des Wertes der eigenen Arbeit durch sie selbst bzw. auf eine mangelnde Anerkennung ihrer Tätigkeit durch Andere hin.

(3) Als Kompensation dieser Ungewissheit entsteht dann vielleicht ein Bestreben, *schnelle Effekte* in der Therapie zu erzielen: Man erlernt neue Methoden und Techniken, die eine schnelle Problemlösung zu versprechen scheinen. So notwendig die Frage der Wirksamkeit therapeutischen Handelns auch ist (die gegenwärtige Psychotherapieforschung wird davon angetrieben), so ist doch darauf zu achten, ob die zu erzielenden oder erzielten Effekte wirklich dem Bedürfnis der Hilfesuchenden entsprechen und nicht einem narzisstischen Machtbedürfnis der Therapeuten. Wenn man speziell in der Behandlung von narzisstischen Störungen, wie *Kohut & Wolf* betonen, auf einen schnellen (oberflächlichen) Therapieerfolg drängt, indem der Patient z.B. eine "lärmende Selbstbehauptung" oder eine "phantasierte Grandiosität" aufgibt, dann könnte dies die "verdrängten narzisstischen Bedürfnisse des Patienten noch tiefer in die Verdrängung treiben" (*Kohut, Wolf* 1980, 680).

(4) Grundsätzlich impliziert die dialogische Situation in der Psychotherapie eine *Ungleichheit der Rollen* und damit auch ein *asymmetrisches Machtverhältnis*. Darauf hat gerade der Protagonist des "Dialogischen Prinzips" *Martin Buber* 1957 in einem Streitgespräch mit dem Protagonisten der Humanistischen Psychologie *Carl Rogers* insistiert: "Er bittet Sie um Hilfe und nicht umgekehrt" (zit.n. *Friedman* 1992, 248). Der Patient zeigt sich mit seinen Schwächen, Ängsten, Konflikten und mit seiner Bedürftigkeit und macht sich damit "angreifbar" (im doppelten Sinne des Wortes), der Therapeut aber nicht. Dieser kann sich dabei als der Stärkere, Gesunde, Wissende empfinden, vielleicht umso mehr, je stärker der Patient daran glaubt bzw. darauf hofft. So wäre es jedoch ein Machtmissbrauch, wenn der Therapeut nicht bereit ist, eigene Fehler, Versäumnisse oder Fehlwahrnehmungen zuzugeben und anzusprechen (etwa aus Angst vor einem Verlust seiner Autorität bzw. seiner "Grandiosität"); eine solche Haltung könnte einen Dialogpartner verwirren bzw. "verrückt" machen. Auch eine *rigide* Abstinenzhal-

tung des Therapeuten kann man als eine Form von Machtmissbrauch ansehen: Indem er sich auf diese Weise als Person unerreichbar und “unangreifbar” macht, hebt er sich aus der zwischenmenschlichen Situation heraus und kann eine quasi übermenschliche Macht ausüben und den Patienten in ein Ohnmachtsgefühl drängen.

(5) *Regressives Arbeiten* in der Psychotherapie fördert *Abhängigkeit*, z.B. dergestalt dass der Patient zum abhängigen “Kind” wird und der Therapeut in die mächtige Elternrolle gelangt. Aber so wie es vielen Eltern schwer fällt, sich von ihrer Elternrolle zu verabschieden, wenn ihre Kinder sich ablösen, so fällt es wohl auch manchem Therapeuten schwer, einen Patienten, der sich ihm jahrelang in der Elternübertragung als “Zögling” anvertraut hat, dann als Ebenbürtigen, als kritischen Partner wahrzunehmen und anzuerkennen. Der Therapeut ist nicht mehr der Souveräne, Besondere, sondern einer wie jeder andere, mit Stärken und mit Schwächen, Ängsten, Ambivalenzen und blinden Flecken. Wenn er ein Narzisst ist, wird er es aber kaum zulassen können, dass der Andere ihm ebenbürtig wird und ihn kritisch hinterfragt. Das eigentliche Ziel von jeglicher Psychotherapie und therapeutischer Ausbildung, nämlich die Entwicklung von Selbstwerdung und Autonomie, wird damit konterkariert.

Ein Beispiel: Eine Kollegin berichtete, dass sie mit ihrer ehemaligen Lehrtherapeutin nach dem Abschluss ihrer Psychotherapieausbildung weiterhin einen fast freundschaftlichen Kontakt aufrechterhielt, zumal sie nun als Kolleginnen im selben Institut tätig waren. In konflikthafter Auseinandersetzungen verspürte sie jedoch zunehmend eine Hemmung, sich zu artikulieren, wenn sie eine Meinung hatte, die von der Position der früheren Lehrtherapeutin abwich. Im Zusammenhang mit einem solchen Konflikt hielt ihr die Lehrtherapeutin vor: “Dein Verhalten befremdet mich, du hast dich verändert, ich habe den Eindruck, du bist unter den Einfluss von X geraten” (von einer anderen Kollegin, die seit je eine konträre Position vertrat). Das Implikat dieser Aussage kann folgendermaßen lauten: “Du kannst gar keine wirklich eigene Meinung haben, da du ja mein Zögling bist. Und wenn du doch etwas anderes denkst als ich, dann kann das nur der verderbliche Einfluss von jemand anderem sein.”

Eine andere Variante: Ein Lehrtherapeut hält seinem früheren Analysanden in Konfliktfällen vor, dieser solle doch endlich mal aufhören, seinen Vaterkomplex an ihm auszuagieren.

Aus der Angst vor einer solchen “Entmystifizierung” der eigenen Person mag weiter das Bedürfnis folgen, *nicht* erkannt zu werden in dem, was einer wirklich ist; denn

die "geheimen" Wirkkräfte könnten ihm ja verloren gehen. Dies macht vielleicht die Erfahrung verständlich, dass unter psychotherapeutischen Kollegen z.B. in Fortbildungsveranstaltungen zuweilen eine besonders empfindliche Konkurrenzatmosphäre herrscht. Hier fällt es schwer, seine "Besonderheit" aufrechtzuerhalten, denn die Kollegen sind ja in der Lage, hinter den "brillanten" Kulissen das Alltägliche, Brüchige und neben den guten Fähigkeiten auch die Schwächen zu erkennen.

(6) Besonders gravierend wäre bei professionellen Therapeuten (jedenfalls mit tiefenpsychologischer Ausrichtung) ein *Bedürfnis nach Entschädigung* für die erlebte "narzisstische Kränkung" in der Ausbildung, speziell durch die lange regressive Abhängigkeit in der *Lehranalyse*: "Was man mir jahrelang angetan hat, kann ich nun endlich Anderen antun". Die Abhängigkeiten und Abhängigkeitsgefühle sollen nun durch die Abhängigkeit Anderer und durch die Machtausübung gegenüber Anderen kompensiert werden (auf diesen Aspekt hat *J. Cremerius* (1989) in einer Abhandlung über Machtstrukturen in der "institutionalisierten Psychoanalyse" hingewiesen).

(7) Therapeuten meinen vielleicht, wegen der Unsicherheit ihres Wissens auf ihre "Intuition" allein vertrauen zu können bzw. vertrauen zu müssen ("ich spüre das doch, und du kannst dem doch nicht widersprechen"). Aber auch wenn intuitive Wahrnehmungen einen sehr wertvollen und sogar unverzichtbaren Zugang zum Anderen darstellen, so müssen sie doch verstandesmäßig überprüfbar und natürlich auch hinterfragbar sein; denn sie können auch auf einer Vermischung mit eigenen Anteilen beruhen. Wenn sie sich der Überprüfung entziehen, können sie nicht zu einem Bestandteil der Interaktion werden, sie sind nicht diskursfähig. Sie dienen dann als Instrument einer Machtausübung und verlangen als Reaktion Glauben und Gehorsam.

(8) Eine andere Form, der Unsicherheit seines Wissens aus dem Wege zu gehen, bestünde in einer *dogmatischen Grundhaltung* oder darin, im Anderen vor allem solche Anteile wahrzunehmen, die die eigene Theorie bestätigen. Wenn dieser sich nicht wahrgenommen fühlt und sich dagegen wehrt und wenn der Therapeut ihm dies als "Widerstand" deutet, so könnte dadurch wieder ein narzisstisches Muster bestätigt werden: "Ich habe die Wahrheit, aber der Andere nicht." Jedenfalls kann es dann leicht zu therapeutischen Artefakten kommen. So war es z.B. in der Gestalttherapie früher ein verbreiteter Usus, mit bestimmten Techniken den vom Patienten nicht zugelassenen aggressiven Impulsen zu einem Durchbruch zu verhelfen; das kann aber dazu dienen, viel tiefer liegende Gefühle von Trauer zu vermeiden. Darüber hinaus kann es geschehen, dass Patienten unterschwellig beigebracht wird, bestimmte Themen oder Gefühle nicht zu äußern, die

den Therapeuten verunsichern oder bedrohen könnten. (Dieses Phänomen ist z.B. bezüglich Psychoanalysen in der Nachkriegszeit beschrieben worden, wenn es um die Aufarbeitung der Nazizeit ging und der Analytiker in irgendeiner Form mit der Nazi-herrschaft verbunden war; vgl. *Speyer* 1988.)

(9) Vielleicht sind freiberufliche *Therapeuten in Einzelpraxen* dann besonders gefährdet für einen narzisstischen Machtmissbrauch, wenn der alltägliche Austausch auf der Peer-Ebene zu dünn ist und die entsprechenden Bedürftigkeiten in die Beziehung zu Patienten getragen werden. Wenn das Privatleben brüchig oder defizitär ist, könnte die therapeutische Arbeit zu einer Art Ersatzleben werden: Die Patienten sind dann die einzigen kontinuierlichen Bezugspersonen. Dies kann zu einer malignen Eskalation führen: Aus persönlicher Frustration wird immer mehr gearbeitet, die ganze Freizeit und die Wochenenden werden mit Seminaren und Workshops ausgefüllt, um so die eigenen Defizite nicht zu spüren – und dabei gleichzeitig immer bedürftiger nach Anerkennung und Bestätigung zu werden. Bei einer solchen emotionalen Selbstaussbeutung wird jemand vielleicht auch besonders unempfindlich für eine narzisstische Ausbeutung von Patienten.

(10) Als letzter Aspekt sei das Phänomen genannt, welches offenbar für die Psychotherapie insgesamt ein typisches Merkmal ist, dass hier nämlich immer wieder Guru-Strukturen um “charismatisch” begabte Therapeuten entstehen. Dies sind Leute, die zumindest eine Anhängerschaft um sich zu scharen vermögen, die mit einer (anscheinend) neuen “Kult-Sprache” oder mit neuen Techniken auftreten, durch welche eine “Rettung” möglich scheint (vgl. z.B. *Hemminger* 1989). Für narzisstisch bzw. komplementär-narzisstisch bedürftige Leute zeigt sich hier jedenfalls ein “ideales” Betätigungsfeld: Die Gefolgschaft gegenüber einem “charismatischen Führer” verschafft eine narzisstische Befriedigung durch die Identifikation mit dem idealisierten Größenbild, und der Charismatiker genießt die Abhängigkeit Anderer und die entsprechende Machtposition. Diese Struktur kann sich auch auf ganze Institutionen übertragen, sodass man hier von einem “kollektiven Narzissmus” sprechen kann, z.B. als “komplementär-narzisstische” Bindung einer Gruppe von Menschen an den Begründer einer Therapie-Schule. Seine Schriften erhalten dann so etwas wie einen Offenbarungscharakter und können zu einer Art “Dogma” werden, das zu hinterfragen leicht mit der Gefahr eines Ausschlusses aus der jeweiligen Gemeinschaft der “Gläubigen” verbunden ist. Diese verbindet dementsprechend ein Elite- und Sendungsbewusstsein, das sie aus der Masse der “Nicht-Eingeweihten” heraushebt. Deshalb wird von manchen Autoren (z.B. *Cremerius*

1989) im Hinblick auf die etablierten Psychotherapie-Schulen vor quasi “ekklesialen” Strukturen gewarnt: Auch dabei geht es um Macht – einer Institution insgesamt sowie ihrer Mitglieder, die in der Identifikation mit der Institution an deren Macht partizipieren wollen.

4. Wege aus der narzisstischen Versuchung oder Verstrickung

Im Folgenden seien nur einige wenige Aspekte genannt, die mir zur Reflexion der therapeutischen Haltung wichtig scheinen.

(1) Bewunderung von Patienten partiell anzunehmen und zu genießen, ist kein Problem, solange dies nicht zur maßgeblichen *Raison d'être* oder gar zu einem Suchtphänomen wird. Sucht wäre Abhängigkeit, die ein freies und offenes Wahrnehmen und Begegnen behindern würde.

(2) Es gilt, innerlich immer wieder Abschied zu nehmen von der Rolle desjenigen, der für Andere als Besonderer dasteht; Rollenidentifikation und Rollendistanz müssen in einem Gleichgewicht stehen. Dazu dient das Bewusstsein, dass der Andere mir als Mensch ohnehin ebenbürtig und gleichberechtigt ist und dass *prinzipiell* ja auch eine umgekehrte Rollenkonstellation möglich wäre. Dazu dienen vielleicht auch Humor und Selbstironie (sofern letztere nicht wieder zu einer narzisstischen Koketterie entartet). Vor allem gehört natürlich dazu, unabhängig von der therapeutischen Berufsrolle ein realistisches Selbstgefühl zu entwickeln bzw. im Lebenslauf immer wieder neu zu konstituieren; weiterhin eine bewusste Wahrnehmung der vielen anderen Rollen in allen Lebensbezügen. Darüber hinaus empfiehlt sich vielleicht auch das parallele Ausüben eines anderen Berufs, um sowohl ökonomisch als auch psychisch von Therapie-Patienten unabhängiger zu sein (vgl. *Dreitzel, Jaeggi 1987, 68*).

(3) Ein besonders wichtiges Antidot gegen narzisstische Verstrickungen ist sicher eine kontinuierliche Reflexion der eigenen Arbeit in Kontrollanalyse, Supervision, Teamgesprächen, Kollegenaustausch oder Fortbildungen.

(4) Generell liegt die Überwindung von narzisstischer Kompensationsbedürftigkeit vielleicht einerseits in dem innersten Abschied von verdeckten Allmachts- und Ewigkeitsphantasien (ich bin eben nicht wie die mythischen Helden in “ewiger Jugend” unschlagbar). Es gilt also, die eigene Endlichkeit, Fehlbarkeit und auch die Überholbarkeit seines Denkens und Handelns zu akzeptieren. Und dies setzt andererseits voraus, dass man sich seines Selbst sicher ist – dazu gehört eben auch, die Anerkennung und Wert-

schätzung, die einem zuteil wird, annehmen und genießen zu können.

(5) Als übergreifende Orientierung halte ich das Bemühen um eine dialogische Grundhaltung in der therapeutischen Beziehung für grundlegend. *Martin Buber* hat dies als “Ich-Du-Haltung” im Unterschied zu einer “Ich-Es-Haltung” expliziert. Vor etwa 2400 Jahren hat *Sokrates* seine dialogische Haltung dadurch zum Ausdruck gebracht, dass er von seinem “Wissen des Nichtwissens” sprach; und zwar nicht als falsche Bescheidenheit oder als ironisches Versteckspiel, sondern als wahrhaftige Anerkennung der Tatsache, dass *das Andere* (also das jeweilige Erkenntnisproblem) und *der Andere* (also der jeweilige Dialogpartner) dem eigenen Erkenntnisbemühen letztendlich unverfügbar bleiben (*Schmidt-Lellek* 2001).

5. Schlussbemerkung – eine dialogische Grundhaltung

“Dialogische Beziehung” meint die situationsangemessene genaue Wahrnehmung des Anderen. Dazu gehört aber auch die genaue Wahrnehmung seiner selbst und seiner eigenen Bedürfnisse. So möchte ich hier keineswegs einem Reinheitsideal von Bedürfnislosigkeit des Therapeuten das Wort reden. Vielmehr darf und soll das intersubjektive Geschehen der Psychotherapie (vgl. *Benjamin* 1990) auch für den Therapeuten einen Gewinn, eine Heilung bringen. Das setzt natürlich voraus, dass er seine eigenen Verletzungen kennt. *C.G. Jung* sprach oft von den “verletzten Heilern”, die sogar eine gesteigerte Effizienz hätten: “Nur der Verwundete heilt” (*Jung* 1962, 139). Und wenn eine mitgebrachte “narzisstische Wunde” des Heilers – um an meinen Ausgangspunkt zurückzukommen – in dem dialogischen Geschehen der Therapie selber eine Heilung erfährt, so ist dies wunderbar, aber es ist für den Heiler ein Nebenprodukt, allerdings ein notwendiges Nebenprodukt; denn um wiederum *Jung* zu zitieren: Wenn der Therapeut sich nicht verändert und heilsam mit sich selbst umgeht, wird der Patient es auch nicht zu tun lernen.

Literatur

- Benjamin, J.* (1990): Die Fesseln der Liebe. Basel, Frankfurt/M.: Stroemfeld, Roter Stern.
Bloch, E. (1968): Atheismus im Christentum. Zur Religion des Exodus und des Reichs. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Cremerius, J. (1989): Lehranalyse und Macht. Die Umfunktionierung einer Lehr-Lern-

- Methode zum Machtinstrument der institutionalisierten Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse* 5, 190-208; Nachdruck in: Schmidt-Lellek, C.J., Heimannsberg, B. (Hg.)(1995): Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie (EHP), S. 99-122.
- Dreitzel, H.P., Jaeggi, E. (1987): Psychotherapie: Plädoyer für kreative Vielfalt. *Psychologie heute* 14 (2), 60-69.
- Friedman, M. (1957): Dialog zwischen Martin Buber und Carl Rogers (übersetzt von C.J. Schmidt). *Integrative Therapie* 18 (3), 1992, 245-260.
- Fromm, E. (1981): Sigmund Freud. Seine Persönlichkeit und seine Wirkung. Frankfurt/Berlin.
- Hemminger, H. (1989): Das therapeutische Reich des Dr. Ammon. Eine Untersuchung zur Psychologie totalitärer Kulte. Stuttgart: Quell Verlag.
- Johnson, S.M. (1988): Der narzisstische Persönlichkeitsstil. Köln: EHP.
- Jung, C.G. (1962): Erinnerungen, Träume, Gedanken. Zürich, Stuttgart: Rascher.
- Kohut, H. (1975): Die Zukunft der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1976): Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Orig. 1971).
- (1981): Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Orig. 1977).
- Kohut, H., Wolf, E.S. (1980): Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In: Peters, U.H. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 10. Zürich: Kindler, S. 667-682.
- Petermann, F. (1988): Zur Dynamik narzisstischer Beziehungsstruktur. *Gestalttherapie* 2 (1), S. 31-41.
- Petzold, H. (Hg.)(1981): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- Picht, G. (1969): Mut zur Utopie. München: Piper.
- Schmidt-Lellek, C.J. (1995): Narzisstischer Machtmissbrauch. In: Schmidt-Lellek, C.J., Heimannsberg, B. (Hg.): Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Köln: EHP, S. 171-194.
- (2001): Ich und Du. Dialogische Beziehung und sokratisches Gespräch. In: F.-M. Staemmler (Hg.): Gestalttherapie im Umbruch. Von alten Begriffen zu neuen Ideen. Köln: EHP, S. 143-175.
- Speyer, S. (1988): Der ges(ch)ichtslose Psychoanalytiker – die ges(ch)ichtslose Psychoanalyse. In: Heimannsberg, B., Schmidt, C.J. (Hg.): Das kollektive Schweigen. Nationalsozialistische Vergangenheit und gebrochene Identität in der Psychotherapie. 2. erw. Aufl. Köln: EHP, 1992, S. 25-36.
- Steyrer, J. (1995): Charisma in Organisationen. Sozial-kognitive und psychodynamisch-interaktive Aspekte von Führung. Frankfurt/M.: Campus.
- Weber, M. (1922): Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: Mohr, 5. Aufl. 1976.
- Willi, J. (1975): Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Reinbek: Rowohlt.

Der Autor: Christoph J. Schmidt-Lellek, geb. 1947, Gestalttherapeut (HPG) und Supervisor (DGSv); Praxis für Psychotherapie, Paartherapie, Supervision und Coaching in Frankfurt a.M., Mitherausgeber und Redakteur der Zeitschrift "Organisationsberatung, Supervision, Coaching" (OSC). *Anschrift:* Taunusstr. 126, 61440 Oberursel, Tel. 06171/708994, eMail: 101.116323@germany.net.de; Web: www.Schmidt-Lellek.de.