

**Die Bedeutung des Begriffs "Ambivalenz" im Diskurs  
und Handlungsfeld von Psychotherapeuten**

Amelie Burkhardt

## **Vorwort: Auf dem Weg zum Verständnis von Ambivalenz**

Begriffe sind unerlässliche Werkzeuge wissenschaftlichen Arbeitens und wie diese werden sie im Laufe der Zeit weiter entwickelt. Auch kann, was für einen "Gegenstand" verwendet wird, Anregungen für die Bearbeitung anderer "Gegenstände" – also Forschungsthemen – geben.

In diesem Sinne kann dieses Arbeitspapier als Bericht über einen Werkstattbesuch betrachtet werden, bei dem es um begriffliche Werkzeuge geht. Werkstück ist das Konzept der „Ambivalenz“. Wir sind in der Konstanzer Forschergruppe "Gesellschaft und Familie" zuerst auf dieses Konzept gestoßen, als es darum ging, die Unterschiede in den Schilderungen über das Verhältnis zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern nach einer Scheidung zu analysieren (Lüscher & Pajung-Bilger, 1998). Parallel bot sich das Konzept auch zur theoretischen Integration von (gegensätzlichen) Ergebnissen der Forschung über das Verhältnis von Alt und Jung (Lüscher & Pillemer, 1998) an.

Naheliegenderweise orientierten wir uns zunächst an der umgangssprachlichen Bedeutung des Wortes Ambivalenz, gemäss der damit Doppeldeutigkeit, Hin- und Hergerissensein, Unentschiedenheit angesichts schwebender Gegensätze gemeint ist. Bald stießen wir darauf, dass der Begriff eine bemerkenswerte Geschichte aufweist. Diese – und das ist angesichts der umgangssprachlichen Beliebtheit des Wortes besonders erstaunlich – reicht nur bis 1911 zurück. Ferner ergibt die Begriffsgeschichte, dass Ambivalenz zuerst in der Psychiatrie für die Diagnose psychischer Auffälligkeiten vorgeschlagen wurde, man sehr rasch aber die Meinung vertrat, der Begriff bezeichne Sachverhalte und Erfahrungen, die auch im unauffälligen, „normalen“ Leben vorkommen.

Aus den Anfängen entwickelte sich eine facettenreiche Rezeption des Begriffes in unterschiedlichen Disziplinen, zu der mittlerweile eine Reihe von Beiträgen vorliegen, auf die im Arbeitspapier verwiesen wird. Beim Bemühen, seine aktuelle Tragweite auszuloten, legten Ursprung und Ausweitung auf normale und

elle Tragweite auszuloten, legten Ursprung und Ausweitung auf normale und pathologische Phänomene menschlichen Verhaltens nahe, dem Gebrauch in der heutigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis nachzugehen. Zu diesem Zweck konzipierten wir ein kleines, mit eigenen Mitteln finanziertes Projekt, in dessen Zentrum die Definition und Verwendung des Begriffes durch Fachleute aus diesem Berufsfeld stehen sollte.

Zwei Ideen bildeten den Ausgangspunkt. Erstens wollten wir erkunden, ob und in welcher Weise der Begriff in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis auch heute noch verwendet wird. Werden ihm, ungeachtet seiner alltagssprachlichen Beliebtheit, spezifische Bedeutungen zugeschrieben und in welchen Zusammenhängen geschieht dies? Zweitens wollten wir überprüfen, inwiefern die Elemente der Definition von Ambivalenz, die wir im Laufe der letzten Jahre in unserer Arbeit entwickelt haben in der Psychotherapie von Belang sind.

Zur Klärung dieser Fragen war es notwendig, einen zwar offenen, aber dennoch klar strukturierten Leitfaden für Experteninterviews zu entwickeln. Wir orientierten uns dabei an der Theorie der Bedeutungsanalyse von Peirce. Sie lässt sich vereinfachend im Modell des „semiotischen Dreiecks“ veranschaulichen, das die Entstehung von Bedeutung als Zusammenspiel von Wort, Sachverhalten und Interpretation auffasst. Es interessiert, ob und in welcher Weise das Wort mit Sachverhalten verknüpft wird und umgekehrt, und aus welcher Perspektive, in welcher theoretischen Orientierung dies geschieht.

Experteninterviews sind eine Art von Befragung, die besondere Anforderungen an Analyse und Auswertung der Antworten stellt, denn es gilt, sowohl die Argumentationsweise nachzuvollziehen, als auch möglichst alle Informationen zu erfassen, selbst wenn diese im Bezug auf einen bestimmten Sachverhalt an verschiedenen Stellen auftreten. Die Konzipierung von Experteninterviews und die Analyse der Ergebnisse erfordern ferner die Berücksichtigung psychiatrischer,

klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Terminologie und Literatur sowie ein Verständnis für die wissenssoziologische Komponente der Aufgabe.

Amelie Burkhardt nahm sich dieser Arbeit mit großem Engagement, mit rasch wachsender Sachkunde und unverkennbarer Eigenständigkeit an. Professor Dr. Brigitte Rockstroh, Dr. Frank Lettke und ich, die wir gemeinsam für das Projekt verantwortlich zeichnen, haben uns darum entschlossen, die Ergebnisse, die Frau Burkhardt in ihrer Diplomarbeit niederlegte, ohne wesentliche Änderungen in die Reihe der Konstanzer Arbeitspapiere aufzunehmen.

Für unser Forschungsprogramm liegt damit ein interessantes und vielversprechendes Werkzeug vor. Die Ergebnisse bestätigen in erfreulichem Ausmaß die Richtung unserer eigenen konzeptuellen Arbeit. Zugleich wird deutlich, dass die nächsten Anstrengungen darauf gerichtet werden sollten, den *Umgang* mit Ambivalenzen systematisch zu erforschen. Weiterhin empfiehlt sich, Ambivalenzen als eine Komponente in der Gestaltung von sozialen Beziehungen zu betrachten und dabei nach Möglichkeit die *unterschiedlichen Sichtweisen* der Beteiligten zu erfassen. Vermehrte Aufmerksamkeit verdient überdies der Zusammenhang zwischen Ambivalenzerfahrung, Ambivalenzgestaltung und Identitätskonstitution.

Der Umgang mit Ambivalenzen ist eine pragmatische Aufgabe alltäglicher Lebensgestaltung. Man kann aber auch erwarten, dass unter Umständen besondere Akzentuierungen von Ambivalenzerfahrungen vorkommen. Im Anschluss an die bisherigen Arbeiten im Bereich der Generationenforschung haben wir darum ein Projekt konzipiert, in dem die Gestaltung der Beziehungen zwischen Eltern und psychisch kranken erwachsenen Kindern erkundet werden. Als eine weitere Thematik bietet sich im Anschluss an die Ergebnisse dieses Forschungsberichtes an, der Tragweite von Ambivalenzen nachzugehen, die in der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten bzw. Ratsuchenden auftreten. Dies ist eine Thematik, die seinerzeit Freud in jener Veröffentlichung aufgriff, in der er zum ersten Mal den Begriff der Ambivalenz verwendete.

Kurt Lüscher

Amelie Burkhardt<sup>1</sup>

## **Die Bedeutung des Begriffs "Ambivalenz" im Diskurs und Handlungsfeld von Psychotherapeuten**

### **Inhaltsverzeichnis**

Zusammenfassung/Summary

1. Einleitung .....	1
2. Theoretischer Hintergrund: Die Konzeptualisierung von Ambivalenz in psychiatrischer, psychologischer und psychotherapie-theoretischer Literatur .....	5
2.1 Die psychiatrische Perspektive: Ambivalenz in Nosologie und Ätiologie.....	6
2.1.1 Ambivalenz und Schizophrenie .....	7
2.1.2 Ambivalenz und die Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS).....	16
2.1.3 Exkurs: Persönlichkeit, soziale Beziehungen und Ambivalenz .....	21

---

<sup>1</sup> Diese Arbeit entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes in Zusammenarbeit des Fachbereichs Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und des Fachbereichs Soziologie, Forschungsbereich "Gesellschaft und Familie" an der Universität Konstanz. Der vorliegende Text ist eine leicht überarbeitete Fassung einer Diplomarbeit, die im Fachbereich Psychologie bei Frau Prof. Dr. Brigitte Rockstroh (Erstgutachterin) und Herrn Prof. em. Dr. Kurt Lüscher (Zweitgutachter) eingereicht wurde. Die Projektleitung oblag Prof. em. Dr. Kurt Lüscher, Prof. Dr. Brigitte Rockstroh und Dr. Frank Lettke. Das Projekt wurde aus Mitteln für Familienforschung des Landes Baden-Württemberg finanziert. Anette Fintz-Müller war bis Dezember 2001 an diesem Projekt beteiligt. Sie erstellte gemeinsam mit mir den Interviewleitfaden und führte fünf der hier dokumentierten Interviews durch, ihr danke ich für die gute Zusammenarbeit. Danken möchte ich auch Denise Rüttinger für die zahlreichen Zwischenkorrekturen und Hilfe bei der Formatierung, Carolin Brand für die Endkorrektur und Dr. Andreas Lange für hilfreiche Literaturhinweise. Mein größter Dank gebührt den 14 befragten Experten, die sich, trotz ausgefüllter Arbeitstage, für Interviews zur Verfügung stellten, sich Zeit nahmen und großes Interesse zeigten.

2.1.4	Fazit: Elemente von Ambivalenz aus psychiatrischer Perspektive .....	27
2.2	Die psychologische Perspektive: Ambivalenz in psychologischen Menschenbildern .....	29
2.2.1	Ambivalenz im Menschenbild der Psychoanalyse .....	29
2.2.2	Ambivalenz im Menschenbild der Lerntheorie .....	32
2.2.3	Ambivalenz im systemtheoretischen Menschenbild.....	34
2.2.4	Fazit: Elemente von Ambivalenz aus psychologischer Perspektive .....	37
2.3	Die therapietheoretische Perspektive: Ambivalenz in der Psychotherapie .....	39
2.3.1	Umgang mit Ambivalenz als Aufgabe der Psychotherapie .....	39
2.3.2	Ambivalenz als Phänomen der Therapiebeziehung.....	46
2.3.3	Fazit: Elemente von Ambivalenz aus psychotherapietheoretischer Perspektive .....	49
2.4	Fragestellungen .....	52
3.	Methode.....	59
3.1	Erhebungsinstrument Experteninterview: Methodische Besonderheiten .....	59
3.1.1	Besonderheiten des Experten als "Wissensträger" .....	60
3.1.2	Besonderheiten der Interviewsituation bei Expertenbefragungen .....	61
3.1.3	Anforderungen an die Auswahl der Experten.....	62
3.1.4	Anforderungen an die Gestaltung des Interviews.....	62
3.1.5	Anforderungen an die Auswertung.....	65
3.1.6	Anforderungen an die Validierung .....	66
3.2	Methodisches Vorgehen bei der Befragung von Psychotherapeuten.....	66
3.2.1	Psychotherapeuten als "Wissensträger" bzgl. Ambivalenz .....	66
3.2.2	Psychotherapeuten im Interview.....	67
3.2.3	Die Auswahl der Psychotherapeuten .....	68
3.2.4	Die Gestaltung der Interviews: Der Leitfaden .....	72
3.2.5	Die Auswertungsstrategie .....	74
3.2.6	Validierung.....	78
4.	Ergebnisse .....	79

4.1 Erläuterungen der Psychotherapeuten zur Verwendung des Ambivalenzbegriffs .....	79
4.1.1 Ist "Ambivalenz" ein Fachbegriff ? .....	79
4.1.2 Welche Elemente definieren Ambivalenz? .....	81
4.1.3 Welche weiteren Begriffe umgeben Ambivalenz? .....	84
4.1.4 Ist Ambivalenz normal oder pathologisch? .....	86
4.2 Sachverhalte, die mit dem Begriff Ambivalenz belegt werden .....	88
4.2.1 Psychopathologie .....	88
4.2.2 Verhaltensweisen .....	90
4.2.3 Familienbeziehungen .....	93
4.2.4 Situationen .....	97
4.2.5 Umgangsweisen .....	101
4.2.6 Familien psychiatrisch erkrankter Patienten .....	107
4.2.7 Ambivalenz in der Rolle des Psychotherapeuten .....	111
5. Diskussion der Ergebnisse und Folgerungen .....	115
5.1 Die Definition des Begriffs Ambivalenz im psychotherapeutischen Diskurs .....	115
5.2 Der Einbezug der Zeitachse als Schlüssel zum Verständnis von Ambivalenz .....	118
5.3 Der diagnostische Wert des Ambivalenzkonzepts .....	121
5.4 Ambivalente Gegensätze in Generationenbeziehungen als Thema der Psychotherapie .....	122
5.5 Formen des Umgangs mit Ambivalenz in (Generationen-) Beziehungen .....	123
5.6 Der therapeutische Umgang mit Ambivalenz .....	126
5.7 Die Rolle von Ambivalenz in Familien psychisch erkrankter Menschen .....	128
5.8 Ambivalenz als Aufgabe für die Gestaltung der Therapiebeziehung .....	131
Literatur .....	133
Anhang .....	141

## **Zusammenfassung**

Mit dieser Arbeit wird dargelegt, was im psychotherapeutischen Tätigkeitsfeld mit "Ambivalenz" gemeint ist. Im Rahmen einer leitfadengestützten Expertenbefragung wurden Gespräche mit 14 psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Personen geführt, die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und Tätigkeitsfeldern angehören. In der qualitativen Auswertung der Interviews wird die Bedeutung des Begriffes Ambivalenz rekonstruiert aus der triadischen Relation von verwendeten Begriffen, den mit ihnen beschriebenen Sachverhalten und der in Ausbildung und Berufspraxis erworbenen Perspektiven auf diese Zuschreibung.

Sowohl die Ergebnisse der systematischen Literaturübersicht im theoretischen Teil der Arbeit als auch die Ergebnisse der Expertenbefragung bestätigen die Konzeptualisierung von Ambivalenzen als Gegensätzlichkeiten auf den Ebenen des Fühlens, Denkens und Wollens, die im Verhalten ausgedrückt werden und die Beziehungsgestaltung kennzeichnen. Ambivalenz erscheint als Konstrukt, dem Identitätsrelevanz zugeschrieben wird. Ambivalenz wird im Horizont von Unlösbarkeit und unter Einbezug ihrer zeitlichen Strukturierung diskutiert.

Sowohl für Besonderheiten des Erlebens und Verhaltens im Rahmen psychischer Störungen, als auch für die Situation von Familien mit psychisch erkrankten Angehörigen werden spezifische Formen der Ambivalenzerfahrung aufgezeigt. Die Experten beschreiben Familien psychisch erkrankter Menschen als verstärkt durch Beziehungsambivalenz belastet, wobei hauptsächlich die Gegensätze von Nähe vs. Distanz sowie von Abhängigkeit vs. Unabhängigkeit thematisiert werden. Wenn der Umgang mit diesen Gegensätzen als Aufgabe für Familien verstanden wird, besteht Anschluss an Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modelle psychischer Störungen. Weiter wird Beibehalten vs. Verändern als ambivalenter Gegensatz beschrieben, der die Therapiebeziehung prägt



und sich im Hinblick auf Compliance und Widerstand als Aufgabe für die Gestaltung der therapeutischen Interaktion stellt.

## Summary

This work shows what “ambivalence” means in the area of psychotherapy. Using the method of thematically-focused expert interviews, discussions were held with fourteen persons engaged in psychiatric and psychotherapeutic activities and belonging to various psychotherapeutic schools and fields of practice. In the qualitative evaluation of the interviews, the meaning of the concept of ambivalence is reconstructed from the triadic relationship of the concepts used, the contents described using them and the perspectives on this attribution acquired in training and professional praxis.

The results of the systematic literature survey in the theoretical part of the work and the expert interviews confirm the conceptualisation of ambivalence as contradictions on the level of emotion, cognition and volition which finds expression in behavior and characterizes the structuring of relationships. Ambivalence appears as an identity-relevant construct discussed in the context of irreconcilability and with reference to temporal structuring.

Specific ways of experiencing ambivalence are shown with regard to particular aspects of experience and behavior in the frame of mental disorders and the situation of families of mentally ill patients. Experts describe these families as strongly burdened by ambivalence in their relationships, whereby attention is given chiefly to the oppositions of nearness versus distance and dependence versus independence. If we adopt the view that families must find ways of dealing with these oppositions, we can relate them to vulnerability-stress-management-competence models of mental disturbances. Furthermore, retention/maintenance versus change is described as an ambivalent opposition which can be seen as a task in structuring the therapeutic interaction, especially in regard to compliance and resistance.

## 1. Einleitung

*Jeglicher Patientenkontakt dreht sich, ist ein Tanz, nicht ums goldene Kalb, sondern um die Ambivalenz...*

aus dem Interview mit dem ersten befragten Psychotherapeuten

*"Wenn man auf ein Paradox stößt, steht das Nachdenken meist erst noch an", sage ich gelegentlich zu Ischa. "Denken tut man doch, um einen Zustand der Zerrissenheit aufzuheben, um eine Lösung für den Konflikt zu finden, dass man etwas möchte und auch wieder nicht möchte. Das Buch über deinen Vater", frage ich "willst du das nun schreiben oder nicht?"*

Connie Palmen, I. M. Ischa Meijer In Margine In Memoriam, 1999

Wir nähern uns mit dieser Arbeit dem Begriff, den Psychotherapeuten<sup>2</sup> von Ambivalenz haben. Aus soziologischer Perspektive wird an der Universität Konstanz seit einigen Jahren ein Ansatz zur Analyse von Generationenbeziehungen verfolgt, der die Erfahrung von Ambivalenz und den Umgang mit ihr in den Mittelpunkt rückt (vgl. Lüscher & Pillemer, 1998; Lettke & Lüscher, 2000; Lüscher, 2002). In diesem Rahmen fand auch eine Rezeption der im Arbeitsfeld Psychiatrie und Psychotherapie verankerten Begriffsgeschichte statt. Geprägt wurde der Begriff von einem Vorreiter psychotherapeutischer Ansätze in der Psychiatrie, Eugen Bleuler, zu Beginn des 20. Jahrhunderts (vgl. dazu Stotz-Ingenlath, 2000). Lüscher (2002) versteht Ambivalenz im Anschluss an Blumer (1969) als "sensitizing concept", dass die Annäherung an empirische Sachverhalte leitet – und

---

2 Ich verwende aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form der Personenbeschreibung. Da elf der vierzehn befragten Psychotherapeuten Männer waren, entspricht dies auch eher der Zusammensetzung der befragten Stichprobe. Wenn in dieser Arbeit in der männlichen Form von Personen die Rede ist, so schließt dies immer mit ein, dass ebenso Frauen gemeint sind.

sieht dabei gerade die Vieldeutigkeit dieses mittlerweile in verschiedensten Diskursen gebrauchten Begriffes als fruchtbar an.

Wir wollen mit der Untersuchung des Ambivalenzkonzepts von Psychotherapeuten die Tragfähigkeit der soziologischen Definition des Begriffes für den psychotherapeutischen Kontext überprüfen. In Zuge dessen wird, ausgehend von neueren soziologischen Arbeiten, der Ambivalenzbegriff in jenen Zusammenhang gestellt, der von herausragender Bedeutung für seine Geschichte ist. Ziel dieses Vorgehens sind Erkenntnisse zu Modifikationen und Ergänzungen der familiensoziologischen Ambivalenzdefinition.

In der klinischen Psychologie und Psychiatrie gewinnt die Betreuung von Familienangehörigen psychisch erkrankter Menschen zunehmend an Gewicht (Hahlweg, Dürr & Müller, 1995). Angesichts der Belastungen, der diese ausgesetzt sind (zur Übersicht: Jungbauer, Bischof & Angermeyer, 2001), wird gefragt, welche Hilfestellungen Familien psychisch Erkrankter benötigen (Angermeyer, Diaz Ruiz de Zarate & Matschinger, 2000). Weiter wird die Rolle der Familie in biopsychosozialen Störungsmodellen diskutiert (Dixon, Adams & Lucksted, 2000). Insofern ist eine weitere übergeordnete Frage dieser Arbeit, inwieweit das Ambivalenzkonzept für die Analyse der Lage von durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen betroffenen Familien genutzt werden kann und welche Konsequenzen für den therapeutischen Umgang mit Ambivalenz sich aus dieser Analyse ergeben.

Um explorativ den Wert des zunächst allgemein zur Analyse von Generationenbeziehungen entwickelten Konstanzer Modells für klinisch-psychologische und psychotherapeutische Fragestellungen zu untersuchen, wird – neben einer systematischen Übersicht psychiatrischer, psychologischer und psychotherapie-theoretischer Literatur – das Vorgehen einer Expertenbefragung gewählt. Psychotherapeuten werden als Fachleute für die Interpretation von intrapsychischen Empfindungen und von Mustern sozialer Beziehungsgestaltung angesprochen. Im Rah-

men ihrer Tätigkeit treten sie mit jenen Menschen in Interaktion, deren Situation unter dem Gesichtspunkt möglicher Ambivalenzerfahrungen beleuchtet werden soll. Weiter verfügen sie über Erfahrungswissen zum Umgang ihrer Klientel mit solchen Situationen und Empfindungen sowie über eine hohe reflexive Kompetenz bzgl. eigener Ambivalenzerfahrungen und Strategien im Umgang mit diesen im Rahmen therapeutischer Interaktion. Im Verlauf der ersten Interviews wurde deutlich, dass – gewissermaßen als Nebenprodukt der eigentlichen Untersuchung – diese reflexive Kompetenz zu einer Betrachtung der Ambivalenzerfahrungen im Rahmen der Psychotherapeutenrolle anregte, so dass dies in die Fragestellung aufgenommen wurde.

Unsere Herangehensweise hat die Besonderheit, zum einen explorativ, zum anderen interdisziplinär zu sein. Dem explorativen Charakter ist, auf methodologischer Ebene, die qualitative Herangehensweise geschuldet. Diese eröffnete die Möglichkeit, einen Prozess der reflexiven Weiterentwicklung des Ambivalenzkonzepts der befragten Psychotherapeuten im Verlauf des Interviews anzustoßen und analysierend nachzuzeichnen. Somit war jedes Interview eine Annäherung an ein ebenso vieldeutiges wie reichhaltiges Konzept von Ambivalenz, ein Herausschälen von – teilweise in sich spannungsgeladenen – Annahmen. Weiter hat unsere Herangehensweise deshalb interdisziplinären Charakter, weil wir Konzepte verschiedener Wissenschaftsbereiche auf der einen und berufspraktisches Wissen auf der anderen Seite aufeinander beziehen. In dieser Auseinandersetzung werden zum einen Thesen über definierende Kernelemente des Ambivalenzkonzepts geprüft, zum anderen Thesen zu dessen Fassung und konzeptuellen Nutzung im Tätigkeitsfeld von Psychotherapeuten generiert.

## **2. Theoretischer Hintergrund: Die Konzeptualisierung von Ambivalenz in psychiatrischer, psychologischer und psychotherapie-theoretischer Literatur**

Im theoretischen Teil dieser Arbeit soll es um die Fassung des Ambivalenzbegriffs in denjenigen Wissensgebieten gehen, welche die Hintergrundfolie psychotherapeutischen Handelns bilden. Daher wird Ambivalenz als Konstrukt aus drei theoretischen Perspektiven beleuchtet. Aus der psychiatrischen Perspektive (2.1) geht es um die Stellung von Ambivalenz im Rahmen von Störungsbildern und als Faktor in ätiologischen Modellen.<sup>3</sup> Die Perspektive psychologischer Menschenbilder, die verschiedenen Therapieschulen zugrunde liegen, wird in 2.2 eingenommen, um die Bedeutung von Ambivalenz in ihnen zu erhellen. In 2.3 schließlich geht es aus therapietheoretischer Perspektive darum, wie der Umgang mit Ambivalenz als Aufgabe der Psychotherapie und Phänomen der Therapiebeziehung konzeptualisiert wird.

Die Wissenschaftsbereiche, auf die im theoretischen Teil dieser Arbeit Bezug genommen wird, weil Ambivalenz in ihnen an Bedeutung gewonnen hat und sie den Wissenshintergrund psychotherapeutischer Tätigkeit bilden, sind also breit gestreut. An dieser Stelle kann nur kurz angemerkt werden, dass sich die Nutzung dieses Begriffs jedoch nicht auf diese (Teil-) Disziplinen beschränkt. Um im Bereich der Psychologie zu bleiben: Ambivalenz wird auch in der Sozialpsychologie konzeptuell genutzt, vor allem in der Einstellungsforschung (vgl. Jonas, Brömer & Diehl, 2000; Priester & Petty, 2001). Von großer Bedeutung für die Entwicklungspsychologie ist die auf die Arbeiten von Bowlby zurückgehende Bindungstheorie, in deren Rahmen ebenfalls auf den Ambivalenzbegriff (man denke an den ambivalent-unsicheren Bindungsstil) rekurriert wird (Bowlby, 1980). Weiter fand, ausgehend von der Psychologie, ein Transfer des Begriffs in

---

3 Hier wird also auf die psychiatrischen Lehren von den Krankheitsbildern (Nosologie) und von den Krankheitsursachen (Ätiologie) zurückgegriffen.

die Soziologie, Literaturwissenschaft und Kunstkritik statt (eine Darstellung dieser Verbreitung findet sich bei Lüscher, 2002). Nicht zu vergessen ist außerdem, dass Ambivalenz mittlerweile auch Teil der gehobenen Umgangssprache geworden ist, d.h. eine Popularisierung des Begriffs stattgefunden hat.

Mit jedem Transfer in eines der hier kurz dargestellten Interaktionsfelder oder einen Diskurs wird eine Transformation der Begriffsbedeutung eingeleitet. Da ein Teil der Motivation dieser Arbeit darin liegt, diese zu erhellen, ist es notwendig, durch genaue Sichtung der Literatur die verschiedenen Metamorphosen des Ambivalenzkonzepts nachzuzeichnen. Bei allen Unterschieden, die sich im Verlauf dieser Darstellung abzeichnen werden, geht es vor allem um die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten in der jeweiligen Konzeption von Ambivalenz. Dazu ist jedem Abschnitt ein Fazit angehängt. In 2.4 wird ausgehend von dieser Untersuchung zur spezifizierten Fragestellung für den empirischen Teil der Arbeit übergeleitet.

## **2.1 Die psychiatrische Perspektive: Ambivalenz in Nosologie und Ätiologie**

Inwieweit Nosologie und Ätiologie korrespondieren können und sollen, ist gegenwärtig in der Psychiatrie und klinischen Psychologie stark umstritten.<sup>4</sup> Für

---

4 Der Grund dafür liegt darin, dass sich das Kraepelinsche Ideal einer perfekten Korrespondenz von Ätiologie, pathogenetischen Modellvorstellungen und Symptomatologie bisher nicht herstellen ließ. Grob lassen sich zwei Standpunkte bzgl. dieser Frage unterscheiden: Zum einen wird argumentiert, dass eine Nosologie unabhängig von theoretisch-ätiologischen Vorstellungen zur Entstehung der Krankheit, rein phänomenologisch, erstellt werden muss. So soll über alle Schulengrenzen hinweg zumindest eine diagnostische Kommunikation ermöglicht werden (vgl. dazu z.B Wakefield, 1999). Dieser Argumentation entspringt das Bemühen um eine atheoretische Fassung von Krankheitsbildern im diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association, in seinen letzten drei Ausgaben, DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV (1980, 1987, 1994). Zum anderen bemängeln aber die Vertreter therapeutischer Schulen, dass der Verzicht auf

die hier vorgenommene Betrachtung des Konstrukts "Ambivalenz" als Teil von Krankheitsbildern ist entscheidend zu erkennen, dass die Vorstellung, die sich von psychiatrischen Störungen gemacht wird, nicht unabhängig sein kann von Annahmen zu deren Pathogenese.<sup>5</sup> Den Begriff Ambivalenz in diesem Bild zu verorten, kann damit nicht rein deskriptiv und ohne Rückgriff auf ätiologische Modelle erfolgen. In diesem Abschnitt wird sich auf ambivalente Erscheinungen im Rahmen der Schizophrenie und der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschränkt. Beides sind psychische Störungen, die besonders häufig mit Ambivalenz in Verbindung gebracht werden – wie auch die Expertenbefragung im Rahmen dieser Arbeit bestätigt.

### **2.1.1 Ambivalenz und Schizophrenie**

#### *Von Eugen Bleulers Schizophreniedefinition zu heutigen Diagnosemanualen*

Der Begriff "Ambivalenz" wurde durch den Zürcher Nervenarzt Eugen Bleuler in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt, möglicherweise sogar erfunden (Bleuler, 1910, 1911, 1914). Geprägt als primär nosologischer Begriff zur Beschreibung eines psychopathologischen Phänomens im Rahmen der Schizophrenie wurde er aber, spätestens seit dem für ein breiteres Publikum gedachten Aufsatz "Die Ambivalenz" (Bleuler, 1914), versehen mit dem Bezug auch zu normalpsychologischen Erscheinungen. Diese vermeintliche Doppeldeutigkeit des

---

ätiologische Vorstellungen als Grundlage von Nosologie zu wissenschaftlichem Stillstand führe (z.B. Follette & Houts, 1996) und das Problem der Komorbidität enorme Ausmaße annehme, womit die rein kategoriale Sichtweise von psychischen Störungen ohne Bezug zu ätiologischen Modellen ad absurdum geführt werde (Pichot 1994). Daher werden entweder schulenspezifische (vgl. dazu aus behavioristischer Perspektive Follette & Houts, 1996) oder störungsspezifische pathogenetische und ätiologische Modelle als Grundlage von Nosologie gefordert (Millon, 2000a) oder zumindest als sinnvoll angedacht (Pichot, 1994).

5 Der Begriff der Pathogenese schließt nicht nur Krankheitsursachen, sondern auch auslösende und aufrechterhaltende Faktoren des Störungsverlaufs ein.



Begriffs lässt sich auflösen, wenn man den Umstand betrachtet, dass Bleuler die schizophrene Symptomatologie als Übertreibung und Störung eines letztendlich gesunden psychischen Prozesses verstand (vgl. dazu Stotz-Ingenlath, 2000; Stierlin, 1992).

Er beschreibt mit Ambivalenz zunächst den Negativismus (Bleuler, 1910), womit die Unfähigkeit gemeint ist, eine adäquate Antwort auf einen Außenreiz zu geben, z. B. eine Tür zu öffnen und hindurchzugehen, wobei es zu fehlenden oder gar gegenteiligen Reaktionen kommen kann. Diese Antriebsanomalie fand Bleuler v.a. bei Beobachtungen psychotischer Patienten des Zürcher psychiatrischen Universitätsklinikums "Burghölzli".<sup>6</sup> Anschließend integrierte er sie in seine Theorie der Schizophrenie (Bleuler 1911; vgl. zu seiner Schizophreniedefinition die Übersicht von Stotz-Ingenlath, 2000). Wie der Titel des Buches "Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien" schon anzeigt, war dieses Werk nicht als Gegenentwurf, sondern als Weiterentwicklung des Kraepelinschen Konzepts der "Dementia Praecox" gedacht.

Die Unterschiede zwischen beiden Ansätzen offenbaren sich schon in der neuen Namensgebung durch Bleuler: Erstens spricht Bleuler von einer Gruppe aus voneinander undeutlich abgegrenzten Syndromen und nicht von einer eindeutigen Krankheitskategorie wie Kraepelin (Pichot, 1994). Zweitens hielt er nicht den fortschreitenden geistigen Verfall mit frühem Beginn für das Kernsymptom, sondern die Inkohärenz oder Spaltung der Persönlichkeit, die auch Kraepelin beschrieben hatte. Dieses Phänomen interpretierte Bleuler, unter Rückgriff auf Theoretiker der Assoziationspsychologie (insbesondere Richard Semon, vgl. dazu Stierlin, 1992), als Lockerung von Assoziationen. Denken verstand er in dieser Tradition als fortwährende Reproduktion von durch lebenslange Erfahrungen

---

6 In Burghölzli begann er 1885 als Assistenzarzt und wurde später medizinischer Direktor dieser Einrichtung (vgl. zu Bleulers Leben und Werk Stotz-Ingenlath, 2000).

erworbenen und assoziativ miteinander verknüpften Ideen. Die Lockerung dieser Assoziationen führt nach Bleuler daher erst sekundär zu einer Denkstörung, bei der Gedanken abreißen, die Richtung wechseln oder inkonsistente, gegensätzliche Gedanken koexistieren können. Stotz-Ingenlath (2000) beschreibt, wie diese Lockerung der Assoziationen direkt zum Phänomen der Ambivalenz, einem sekundären Symptom der Schizophrenie in Bleulers Sinne, überleitet:

*Because of the impairment of associations, different aspects of one thing or one situation may not be considered in context: intellectually the patient thinks one idea together with the opposite idea. Affectively the same idea may be accompanied by pleasant and unpleasant feelings at the same time and the patients intentions may alternate between contrasting ambitions. (S. 157)*

Stotz-Ingenlath merkt zur Bedeutung, die Bleulers Schizophreniedefinition in heutigen Diagnosemanualen hat, an: "Eugen Bleulers concept of Schizophrenia is still valid nowadays even though modern classification systems specify different diagnostic criteria" (2000, S. 158). In der ICD-10<sup>7</sup> (vgl. die deutsche Übersetzung von Dilling, 1993) wird Ambivalenz den katatonen und negativen Symptomen zugeordnet, also in die Nähe von Antrieb und Affekt gerückt. Im DSM-IV (1994), wird der Begriff nicht verwendet. Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP, 1995) dagegen definiert Ambivalenz unter den Störungen der Affektivität als "Koexistenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen, Wünsche, Intentionen und/oder Impulse" (S. 134).<sup>8</sup> Es scheint, dass die modernen Diagnosemanualen wenig Aufschluss über das Phänomen der Ambivalenz geben können. Dies mag auch damit zusammenhän-

---

7 International Classification of Diseases der World Health Organization.

8 Wenig nachvollziehbar wird hier argumentiert, schwere Ambivalenz könne zwar dazu führen, dass ein Patient nicht mehr in der Lage sei, Entscheidungen zu treffen, jedoch sei "die affektive Störung 'Ambivalenz' von der kognitiven 'Entschlussunfähigkeit' oder 'Zwiespältigkeit' abzugrenzen" (S. 134).

gen, dass sie sich, durch ihre rein deskriptive und (bedingt) kategoriale Sichtweise, recht weit von Bleulers verstehender und nicht-kategorialer Herangehensweise in der Diagnostik entfernt haben.

Wie oben schon erwähnt, wendete Bleuler in späteren Ausführungen, so in dem "dem Zürcher Volke" gewidmeten Aufsatz "Die Ambivalenz" (1914), diesen Begriff auch auf normalpsychologische Phänomene an. Dies entspricht durchaus seinem Verständnis psychischer Störungen als Abweichung von normalen psychischen Prozessen. Hier beschreibt er auch soziale Beziehungen als "ambivalent", so die "Mutterliebe" (S. 96), das "Verhältnis von Mann und Frau" (S. 97) sowie den "Vaterkomplex" (S. 103). In diesem Zusammenhang ist eine weitere Besonderheit der Bleulerschen Vorstellung von psychischer Störung relevant: Bei seinen Überlegungen zur Ätiologie der Schizophrenie weist er sowohl biologischen Prozessen im Gehirn als auch psychosozialen Triggern Bedeutung zu (vgl. Stamm & Bühler, 2001; Stotz-Ingenlath, 2000). Damit, so resümiert Stotz-Ingenlath, sei er den heute verbreiteten Vulnerabilitäts-Stress Modellen oder biopsychosozialen Störungsmodellen (vgl. dazu Zubin & Spring, 1977; Ciompi, 1984; Nuechterlein & Dawson, 1984; eine kritische Übersicht geben Stamm & Bühler, 2001) sehr nahe gekommen. In diesen Modellen ist jeweils Raum für psychosoziale Auslöser psychischer Störungen, wie sie beispielsweise durch stresshafte soziale Beziehungen entstehen können. Damit schließt sich der Kreis zu als ambivalent erlebten Beziehungen zu signifikanten Anderen, denen Bleuler in seinem Aufsatz von 1914 eine Rolle als Auslöser von psychischen Krankheiten, für die eine Disposition besteht, zuweist.

#### *Ambivalenz und Familienbeziehungen in Störungsmodellen der Schizophrenie*

Schon bei Bleuler ist Ambivalenz also, wie oben ausgeführt, in sozialen Beziehungen verortet und im Zusammenwirken mit biologischen Dispositionen als ein auslösender Faktor in der Entstehung von Schizophrenie verstanden worden. Bemerkenswert ist daran die Einordnung von inter- und intrapsychischer Ambivalenz in eine Frühform eines biopsychosozialen Störungsmodells.

valenz in eine Frühform eines biopsychosozialen Störungsmodells. Zwischen Bleuler und Zubin, Ciompi oder Nüchterlein liegen jedoch Jahre, in denen erst die rein biologische Sichtweise der Schizophrenie vorherrschte, vor allem in Deutschland (vgl. dazu Kulenkampff im Vorwort zu Bateson et al.'s "Schizophrenie und Familie", 1992), um dann eine massive "Revolution" hervorzurufen: Die Kommunikationstheorie warf alle bisherigen Vorstellungen über Bord und betrachtete die Schizophrenie allein aus sozial-interaktioneller Perspektive. Hahlweg et al. fassen in einer kritischen Würdigung (1995) die ätiologischen Thesen von Bateson und Mitarbeitern zur *Doppelbindung* so zusammen: "Schizophrenie entstehe dann, wenn ein Kind gehäuft von wichtigen Bezugspersonen hinsichtlich emotional bedeutsamer Inhalte mit in sich widersprüchlicher Kommunikation konfrontiert werde, ohne dass es die Widersprüchlichkeit aufklären oder aus der Situation fliehen könne" (S. 9). Genau dies macht, nach Knellesen (1978), die Unauflösbarkeit der Doppelbindung wie auch der Ambivalenz aus: Sie verunmöglicht die Lösung durch Entscheidung.

Die Kommunikationstheoretiker wendeten sich jedoch rasch von der Betrachtung der Phänomene paradoxer Kommunikation als Spezifikum von Familien mit einem schizophrenen Angehörigen ab und weiteten die Theorie zu einem allgemeinen kommunikationstheoretischen Ansatz aus, in dem Doppelbindung zu einem "ubiquitärem Phänomen" (Hahlweg, et al., 1995, S. 10) wurde. Dies führte dazu, dass das anfängliche Postulat vom Double-bind als spezifischem, kausalem Prädiktor von Schizophrenie ad absurdum geführt und später auch von Bateson selbst revidiert wurde (Knellesen, 1978). Gleichzeitig fehlte die Einbettung der herausgearbeiteten sozial-interaktionellen Belastungsfaktoren in ein biopsychosoziales Störungsmodell. So läuft die These von der Doppelbindung – und damit ein wichtiger Beitrag zur Erforschung interaktioneller Ambivalenz im klinischen Kontext – heute vielfach unter der Überschrift "nicht nachgewiesen".

Um etwa zehn Jahre zeitversetzt zur These des Double-bind verbreitete sich ausgehend von Großbritannien ein anderer Ansatz, psychosoziale Stressoren in ihrer Wirkung auf Entstehung und Verlauf von schizophrenen Psychosen zu konzeptualisieren: Er beschreibt emotional aufgeladenes Familienklima unter dem Oberbegriff Expressed Emotion (EE). In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts fanden Brown und Mitarbeiter Hinweise darauf, dass schizophrene Patienten, die aus der Klinik nach Hause zurückkehrten zu Verwandten, die hoch emotional involviert waren, ein größeres Risiko für ein Rezidiv hatten, selbst wenn der Schweregrad ihrer Symptome zum Zeitpunkt der Entlassung miteingerechnet wurde (Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962). Dieses Konstrukt zur Beschreibung des Familienklimas war also zunächst wenig theoretisch fundiert, sondern leitete sich vor allem aus empirischen Beobachtungen in der praktischen Arbeit mit Familien schizophrener Patienten ab. In ihm wird Ambivalenz weniger offensichtlich als bei der Doppelbindung, jedoch weist seine Faktorenstruktur durchaus gegensätzlich Aspekte auf.

EE setzt sich (Brown, Birley & Wing 1972) zusammen aus den Faktoren *Kritik* (der am meisten Varianz erklärt), *emotionale Überinvolvierung (EOI)* und *Feindseligkeit* (überschneidet sich stark mit Kritik und ist daher von geringerer prädiktiver Validität). Ein vierter Faktor, *Wärme*, scheint sehr komplex zu sein und positiv mit Emotionaler Überinvolviertheit und negativ mit Kritik zu korrelieren und wurde daher nicht in den Index EE aufgenommen. Unter Verwendung dieses Indexes konnte gezeigt werden, dass ein hoher Grad an EE (entweder häufige Kritik *und/oder* starke emotionale Überinvolvierung *und/oder* Feindseligkeit bei *mindestens einem* Mitglied der Familie) zum Zeitpunkt 1 mit der Rückfallrate zum Zeitpunkt 2 korrelierte, stärker als die Symptomatik zum Zeitpunkt 1 dies tat, die außerdem nur gering mit der ausgedrückten Emotion in Familien zusammenhing. Diese Ergebnisse wurden im Anschluss von Vaughn und Leff (1976) repliziert. Kavanagh (1992) fasste in einer Übersicht zusammen, dass 16 aus 23 Studien den Effekt von High Expressed Emotion auf die Rezidivrate zeigen

konnten. Die mittlere Rückfallquote (über alle Studien) liegt, nach Kavanagh, für Patienten aus High EE Familien bei 48%, für Patienten aus Low EE Familien bei 21%. Der Zusammenhang wurde zunächst vor allem für schizophrene Patienten gezeigt, aber auch auf andere Patientengruppen ausgeweitet, ist also nicht schizophreniespezifisch.

Heute sind EE und verwandte Konzepte wie *Affective Style* (Doane, Goldstein & Rodnick 1981) und *Communication Deviance* (Singer & Wynne, 1966) gut verortet in Vulnerabilitäts-Stress Modellen (vgl. dazu Hooley & Hiller, 2001) – insbesondere dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell von Nuechterlein (vgl. dazu Stamm & Bühler, 2001). Hier wird Affective Style (ähnlich wie Expressed Emotion konzeptualisiert über die Faktoren Kritik, Schuldzuweisung und intrusive Einmischung) als psychosozialer Stressor gesehen. So konnten Nuechterlein und Mitarbeiter in einer regressionsanalytischen, quasiexperimentellen Feldstudie nachweisen, dass das Auftreten von Denkstörungen bei schizophrenen Patienten in einer Diskussion mit Familienmitgliedern von der Interaktion zwischen einer Störung des Arbeitsgedächtnisses (Vulnerabilität) und stark emotional aufgeladenem Familienklima (psychosozialer Stressor) abhing (Rosenfarb, Nuechterlein, Goldstein & Subotnik, 2000).<sup>9</sup>

Am Konzept der Expressed Emotion ist vielfach Kritik geübt worden. Olbrich (1983) kritisiert, es rufe unguete Reminiszenzen an die Double-Bind-Ära wach

---

9 Aufbauend auf das Konzept EE und seiner Verortung in ätiologischen Modellen zur Schizophrenie wurden verschiedene Therapieansätze entwickelt, die Familienmitglieder in die Behandlung der schizophrenen Erkrankung einbezogen. Das verbreitetste Konzept ist das von Faloon, Boyd und McGill (1984) entwickelte Behavioral Family Management (BMF), das in Deutschland von Hahlweg et al. etabliert wurde (1995). Neueste Metaanalysen randomisierter Kontrollstudien zeigen für dieses und verwandte Verfahren eine moderate Reduktion des Rezidivrisikos (Pharoa, Mari & Streiner, 2002; Pitschel-Waltz, Leucht, Bäuml, Kissling & Engel, 2001).

und verleite allzu leicht zu einer Schuldzuweisung an die Familien. Ähnliches kritisieren auch Wittgen, Watzl und Cohen (1989) und fordern eine positive Benennung der EE konstituierenden Faktoren. Goldstein (1992) mahnt an, EE als transaktionalen Prozess zu begreifen. So konnten Florin, Nostadt, Reck, Franzen und Jenkins (1992) zeigen, dass das EE-Verhalten von affektiv gestörten Patienten und ihren Partnern parallelisiert ist und mit dem Schweregrad der Erkrankung des Patienten zusammenhängt. Simon, Clement & Stierlin (1999) kritisieren, dass das Konzept es versäumt, ausgedrückte Emotion in einen komplexeren Sinnzusammenhang innerhalb des familiären Kontextes zu stellen. Statt dessen verleite das quantitative und dichotome Maß dazu, "nur die Menge ausgedrückter Emotionen zum pathologisch wirksamen Faktor" zu machen. "Positive wie negative emotionale Äußerungen können nunmehr leicht für äquivalent gehalten werden, ohne dass gesehen wird, inwieweit hier Mechanismen der Bindung oder Ausstoßung wirksam sind und welche Rolle emotionales Überengagement der Angehörigen für die Entwicklung der individuellen Autonomie und Identität spielt" (S. 85).

Es scheint dem Konzept der Expressed Emotion also zum ersten an begrifflicher Neutralität, zum zweiten an der Berücksichtigung wechselseitiger Interaktionen von Familienmitgliedern und zum dritten an theoretischer Ausgefeiltheit zu mangeln. Dennoch, darauf verweist die oben aufgeführte Übersicht von Kavanagh, scheint Expressed Emotion trotz seiner dichotomen Verkürzung einen wichtigen Faktor der Pathogenese von Schizophrenie und anderen psychischen Störungen innerhalb eines biopsychosoziale Störungsmodells abzubilden und ist verhältnismäßig gut evaluiert. Hier stellt sich die Frage, ob der – wissenschaftshistorisch außerordentlich interessante – Rückgriff auf Ambivalenz als Heuristik zur Beschreibung sozialer Beziehungen im allgemeinen und sozialer Beziehungen von psychisch erkrankten Menschen im besonderen, nicht eine sinnvolle Erweiterung des Expressed Emotion Konzepts darstellt. Simon et al. (1999, s.o.) geben, aus systemischer Sicht, schon einen Hinweis darauf: Der Faktor Kritik kann als Aus-

druck von persönlicher Distanzierung, der Faktor der emotionalen Überinvolvement als Ausdruck starker persönlicher Nähe gewertet werden. Interessant ist weniger das Ausmaß eines dieser Faktoren, sondern die Schwankungen zwischen ihnen und der Umgang mit diesem Hin- und Hergerissensein. Denkbar ist auch, dass die einseitige Positionierung auf einem dieser Faktoren der Versuch ist, diese Zerrissenheit aufzulösen. Als weitere Anhaltspunkte für diese Vermutungen lassen sich aufführen:

- In einer Untersuchung von Wittgen et al. (1989) luden von 32 Müttern 13 gleichzeitig *niedrig* auf Kritik *und* EOI (Low EE critical + EOI), 6 gleichzeitig *hoch* auf Kritik *und* EOI (High EE critical + EOI) und 13 nur auf einem der beiden Faktoren hoch (High EE critical *oder* EOI). Die Autoren schließen aus dem Befund, dass bei rund 40% der Mütter Kritik und EOI divergieren, dass es sich bei Kritik und EOI um unabhängige Merkmale handelt. Jedoch ließe sich dies auch so beschreiben, dass von den Müttern mit High EE knapp ein Drittel ambivalentes Verhalten zeigt, wie es auch in den im Ergebnisteil dargestellten Expertenäußerungen beschrieben wird.
- Parker (1989) stellt mit dem Konstrukt *Parental Bonding* eine Alternative zu EE auf, die wesentlich deutlicher Ambivalenzen abbildet: Er sieht optimales Elternverhalten reflektiert durch hohe Ladung auf der *Care* Skala und niedrige Ladung auf der *Protection* Skala. Negativ wird Elternverhalten bewertet, das als *Affectionless Control* bezeichnet wird und auf der *Care* Skala niedrig, auf der *Protection* Skala dagegen hoch lädt.
- Außerordentlich interessant ist in diesem Zusammenhang auch die "Heidelberger Depressionsstudie zum Einfluss von Partnerschaftsmerkmalen auf den Verlauf der Depression" (Backenstraß, Kronmüller, Reck, Fiedler & Mundt, 2001). Die Autoren konnten *keine* Rückfallprädiktion durch die Erhebung des EE-Status bei Entlassung zeigen. Dagegen ergaben sich mittels mikroanalytischer Auswertung von Konfliktgesprächen zwischen Patienten und Ehepartnern Interaktionseigenarten, die sehr wohl mit dem weiteren Verlauf der Depression zusammenhängen. Dies waren zum einen die Höhe der *Diskrepanz* bzgl. der Einschätzung der Ehequalität zwischen den Partnern und zum anderen Interaktionen, die durch *Konfliktvermeidung* und in der Folge durch eine höhere Rate an *Mehrdeutigkeiten* und damit *negativen Verstrickungen* gekennzeichnet waren.

Gegensätze in der Beziehungsgestaltung, wie sie von Bleuler sowie in der oben kurz dargestellten Theorie der Doppelbindung thematisiert werden, scheinen Interaktionen zwischen Eltern und Kindern und zwischen Partnern, insbesondere in durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen belasteten Familien, zu



durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen belasteten Familien, zu prägen. Im Konzept EE steckt Potential zur Abbildung dieser Gegensätze, ohne dass dieses genutzt würde.

### **2.1.2 Ambivalenz und die Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS)**

#### *Die Rolle von Ambivalenz für die Konzeptentwicklung der BPS*

Die diagnostische Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist aus der Beschreibung von Randphänomenen im Grenzbereich schizophrener Störungen (psychiatrische Perspektive) einerseits und von Störungen im Übergang zwischen Neurose und Psychose (psychoanalytische Perspektive) andererseits entstanden. Früh wurde deutlich, dass es sich bei diesen Phänomenen um stabile Persönlichkeitseigenschaften handelt und es etablierte sich als kleinster gemeinsamer Nenner mit dem Begriff "Borderline" eine Kennzeichnung von Instabilität im Bereich der Affektivität (Fiedler, 1998).<sup>10</sup>

Betrachtet man die psychoanalytisch gefärbten (vgl. z.B. Rohde-Dachser, 1989) und die psychiatrischen Diagnosekriterien zur BPS, fallen Überschneidungen bei der Beschreibung genau dieser überdauernden emotionalen Instabilität im Zusammenspiel mit Störungen des Selbstbildes auf: Rohde-Dachser nennt, aus psychoanalytischer Sicht, als eines von dreizehn möglichen Symptomen der BPS eine "Depression, in der Schuldgefühle weitgehend fehlen und sich statt dessen ohnmächtige Wut wechselnd gegen andere oder die eigene Person entlädt" (S. 127 f.). Die ICD-10 führt den Borderline Typus als Unterform der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung und kennzeichnet damit eine Störung des Selbstbildes, von Zielen und "inneren Präferenzen" und die Neigung, intensive,

---

<sup>10</sup> Phänomene im Übergang zu Schizophrenie sind später durch die Einführung der Diagnosekategorie "schizotype Persönlichkeitsstörung" beschrieben worden, womit die BPS endgültig in die Richtung einer "Affektiv-depressiven Persönlichkeitsstörung" rückte (Fiedler, 1998, S. 216).

dabei aber unbeständige Beziehungen einzugehen (Dilling, 1993). Von den im DSM-IV genannten Kriterien sind das zweite (Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen), dritte (Identitätsstörung, ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung) und sechste (affektive Instabilität) hervorzuheben (für die deutsche Übersetzung der diagnostischen Kriterien des DSM- IV vgl. Saß, 1998). Hier werden Phänomene beschrieben, die sich auch unter dem Vorzeichen von Ambivalenz betrachten lassen. Ausgehend von der Phänomenologie der BPS scheint eine Untersuchung von Erklärungsmodellen zu dieser Störung auf den Faktor Ambivalenzerleben hin angebracht.

#### *Die Rolle der Ambivalenz in Erklärungsansätzen zur BPS*

Die zweite Generation der Psychoanalytiker richtete sich nach Fiedler (1998) "voll auf die Erforschung der sog. Ich-Funktionen" (S. 61) aus und entwarf damit auch Theorien der Objekt-Beziehungen, mit denen die Entwicklung des Konzepts der Borderline-Störung eng verknüpft ist. In diesem Sinne wurde angenommen, dass aufgrund früher, traumatischer Objektbeziehungen, unzureichend oder einseitig ausgebildete Selbst- oder Objektrepräsentanzen (also affektiv-kognitive Bilder über sich selbst und andere in sozialen Beziehungen) entstehen können. Diese werden als Ursache von – überwiegend als Beziehungsstörungen konzeptualisierten – Persönlichkeitsstörungen betrachtet.

In Bezug auf die BPS führen nach Kernberg frühkindliche orale Traumata, die hier nicht näher spezifiziert werden können, zur "Spaltung verinnerlichter Selbst- und Objektrepräsentanzen in 'gute' und 'böse'" (Kernberg, 1979, S. 171).<sup>11</sup> Damit

---

11 Hier wird, z.B. von Rohde-Dachser (1989) auch auf Melanie Klein rekurriert: Findet in der Entwicklungsphase der paranoid schizoiden Position, in der Spaltung in gute und böse Objekte ubiquitär ist (vgl. Segals Klein-Rezeption, 1974) eine massive Enttäuschung oder Traumatisierung statt, kann die nächsthöhere depressive Position, gekennzeichnet durch das

sei bei BPS-Patienten die Fähigkeit, andere als ganze Objekte wahrzunehmen und Beziehungen zu ihnen aufzubauen (Objekt Konstanz) gestört. Dies äußert sich, so Kernberg, darin "dass sie Ambivalenz anderen gegenüber so schwer ertragen können" (S. 171). Dieses Defizit wird ausgeglichen durch spezifische Formen des Selbstschutzes, die für das weitere Leben die Beziehungsgestaltung prägen (und damit Teil der Borderlinesymptomatik sind). Fiedler (1998) stellt dazu fest: "Bei Borderline Patienten kann vor allem das dominierende 'Schwarz-Weiß-' bzw. 'Gut-Böse-'Denken in zwischenmenschlichen Beziehungen immer wieder zu einem abrupten Wechsel zwischen 'Zuneigung' und 'Ablehnung', zwischen 'Liebe' und 'Hass' Anlass geben" (S. 231). Ambivalenz ist in den psychoanalytischen Erklärungsansätzen der BPS also ein Schlüsselkonzept, und gleichzeitig ist der spezifische Umgang mit Ambivalenz ein Aspekt der aus psychoanalytischer Perspektive beschriebenen Symptomatik. Da die psychoanalytischen Konzeptionen "die Aufnahme der 'Borderline-Persönlichkeitsstörungen' in das DSM-III maßgeblich vorbereiteten" (S. 218), finden sich daran angelehnte Kriterien auch in den heutigen Diagnosemanualen mit atheoretischem Anspruch.

Mit "beträchtlicher Zeitverzögerung", so Fiedler (1998, S. 234), widmeten sich auch klinische Psychologen und Verhaltenstherapeuten der BPS und schlossen sich in der Syndromausarbeitung weitgehend den Psychoanalytikern an. Jedoch entwarfen sie eigene Erklärungsansätze der Symptomatik und fassen das, was Kernberg "Spaltung" nennt, als dysfunktionale kognitive Funktionsmodi im Sinne eines Alles-Oder-Nichts-Denkens. Als ein herausragendes Beispiel für die kognitiv-behaviorale Richtung soll hier das biopsychosoziale Erklärungsmodell der BPS von Marsha Linehan dargestellt werden, in dem besonders ausführlich Ambivalenz thematisiert wird. Linehan (1993) betrachtet diese Persönlichkeits-

---

Aushalten von Ambivalenz, nicht erreicht werden. Es kommt also zu einer Regression auf die paranoid schizoide Position, welche die Borderline-Störung kennzeichnet (zu Melanie Kleins Modell der Persönlichkeitsentwicklung s. 2.2.1)

störung primär als Dysfunktion der Affektregulation und interpretiert die maladaptiven Verhaltensmuster, welche die Symptomatik der BPS ausmachen, als sekundäre Versuche, diese Erregungszustände zu modulieren. Für die Dysfunktion der Affektregulation macht sie sowohl (neuro-) biologische (z.B. Reaktivität des limbischen Systems, Störung der Aufmerksamkeitskontrolle) als auch psychosoziale Faktoren verantwortlich, die interagieren müssen, um zu einer Störung zu führen (vgl. dazu Bohus & Berger, 1996).

Die psychosozialen Faktoren sucht Linehan vor allem in einer "invalidierenden Umgebung" (Linehan, 1989, S. 222). Diese ist gekennzeichnet durch unangemessene, inkonsequente und extreme Reaktionen auf – insbesondere negative – Emotionsäußerungen. Eltern erwarten mit ausgesprochen positivem Denken und rigider Emotionskontrolle einhergehendes Verhalten, das insbesondere neurobiologisch prädisponierte Kinder nicht zeigen können. Dem nicht entsprechendes Verhalten wird bestraft oder abgewertet, auch wenn es, im Rahmen der Möglichkeiten des Kindes, noch situationsadäquat ist. Dieser Bestrafung kann das Kind, mangels positiver Verhaltensmodelle und trotz seiner Versuche, negative Emotionen zu vermeiden, nicht entkommen. Es zeigt in der Folge immer extremer werdende negative Emotionsäußerungen, die, sind sie nur extrem genug, beschwichtigt und dadurch positiv verstärkt werden (Linehan, 1993).<sup>12 13</sup>

---

12 Interessanterweise stellt Linehan hier eine Ähnlichkeit mit dem Expressed Emotion Konzept fest, merkt aber an, dass zusätzlich zu emotionalem Überengagement und Kritik bei der für BPS vulnerabilisierenden Umgangsform in Familien noch eine "nonrecognition of the actual state of the individual" kommen muss (Linehan, 1993, S.50).

13 Millon, der für die BPS innerhalb seines Polaritätenmodells der Persönlichkeitsstörungen (vgl. Millon, 1990) Ambivalenz zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit auf der Dimension wiederholter Strategien der Beziehungsgestaltung konstatiert, weist in einer neuen Arbeit auf soziokulturelle Einflüsse auf dieses Störungsbild hin (Millon, 2000b). Postmoderne Phänomene wie ansteigende Immigration, Mobilität, Urbanisierung und der Ein-

So kommt es zu emotionaler Dysregulation beim Kind und in der Folge zu einer massiven Identitätsstörung, interpersonalem Chaos und impulsivem Verhalten. In der Darstellung von Linehans Modell bei Fiedler (1998) wird die interaktionelle Unsicherheit von BPS-Patienten als dysfunktionaler Umgang mit inneren Gegensätzen, kurz "vulnerabilitätsbedingte Ambivalenz", genannt (S. 236).<sup>14</sup> Diese Ambivalenzen oder Widersprüche, innerhalb derer Linehan die Borderline-Symptomatik verortet, spannen sich zwischen zwei polaren Dimensionen auf:

- "Aktive Passivität", d.h. die Tendenz, an Probleme passiv und hilflos heranzugehen, vs. "scheinbare Kompetenz", womit der Umstand bezeichnet ist, dass BPS-Patienten leicht einen täuschend kompetenten Eindruck machen, weil zunächst die extremen Schwankungen über die Zeit nicht beachtet werden.
- "Permanente Krise", damit ist die Unfähigkeit bezeichnet, auf ein stabiles emotionales Grundniveau zurückzukehren, vs. "Gehemmte Trauer", d.h. der beständige Versuch, die Verarbeitung persönlicher Krisen, traumatischer Erfahrungen etc. zu vermeiden.

---

fluss der Massenmedien, das Aufbrechen traditioneller Geschlechterrollen, den Verlust von Rollenvorbildern und die Zersplitterung von Familienverbänden haben laut Millon Einfluss insbesondere auf die Qualität von Generationenbeziehungen. So spannt Millon einen Bogen zwischen soziologisch, sozialpsychologisch und klinisch-psychologisch beobachtbaren Veränderungen (z.B. erhöhten Mobilitätsanforderungen, veränderten Mustern der Beziehungsgestaltung und der gegenwärtigen Epidemiologie der BPS). Auf Linehans Konzeption der BPS angewendet, kann dies bedeuten, dass das Risiko einer invalidierenden Umgebung möglicherweise in postmodernen Gesellschaften größer ist, da sich in diesen neue, andere Anforderungen an die Beziehungsgestaltung stellen.

14 Linehan selbst allerdings verwendet den Begriff Ambivalenz nicht, sondern spricht von "Widersprüchen", "Gegensatzpaaren" und "Polaritäten", von "Ambiguität", die sie allerdings mit "Zweideutigkeit" übersetzt, sowie von "These", "Antithese" und "Synthese" (vgl. Linehan, 1989, S. 220 f.), d.h. sie bewegt sich ganz in der Diktion der Dialektik.



Abbildung 1. Modell einer dialektisch-ambivalenten Identitätskonfusion bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen sensu Linehan (1989), nach Fiedler (1998, S. 236)

Damit ist auch die Identitätsstörung von BPS-Patienten beschrieben, denn, so Linehan (1993):

*A sense of identity, among other things, is contingent on preferring or liking something consistently. For example, a person who always enjoys drawing and painting may develop an image of herself that includes aspects of an artists identity. Others observing this same preference may react to the person as an artist, further developing her image of herself. Unpredictable emotional lability, however, leads to unpredictable behavior and cognitive inconsistency; thus a stable self-concept, or sense of identity, fails to develop (S. 61).*

### 2.1.3 Exkurs: Persönlichkeit, soziale Beziehungen und Ambivalenz

Fiedler vertritt in seiner Arbeit über die Geschichte, Konzeption und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen die Ansicht, dass es sich bei diesen um "komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens" (1998, S. 114) handelt. Es gibt eine Reihe von Circumplexmodellen zur Beschreibung der Persönlichkeit durch Einordnung zwischenmenschlicher Interaktionseigenarten einer Person in einem Raum, der zwischen zwei Dimensionen des Beziehungsverhaltens aufgespannt ist. Das Modell von Leary (1957) weist als Vertikale eine Dimension mit den Polen Dominanz und Unterwürfigkeit, als Horizontale eine Dimension mit den Polen Liebe und Hass auf. In leicht abgewandelter Form finden sich diese Basisdimensionen auch im

sich diese Basisdimensionen auch im interpersonellen Zirkel von Kiesler (1983) (vgl. zur Übersicht Fiedler, 1998). Für die Untersuchung der Rolle von Ambivalenz in diesem Zusammenhang ist das Entscheidende an diesen Modellen, dass sie versuchen, gewohnheitsmäßige Strategien der Beziehungsgestaltung, verortet zwischen Polaritäten, als Grundlage für die Beschreibung der Persönlichkeit heranzuziehen.<sup>15</sup>

*Der interpersonelle Ansatz zur Nosologie von Persönlichkeitsstörungen von L. S. Benjamin*<sup>16</sup>

Eine entscheidende Weiterentwicklung dieser interpersonellen Kreismodelle stammt von Lorna S. Benjamin und diese ist für die hier untersuchte Thematik insbesondere deshalb interessant, weil sowohl Ambivalenz, als auch Doppelbindung, als auch Konflikt in ihr ausdrücklich operationalisiert sind. Aufbauend auf diesem Modell wird soziales Verhalten einer Analyse zugänglich (Structural Analysis of Social Behavior, SASB, Benjamin, 1974).<sup>17</sup> Das SASB-Modell (vgl. Abb. 2) weist folgende Unterschiede zu den oben genannten Kreismodellen auf (Benjamin, 1994):

- Es betrachtet zwischenmenschliches Verhalten auf drei verschiedenen Ebenen der Aufmerksamkeitsverteilung. *Fokus 1, Andere*, ist gekennzeichnet durch

---

15 Als Vorreiter dieser interpersonellen Ansätze werden zum einen der Psychoanalytiker Harry Stack Sullivan (vgl. dazu Benjamin, 1994; Fiedler, 1998) und zum anderen der Philosoph und Sozialpsychologe George Herbert Mead genannt: "In the broader sense, Mead's social behaviorism can rightly be considered the creative watershed to which later theories of interpersonal relations can trace their sources" (Leary, 1957, S. 101).

16 Benjamin konzeptualisiert allerdings alle psychischen Störungen, auch die der Achse I des DSM, als Beziehungsstörungen (vgl. Benjamin, 1986).

17 Die SASB kam beispielsweise in der unter 2.1.1 zitierten Heidelberger Studie zum Einfluss von Partnerschaftsmerkmalen auf den Verlauf der Depression (Backenstraß et al., 2001) zur Anwendung.

Interpersonalität und Transitivity, d.h. hier geht es um auf andere zielendes Verhalten (z.B. Freiheit gewähren vs. kontrollieren auf der Vertikalen). *Fokus 2, Selbst*, ist ebenfalls interpersonal gedacht, jedoch intransitiv, d.h. hier wird Verhalten gegenüber sich selbst im Verhältnis zu anderen betrachtet (z.B. sich unabhängig machen vs. nachgeben auf der Vertikalen). *Fokus 3, Introjekt* beschreibt internalisierte Normen der innerpsychischen Regulation, d.h. in sozialer Interaktion erworbene Grundhaltungen einer Person sich selbst gegenüber, die letztendlich auch interpersonal gedacht sind, denn "it is the key to linking self concept to social milieu" (Benjamin, Foster, Roberto & Estroff, 1986, S. 396).

- Ebenso wie bei Leary, Kiesler oder Horowitz ist die Horizontale die Zuneigungsdimension mit den Polen Liebe und Hass. Auf der Vertikalen (der Statusdimension) stellt Benjamin Dominanz jedoch Autonomie und nicht Unterwürfigkeit gegenüber.

Durch die Betrachtung von sozialem Verhalten auf diesen drei Ebenen wird es im SASB-Modell möglich, soziale Wahrnehmungen (Fokus 1 und 2) in Bezug zum Selbstkonzept (Fokus 3) zu setzen. Dies erlaubt den Test von Hypothesen zur Entstehung von Persönlichkeitsstörungen als Folge sozial-interaktioneller Erfahrungen.

Die Analyse des Sozialverhaltens, die auf diesem Modell aufbaut, beachtet zum einen personenspezifische Strukturmerkmale des Sozialverhaltens und zum anderen Strukturmuster der Interaktionsfolgen zweier Interaktionspartner. Bei der Analyse personenspezifischer Strukturmerkmale zwischenmenschlichen Verhaltens kommen die Operationalisierungen von Doppelbindung, Ambivalenz und Konflikt zum Einsatz:



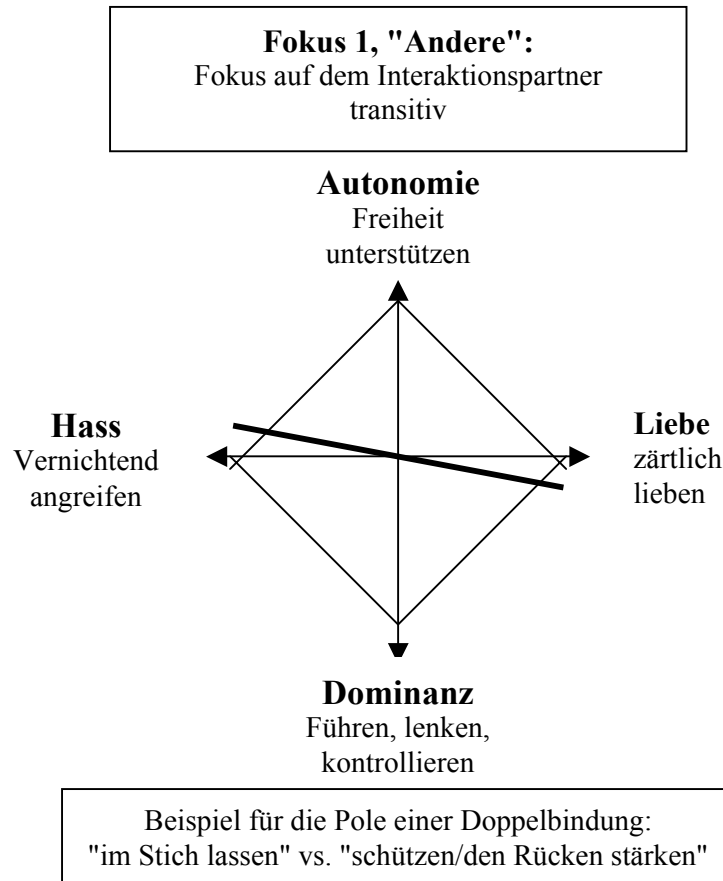


Abbildung 2. Die Operationalisierung von Doppelbindung sensu Benjamin im SASB-Modell (Benjamin, 1982).

*Doppelbindung* ist definiert als widersprüchliche Kommunikation gegenüber anderen (Fokus 1, vgl. Abb. 2) *Ambivalenz* dagegen zeigt sich als gegensätzliches Verhalten mit Selbstbezug in Relation zu anderen (Fokus 2, vgl. Abb. 3).<sup>18</sup> Bei widersprüchlichen Grundhaltungen im Selbstkonzept (Fokus 3, vgl. Abb. 4) wird *Konflikt* codiert.

---

18 So wird (Benjamin, 1982) z.B. der Fall eines Patienten beschrieben, der gegenüber seiner Mutter zwischen Trotz und Nachgiebigkeit schwankt (intransitiv, Fokus 2, mit Selbstbezug, daher codiert als Ambivalenz), während seine Frau ihm gegenüber Verhalten zeigt, das zwischen Zurückweisung und wohlwollender Kontrolle wechselte (transitiv, Fokus 1, daher codiert als Doppelbindung)

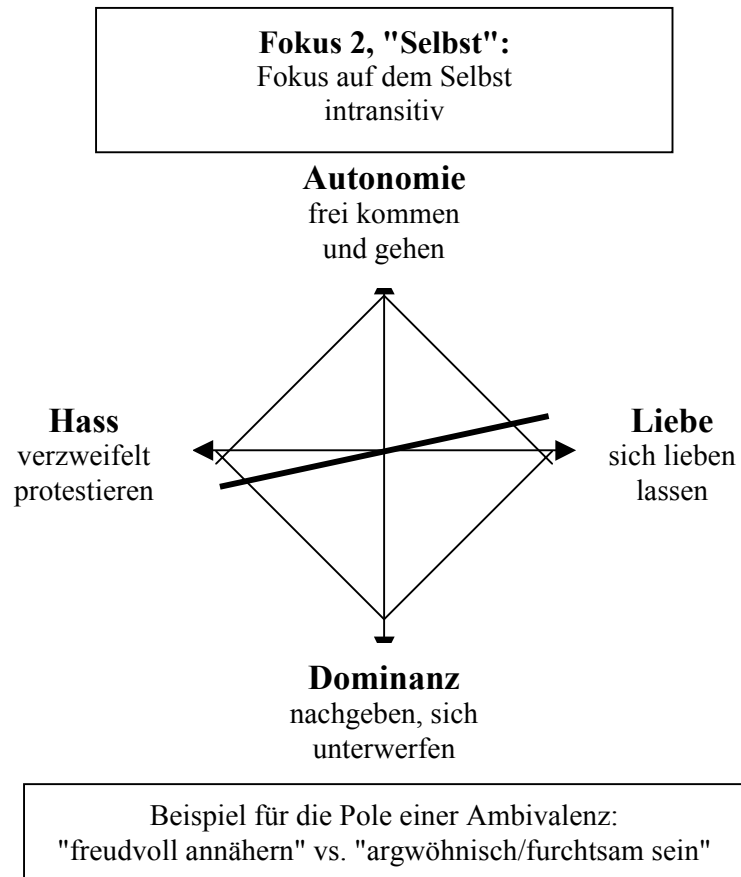


Abbildung 3. Die Operationalisierung von Ambivalenz sensu Benjamin im SASB-Modell (Benjamin, 1982).

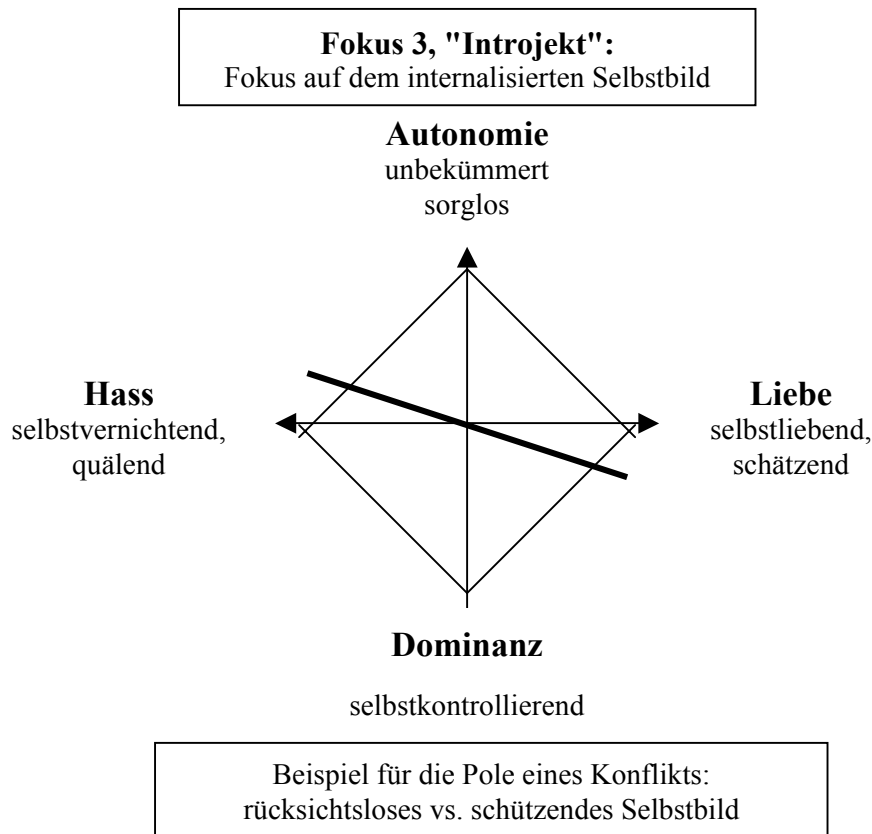


Abbildung 4. Die Operationalisierung von Konflikt sensu Benjamin im SASB-Modell (Benjamin, 1982).

Benjamin sucht Wege nach einer alternativen interpersonalen Nosologie und sozial-interaktionalen Kriterien zur Beschreibung von psychischen Störungen. Sie sieht sich damit nicht in Opposition zu Forschern, die sich mit biochemischen Ursachen von psychischen Störungen beschäftigen. Wie schon die oben behandelten Theoretiker (Zubin, Ciompi, Nüchterlein, Linehan) rechnet sie sich einer "interactional philosophy of nature and nurture" (Benjamin, 1986b, S. 601) zu und stellt – mit Rekurs auf Lorenz und Tinbergin – fest, dass die Beschreibung von Regelmäßigkeiten des Sozialverhaltens keineswegs ein nicht-biologisches Anliegen ist.<sup>19</sup>

---

19 Damit steht Benjamin in einer Linie mit Autoren wie Michael Meaney, der für interaktionelle Ansätze bei der Erklärung menschlichen Verhaltens ("Human Behavioral Genetics", Mea-

#### 2.1.4 Fazit: Elemente von Ambivalenz aus psychiatrischer Perspektive

In diesem ersten Abschnitt wurde dargestellt, dass sich Spuren des Ambivalenzbegriffs auch in den heutigen Kriterien zur Beschreibung psychischer Störungen in modernen Diagnosemanualen finden, sowohl bzgl. der Schizophrenien (Ambivalenz im Antrieb und Affekt) als auch bzgl. der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Instabilität im Affekt, im Selbstbild, in inneren Zielen und der Beziehungsgestaltung). Deutlich wird die Rolle von Ambivalenz in biopsychosozialen Störungsmodellen. Wissenschaftshistorisch ausgesprochen interessant ist, dass diese Konzeption von intra- und interpsychischem Ambivalenzerleben als Einflussgröße auf psychische Störungen in Interaktion mit biologischen Vulnerabilitätsfaktoren schon vom Erfinder des Begriffs, Eugen Bleuler, angedacht wurde: "...die 'Psychoneurosen' entstehen, wie immer klarer wird, meist durch das Zusammenwirken einer Disposition, die verschieden geartet sein kann, und einer oder mehrerer auslösender Ursachen, die zum größten Teil psychische Konflikte, also ambivalente Motive sind" (Bleuler, 1914, S. 103). Gleichzeitig bildet sich auch die Symptomatik von psychischen Störungen, wie Benjamin zeigt, im zwischenmenschlichen Verhalten ab.

Es lassen sich Elemente herausarbeiten, welche die Verwendung des Begriffs aus psychiatrischer Perspektive durchziehen:

1. Mit Ambivalenz werden *Gegensätzlichkeiten* oder *Widersprüche* in intrapsychischen Prozessen (Fühlen, Denken, Wollen) sowie im Verhalten bezeichnet, wobei diese nicht durchgängig als *gleichzeitig* beschrieben werden.

---

Meaney, 2001, S. 53) plädiert und dabei v.a. behaviorale Einflüsse auf die Genexpression und damit auf die Proteinsynthese hervorhebt. Meaney beruft sich im Rahmen dieser Forderung auf Donald Hebb, der, gefragt, ob eher genetische Anlage oder die Umwelt die Persönlichkeit beeinflusse, zur Antwort gab, dies sei, als frage man was mehr zur Fläche eines Rechtecks beirage – die Quer- oder die Längsseite.

2. Der Bezug von Ambivalenz auf Verhalten wird auch auf *sozial-interaktionelles Verhalten*, also die *Gestaltung sozialer Beziehungen*, erweitert. Es kann sich dabei um widersprüchliche Kommunikation (Double-bind), um Einstellungen gegenüber und Wahrnehmungen von signifikanten Anderen (EE, Objektbeziehungen) oder um stabile Muster des Selbstbezugs im Verhältnis zu anderen (SASB) handeln. Im psychiatrischen Kontext interessiert insbesondere interaktionale Ambivalenz in Familien mit einem psychisch erkrankten Mitglied als eine von mehreren Ursachen, Auslösern oder aufrechterhaltenden Faktoren der psychischen Störung.
3. Ebenso wird Ambivalenz mit der Ausgestaltung von *Identität* in Verbindung gebracht: Schon Bleuler prägte den Begriff zur Beschreibung einer Gruppe von Störungen, deren Kernsymptom er in der Spaltung oder Inkohärenz der Persönlichkeit sah. Psychoanalytische Theoretiker begreifen die BPS mitsamt der sie charakterisierenden Spaltung als Störung der Ich-Funktion und Linehan bringt die vulnerabilitätsbedingte Ambivalenz von BPS-Patienten in Verbindung mit deren Identitätskonfusion. Benjamin letztendlich arbeitet ein Konzept aus, in dem Ambivalenz auf der Ebene des Selbstbezugs verortet wird.
4. Ambivalenz haftet aus psychiatrischer Perspektive die Konnotation von *Unlösbarkeit* an: Der Negativismus ist ein Verhaltensphänomen, das mit ausgesprochener Handlungshemmung oder Konfusion des zielgerichteten Verhaltens einhergeht. Menschen, die sich in Doppelbindungs-Situationen verstrickt sehen, können diesen Widersprüchen nicht entkommen, da diese auf verschiedenen Kommunikationskanälen transportiert werden und außerdem keine Lösung durch Entscheidung erlauben. Kinder, die in sehr frühen Objektbeziehungen traumatisiert werden, sind durch extreme Ambivalenz überfordert und sehen die Spaltung als einzigen Ausweg. Symptombildung, d.h. die Ausformung langfristig dysfunktionalen Verhaltens, wird häufig, v.a. in Modellen

zur BPS als Umgang mit Ambivalenz verstanden, d.h. als Versuch, das Unlösbare zu lösen.

## **2.2 Die psychologische Perspektive: Ambivalenz in psychologischen Menschenbildern**

### **2.2.1 Ambivalenz im Menschenbild der Psychoanalyse**

Olaf Knellesen hat mit seiner Dissertation 1978 eine kritische Untersuchung des psychoanalytischen Ambivalenzbegriffs vorgelegt, auf die sich der folgende Abschnitt bezieht. Die Verankerung der Ambivalenz im klassisch psychoanalytischen Menschenbild weist nach Knellesen zwei Besonderheiten auf: Sie ist zum einen biologistisch und zum anderen individuumszentriert. Der Bleulersche Ambivalenzbegriff wird, folgt man Knellesen, von Freud absorbiert und biologistisch in der naturhaften Dualität von Aktiv und Passiv, Liebe und Hass, kurz: dem Gegeneinander von Lebenstrieb (Eros) und Todestrieb (Thanatos) verortet. Damit geht auch eine Ontologisierung des Ambivalenzbegriffs durch die Psychoanalyse einher. Individuumszentriert gedacht ist der Ambivalenzbegriff in psychoanalytischer Diktion, weil Ambivalenz auf diese Weise in der intrapsychischen Triebdynamik verankert ist.

Für die Psychoanalyse relevant ist die Abgrenzung zwischen Ambivalenz, Konflikt und Abwehr, die Knellesen wie folgt vornimmt: Nicht jeder Konflikt ist ambivalent, ambivalent sind Konflikte, die sich aus dem Gegeneinander von Lebens- und Todestrieb ergeben. Abwehr ist eine Form des Umgangs mit ambivalenter Spannung, durch ihre Mechanismen wird eine Seite der Liebe-Hass Polarität ins Unbewusste verschoben. Aus diesem Prozess kann Symptombildung entstehen, über die Ambivalenz sich nach außen mitteilt. Auch hier eröffnet sich also das Spannungsfeld von Normalität und Pathologie, in dem sich der Begriff der Ambivalenz bewegt: "Gerade in bezug (sic!) auf die Ambivalenz wirft die Pathologie die Frage nach dem Normalen, wirft die Krankheit die Frage nach der Gesundheit auf." (Knellesen, 1978, S. 67). Aus der Abgrenzung zum Konflikt ergibt sich die spezifische Unlösbarkeit der Ambivalenz, denn ambivalente Stre-

bungen sind eben nicht gegeneinander aufrechenbar. Die Unlösbarkeit wird noch verstärkt durch den Umstand, dass Ambivalenz dem Bewusstsein nicht ohne weiteres zugänglich ist, weil eine Seite der polaren Gegensätze ins Unbewusste verschoben ist. In diesem Zusammenhang schlägt Knellisen vor, Ambivalenz als mit einem "Stufencharakter" (Knellisen, 1978, S. 37) versehen zu konzeptualisieren.<sup>20</sup>

Nachfolgende Theoretiker der Psychoanalyse weiten den Anwendungsradius des Ambivalenzbegriffs aber durchaus auf soziale Beziehungen aus, was bei Freud lediglich diffus angedacht ist. Die in 2.1 bereits dargestellte Entwicklung innerhalb der psychoanalytischen Schule, Ich-Funktionen mit der Erfahrung von Objektbeziehungen zu verknüpfen, wird vor allem von Melanie Klein vorangetrieben. Für diese Begriffserweiterung stellt Knellisen fest: "Psychoanalyse als Sozialwissenschaft hat den biologisch-materialistischen Gegenstand, der anfangs als Naturwissenschaft gegen jede Anfechtung verteidigt wurde, keinesfalls behoben, sondern in größerem Rahmen aufgehoben" (Knellisen, 1978, S. 261). Hier klingt biopsychosoziales Denken an. Dennoch bleibt Ambivalenz in der Psychoanalyse ein intrapsychisches Phänomen und wird nicht zur Beschreibung von Erscheinungen des Interaktionsverhaltens angewendet, wie dies z.B. für das Paradoxon in der Kommunikationstheorie der Fall ist.

Klein entwarf in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts ein entwicklungspsychologisches Stufenmodell, in dem "der Begriff Ambivalenz zentral wurde" (Parker, 1995, S. 16, Übersetzung der Autorin). Sie postuliert zwei zeitversetzte und aufeinander aufbauende Positionen des Säuglings bzgl. seiner Objektbeziehungen. Die paranoid schizoide Position dauert bis zum zweiten Viertel des ersten Lebensjahres und ist geprägt durch die Spaltung des Bildes von der Mutter

---

<sup>20</sup> Vgl. dazu die Vorgehensweise Lüschers in „Uncovering and conceptualizing intergenerational ambivalences“ (im Druck).

in eine gute, sorgende und eine böse, versagende Seite. Zum Ende des ersten Lebensjahres gelingt dem Kind eine immer stärkere Integration dieser beiden Seiten in seiner Beziehung zum Objekt Mutter. Durch eine verbesserte Einschätzung der Realität wird dieser Konflikt bewusster. Damit ist die depressive Position erreicht, auf der Ambivalenz im Kleinschen Modell angesiedelt ist. Mit dem integrierteren Bild von der Mutter setzt Trauer und Leiden ein: "Auf dem Höhepunkt seiner Ambivalenz bricht depressive Verzweiflung über das Kind herein. Es erinnert sich, dass es seine Mutter geliebt hat, liebt sie ja auch noch, glaubt aber, sie gefressen oder zerstört zu haben, so dass sie in der Außenwelt nicht mehr verfügbar ist." (Segal, 1974, S. 97). Nach Parker (1995) unterscheiden sich die Ängste des Kindes zwischen der paranoid schizoiden und der depressiven Position qualitativ: In ersterer besteht Angst um das eigene Leben, in der zweiten Angst um den anderen, den der eigene Hass treffen könnte.

Letztendlich, so Knellesen (1978), lässt sich auch bei Klein die mit Ambivalenz bezeichnete Polarität auf einen Kampf zwischen Liebe und Hass oder Lebens- und Todestrieb herunterbrechen. Die Psychoanalytikerin Parker konstatiert eine bedeutende Neuerung, welche die Kleinsche Entwicklungspsychologie dem Verständnis von Ambivalenz hinzufügt: In ihr ist Ambivalenz positiv konnotiert und wird als Aufgabe und Errungenschaft gesehen, die eine normale Reifung erst ermöglicht: Der Umgang mit Ambivalenz ist für das Kind eine Entwicklungsaufgabe.<sup>21</sup> Mithin kann Ambivalenz auch als Aufgabe der Erziehung verstanden werden

---

21 In "Mother Love/Mother Hate" (1995) schlägt Parker vor, diese Sichtweise auch auf Mütter anzuwenden und das Erkennen von Ambivalenzen gegenüber dem Kind als Impuls zu nutzen: "Then we can see, that the mothers achievement of ambivalence – the awareness of her coexisting love and hate for the baby – can promote a sense of concern and responsibility towards, and differentiation of self from, the baby" (S. 17). Parkers Ansatz ist ein Bei-



### **2.2.2 Ambivalenz im Menschenbild der Lerntheorie**

Das Konfliktmodell, das Dollard und Miller in ihrem Werk "Personality and Psychotherapy" (1950) entwickeln, ist eine wichtige Quelle für das Verständnis von Ambivalenz aus Sicht der Lerntheorie. Ihren Ansatz zeichnen zwei Besonderheiten aus: Zum einen waren Dollard und Miller die ersten, die Prinzipien der Hullschen Lerntheorie zur Erklärung von Phänomenen normaler und abnormaler Persönlichkeit anwendeten (vgl. Pervin, 2000), um damit die Lerntheorie fruchtbar zu machen für psychotherapeutische Ansätze. Zum anderen kann man sie zu denjenigen Forschern zählen, die versuchen, "Wissensbestände von Psychoanalyse und empirischer Psychologie aufeinander zu beziehen" (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 740). Konsequenterweise widmeten Dollard und Miller ihr Buch Ivan Pavlov und Sigmund Freud. Bei dem hier vorgestellten Konfliktmodell handelt es sich also um eine Theorie der Neurose, die auf dem Verständnis allgemeingültiger psychischer Gesetzmäßigkeiten aufbaut.

Dollard und Miller unterscheiden zwischen angeborenen menschlichen Grundbedürfnissen, "primary drives" (1950, S. 63), wie Hunger und Durst, und erlernten Trieben, wie dem der Angst oder Furcht vor Objekten und dem Bedürfnis nach Reduktion derselben. Furcht vor bestimmten Reizen wird durch Assoziation dieser Stimuli mit Schmerzreizen klassisch konditioniert. Furchtreduktion dagegen wirkt als Antrieb für Verhalten, wenn dieses operant eingesetzt werden kann, um mit Angst assoziierte Stimuli zu vermeiden. Dieses Lernen findet in sozialer Interaktion, insbesondere in der Familie als "most important learning situation" (Dollard & Miller 1950, S. 144) statt. Der psychoanalytische Begriff der Ich-Stärke wird konzeptualisiert als Ergebnis erlernter Triebe und Fähigkeiten, mentale Prozesse höherer Ordnung einzusetzen.

---

spiel für die Umformung von älteren psychoanalytischen Modellen und ihre Anwendung auf Themen, die, wie die Mutterschaft, in der postmodernen Gesellschaft neu diskutiert werden.

Zu Konflikten kommt es dann, wenn ein und derselbe Reiz sowohl angeborene Triebe der Annäherung als auch gelerntes Vermeidungsverhalten auslöst. Damit ist ein Annäherungs-Vermeidungskonflikt hergestellt, der von Dollard und Miller beiläufig auch mit dem Begriff der Ambivalenz belegt wird (1950, S. 366). Ambivalenz, so kann man daher schlussfolgern, wird bei Dollard und Miller durch Annäherungs- und Vermeidungsgradienten, die das Verhalten in Raum und Zeit abbilden, beschrieben. Der Gradient gelerntes Vermeidungsverhaltens verläuft meist schneller als der Annäherungsgradient. Kreuzen sich die Gradienten, d.h. ist das Bedürfnis nach Annäherung an ein Objekt gleich groß wie das nach Vermeidung, kommt es zu Verhaltenshemmung. Die Situation des Annäherungs-Vermeidungskonfliktes ist die eines pendelnden, aber dennoch stabilen Gleichgewichts:

*This is what occurs in experimental situations (Miller, 1944); the subject goes part of the way to the goal and then stops. If he is placed at the goal, he retreats and then comes part way back. The same thing is observed clinically: People in such a conflict seem to be unable to go forward far enough to reach their goals or away far enough to forget them (Dollard & Miller, 1950, S. 357).*

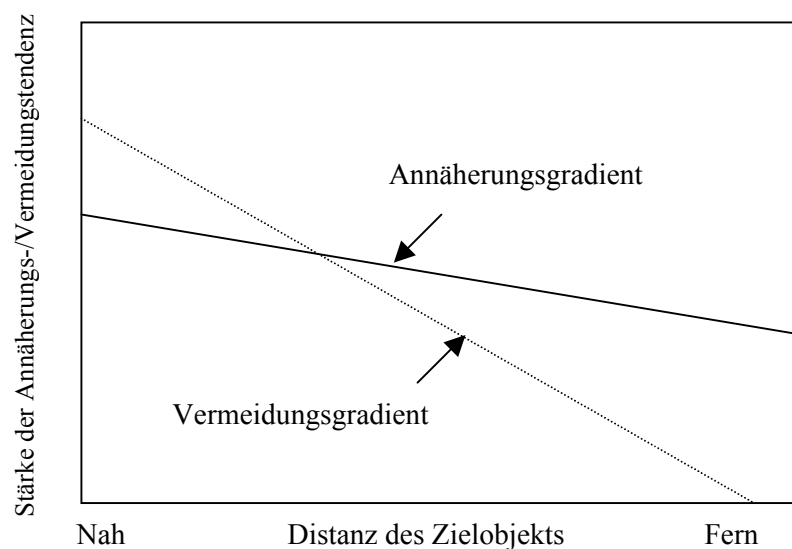


Abbildung 5. Graphische Darstellung eines Annäherungs-Vermeidungs-Konflikts nach Dollard und Miller (1950). Die Vermeidungstendenz ist in der Nähe des

Zielobjekts, die Annäherungstendenz in größerer Entfernung vom Ziel stärker.

Wie entsteht aus diesem ambivalenten Konflikt nun psychopathologische Symptomatik? Der unangenehme Spannungszustand, den der Konflikt erzeugt, kann durch Vermeidung des ambivalent betrachteten Ziels beendet werden. Symptome dienen dieser Vermeidung und nehmen dem Konflikt kurzfristig Spannung, auch wenn sie nicht geeignet sind, diesen langfristig zu lösen.

Dollard und Miller benennen auch noch zwei andere Formen von Entscheidungssituationen, die allerdings keinen ambivalenten Charakter haben. Hier handelt es sich um die Wahl zwischen zwei Alternativen, die entweder beide Annäherung auslösen (approach-approach-competition) oder beide Vermeidungsverhalten auslösen (avoidance-avoidance competition). Dollard und Miller weisen dabei nur der avoidance-avoidance-competition – aufgrund empirischer Ergebnisse aus Verhaltensexperimenten – Konfliktpotential zu. Außerdem wird auch noch der "double approach-avoidance conflict" (1950, S. 366) thematisiert, der in einer Entscheidungssituation zwischen zwei Zielen, die beide jeweils ambivalenten Charakter haben, besteht.<sup>22</sup>

### **2.2.3 Ambivalenz im systemtheoretischen Menschenbild**

Wie von Schlippe und Schweitzer (1996) konstatieren, gibt es "die" systemische Therapie nicht. Daher soll hier exemplarisch das Modell der Heidelberger Schule von Helm Stierlin und Fritz B. Simon auf den Ambivalenzbegriff hin untersucht werden. Der Umstand, dass die Wurzeln dieser Schule in der Psychoanalyse liegen, sie jedoch den Blick auf die innerfamiliäre Dynamik lenken will (Knellens,

---

22 Zur Beschreibung dieses Konflikts ziehen Dollard und Miller Netto-Annäherungsgradienten heran, welche die Differenz aus Vermeidungstendenz und Annäherungstendenz pro Zielreiz wiedergeben – so werden ambivalente Strebungen auf der Verhaltensbasis miteinander verrechnet.

1978; von Schlippe, 1984), lässt vermuten, dass die Diskurse der Heidelberger Systemtherapeuten für das Verständnis von Ambivalenz fruchtbar sind. Auf die Spur von Ambivalenz führen insbesondere die Stierlinschen Begriffe "Bindung", "Ausstoßung" und "bezogene Individuation" (vgl. von Schlippe, 1984, S. 44) sowie das in diesem Kreis als familiendiagnostisches Schema entworfene "Tetralemma" (Simon, 1998).

Im Begriff der "bezogenen Individuation" vereinen sich zwei Prinzipien menschlicher Identität: Integration und Differenzierung (von Schlippe, 1984). Diese eröffnen in ihrer Gegensätzlichkeit ein Spannungsfeld, innerhalb dessen sich die Fähigkeit des Einzelnen zum Kontakt mit anderen Menschen herausbildet: Das optimale Ergebnis bezogener Individuation ist die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, bei gleichzeitiger Wahrung der eigenen Grenzen. Dabei spricht Stierlin von zwei unterschiedlichen Formen der Individuation: "Individuation mit" verweist auf den Erwerb dieser Fähigkeiten zur Abgrenzung und Verbundenheit unter Übernahme von Werten und Normen der Erziehungspersonen, "Individuation gegen" verweist auf den Erwerb dieser Fähigkeiten unter Ablehnung dieser "Beschreibungsangebote" (Stierlin 1997, S. 51). Wie auch bzgl. der Interaktionsmodi Bindung und Ausstoßung betont Stierlin die sich dialektisch bedingenden Momente dieser Gegensätze.

Damit kann zum Konfliktverständnis des systemischen Menschenbildes übergeleitet werden: Die Unlösbarkeit von intra- und interpsychischen Konflikten wird in diesem als *konstruierte* angesehen: Konflikte werden "programmiert", indem sich, so Stierlin (1997),

*...in der Wahrnehmung und dem Selbstverständnis der Betroffenen die Konfliktpositionen bzw. die Konfliktparteien in einem unnachgiebigen Entweder-Oder begegnen. Diese Wahrnehmung scheint sich wiederum von einer binären aristotelischen Logik leiten zu lassen, die nahe legt, dass sich wie Positionen oder Sachverhalte zwangsläufig ausschließen (S. 44).*

Dem stellt Stierlin das gegenüber,

*...was man gemeinhin Ambivalenztoleranz nennt. Man könnte hier auch von einer dadurch ermöglichten inneren Distanzierung dem Konfliktgeschehen gegenüber sprechen. [...] Indem man sich der Ambivalenz aussetzt und sie erträgt, vertraut man auf die ausgleichende Arbeit des 'inneren Parlamentes' (wie Gunther Schmidt es ausdrückte) und vertraut damit letztlich auf Selbstregulation (S. 45).*

Mit dem Tetralemma (Simon, 1998) wurde von der Gruppe um Fritz B. Simon ein Modell geschaffen, dass die Darstellung der Konfliktorganisation in Familien auch unter Einbezug von ambivalenten Positionen und Einstellungen, die als typisches Muster in Familienbeziehungen bezeichnet werden, erlaubt. In diesem Vierfelderschema ist Raum für die totalitären Positionen "Pro" und "Contra", aber auch für die Position "Sowohl Pro als auch Contra" und "Weder Pro noch Contra".<sup>23</sup> Die bipolaren Muster Pro und Contra lassen sich nach Simon auflösen, indem man den Faktor Zeit hinzuzieht: Wird die Einnahme dieser Positionen über eine längere Zeitstrecke (diachron) betrachtet, so lassen sich langsame oder schnelle Oszillationen erkennen. Ambivalenz kann also als synchron, bei zeitgleichem Bestehen von Gegensätzen, oder als diachron, bei zeitversetztem Bestehen von Gegensätzen, beschrieben werden.

---

23 Mit "Pro" sind zentripetale Handlungen, mit "Contra" zentrifugale, also ausstoßende Handlungen in der sozialen Interaktion gemeint. Die Position des "Sowohl Als Auch" lässt sich mit Ambivalenz, die des "Weder Noch" mit Indifferenz übersetzen.

Abbildung 6. Die vier logischen Handlungsoptionen des Tetralemmas nach Simon

<b>Pro</b> zentripetale Handlungen	Sowohl <b>Pro</b> Als Auch <b>Contra</b>
Weder <b>Pro</b> noch <b>Contra</b>	<b>Contra</b> zentrifugale Handlungen

(1998).

#### 2.2.4 Fazit: Elemente von Ambivalenz aus psychologischer Perspektive

Wie schon im vorangegangenen Abschnitt (2.1) soll auch hier versucht werden, zentrale Elemente des Ambivalenzkonzeptes in den psychologischen Menschenbildern der verschiedenen Therapieschulen herauszuarbeiten.

1. Die Gegensätzlichkeiten, die mit dem Begriff Ambivalenz belegt werden, reichen von gegenläufigen intrapsychischen Triebenergien erworbener wie angeborener Natur (Freud, Dollard und Miller) über gespaltene und integriert-ambivalente Objektrepräsentationen (Klein) bis hin zu eindeutig in interpsychischer Interaktion verorteten Abgrenzungs- und Bindungsvorgängen (Systemtheoretiker der Heidelberger Schule).
2. In allen Theorien wird bei der Konzeptualisierung von Ambivalenz auf die *Gestaltung sozialer Beziehungen* rekurriert, allerdings auf unterschiedlich umfassende Art und Weise. Auch die Richtung der postulierten Zusammenhänge zwischen intra- und interpsychischer Ambivalenz unterscheidet sich: In Freuds Denkmodell ist die intrapsychische Ambivalenz der gegenläufigen Triebenergien noch die Basis interpsychischer Ambivalenz, d.h. das Verständnis von Ambivalenz wird vom Individuum her aufgerollt. Freud beginnt zwar, Ambivalenz in der "Beziehung von Individuum und Kultur zu orten" (Knellisen, 1978, S. 320), indem er Einflüsse der Kultur auf den Triebhaus-

halt ausmacht, jedoch "biegt er, kaum begonnen, mit seiner Theorie auf einen biologistischen Subjektivismus zurück" (Knellisen, 1978, S. 321). Anders Klein: Sie sieht Ambivalenz von vorneherein in der Wahrnehmung, Repräsentation und Beziehung zu Interaktionspartnern (Objektbeziehungen). Dollard und Miller beschreiben mit Ambivalenz zwar einen intrapsychischen Konflikt, sehen jedoch dessen Wurzeln in sozialen Lernvorgängen. Bei den Systemischen Theoretikern der Heidelberger Schule lassen sich Individuen und Systeme, Intra- und Interpsychisches nicht mehr trennen, was auch auf die Konzeption von Ambivalenz abfärbt: "Ambivalenzbewältigung bedeutet innere Konfliktbewältigung, und diese zeigt sich uns als Folge wie auch als Voraussetzung einer gelingenden innerfamiliären und interpersonellen Konfliktbewältigung [...]" (Stierlin, 1994, S. 137).

3. Der Zusammenhang von Ambivalenz und *Identität* wird in den Menschenbildern der Therapieschulen häufig von der Psychopathologie her aufgerollt. Dabei gibt es zwei verschiedene Sichtweisen von Ambivalenz: Die klassische Psychoanalyse nach Freud wie auch die Lerntheoretiker Dollard und Miller sehen Ambivalenz-Konflikte eher als Gefahr für das Ich und betonen geeignete Formen des Umgangs mit dieser (Einsatz von geeigneten Abwehrmechanismen bei Freud, Abbau des Vermeidungsverhaltens bei Dollard und Miller). Dagegen betonen Klein und die Systemiker der Heidelberger Schule, wie wichtig das Aushalten von Ambivalenz für die Entwicklung einer reifen, funktionierenden Identität ist.
4. Ebenso divergiert die Sichtweise von Ambivalenz in Bezug auf deren Lösbarkeit bzw. *Unlösbarkeit*. Vertreter aller Therapieschulen sehen in Ambivalenz einen unangenehmen Spannungszustand. Während nach Freud dem ewigen Antagonismus von Lebens- und Todestrieb aber nur mit mehr oder weniger reifer, gelungener Abwehr beigegeben werden kann, betonen die Lerntheoretiker eine prinzipielle Lösbarkeit der Ambivalenz durch Überwindung

der Verhaltenshemmung durch Entscheidung für eine der gegensätzlichen Verhaltensalternativen. Die Vertreter des systemtheoretischen Menschenbildes und die Objektbeziehungstheoretikerin Klein dagegen sehen in Ambivalenz eine Herausforderung, der nicht mit Lösungsversuchen, sondern mit Toleranz zu begegnen ist.

## **2.3 Die therapietheoretische Perspektive: Ambivalenz in der Psychotherapie**

In diesem Abschnitt soll zum einen untersucht werden, welche Formen psychotherapeutischen Handelns, das auf den Umgang mit intra- und interpsychischen Ambivalenzen abzielt, unterschieden werden können (2.3.1). Zum anderen soll die Rolle von Ambivalenzen in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut und ihr Einfluss auf die therapeutische Wirkung dieser Interaktion thematisiert werden.

### **2.3.1 Umgang mit Ambivalenz als Aufgabe der Psychotherapie**

Grawe und Mitarbeiterinnen konzeptualisieren in ihrem Versuch, Grundzüge einer Allgemeinen Psychotherapie aufzuzeichnen, die psychotherapeutisch zur Bearbeitung anstehenden Probleme und Konflikte von Patienten als widerstrei-



tende, weil von gegensätzlichen Emotionen und Zielen begleitete, Schemata<sup>24</sup> (Grawe et al., 1994). Positive, d.h. auf Annäherung an einen erwünschten Zielzustand ausgerichtete Schemata werden hier als "Selbst-Schemata" bezeichnet. Demgegenüber stehen "negative emotionale Schemata", die auf das Vermeiden aversiver Emotionen ausgerichtet sind (S. 765). Sie entstehen aus Traumata, d.h. aus der Nicht-Erfüllung der Ziele von Selbst-Schemata, die auf Befriedigung von Grundbedürfnissen ausgerichtet sind. So kann einem positiven Selbst-Schema mit Annäherungscharakter ein negatives Schema mit Vermeidungscharakter zur Seite gestellt sein und die Bewusstwerdung des positiven Ziels ist blockiert, weil es mit dem Trauma verbunden ist. Trotzdem behält das positive Schema seinen Einfluss auf die psychische Aktivität:

*So sucht das Individuum immer wieder für seine Bedürfnisse relevante Situationen auf, fühlt sich von ihnen magisch angezogen, verhält sich jedoch unter dem Einfluss des zugehörigen negativen emotionalen Schemas so, dass seine Bedürfnisse gerade nicht befriedigt werden...Tatsächlich befindet sich ein solcher Mensch in einer schier unlösbaren Zwickmühle: Er kann von seinem Bedürfnis nicht lassen, aber er kann es (wegen der Aktivität des betreffenden negativen emotionalen Schemas) auch nicht angemessen befriedigen [...] In diesem Sinne kann die Aufgabe von Psychotherapie tatsächlich zu einem wesentlichen Teil als Bearbeitung und Auflösung (oft unbewusster) Konflikte definiert*

---

24 Dazu Grawe, (1986, S. 6 ff, zitiert in Grawe et al., 1994, S. 757): "Den Kern unserer theoretischen Konzeption bildet das Konstrukt des Schemas. Schemata werden, aufbauend auf den Konzeptionen vor allem von Piaget (1981) und Neisser (1976) als die grundlegenden Organisationseinheiten psychischer Prozesse angesehen. Sie bilden sich einerseits aus den realen Transaktionen des Individuums mit seiner Umgebung heraus ..., andererseits liegen sie diesen Transaktionen zugrunde. Sie sind gleichzeitig Produkt wie Produzent der Individuums-Umgebungs-Interaktion..." Schemata bestimmen nach Grawe et al. die Wahrnehmung und werden durch diese verändert (damit ist der dialektische Prozess von Assimilation und Akkomodation beschrieben) und haben darüber hinaus eine motivationale, handlungssteuernde Komponente, d.h. sie richten die psychische Energie darauf aus, Wahrnehmungen im Sinne der Zielkomponente eines Schemas herbeizuführen.

*werden...Da die wichtigsten Grundbedürfnisse eines Menschen praktisch nur in zwischenmenschlichen Beziehungen befriedigt werden können, betreffen seine wichtigsten Schemata zur Hauptsache die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen (Grawe, 1986, zitiert in Grawe et al., 1994, S. 766).<sup>25</sup>*

Diesen konfligierenden Schemata mittels Psychotherapie beizukommen, kann nach Ansicht dieser Autoren nur unter Einnahme dreier Perspektiven geschehen: Der Klärungs-, der Problemlösungs- und der Beziehungsperspektive. Die Klärungsperspektive dient der Aufdeckung der positiver Ziele und der die Zielerfüllung hemmenden negativen Schemata des Betroffenen. Hier gilt es, den motivationalen Grund für eine Problemlösung zu bereiten. Allerdings kann Problemlösung auch ohne eingehende Klärung erfolgen bzw. auf diese zurückwirken. Die Problemlösungsperspektive betrachtet das Erleben und Verhalten von Therapiepatienten unter dem Gesichtspunkt von Können und Nicht-Können und dem Erwerb von "problemspezifischem Know-how" (Grawe et al., 1994, S. 750). Für die Betrachtung der Problematik des Patienten unter der Beziehungsperspektive sprechen laut Grawe et al. drei Gründe:

- Die Qualität der Therapiebeziehung ist eine wichtige Einflussgröße für den Therapieerfolg.
- Psychische Störungen können als Beziehungsstörungen konzeptualisiert werden (hier rekurriert Grawe u.a. auf Benjamin, vgl. 2.1.2).
- Das zwischenmenschliche Geschehen in der Therapie ist Mittel zur Aktualisierung der zur Bearbeitung anstehenden Schemata. Dies gilt sowohl für das, was in der Psychoanalyse Übertragungsbeziehung genannt wird, als auch für

---

25 Dem aufmerksamen Leser wird hier auffallen, dass die in 2.1.3 und 2.1.4 herausgearbeiteten definitorischen Elemente des Ambivalenzkonzepts – Gegensätzlichkeit, Verwendung zur Beschreibung von Beziehungsgestaltung, Identitätsbezug und Unlösbarkeit – auch hier aufscheinen, obwohl der Ambivalenzbegriff von den Autoren nicht verwendet wird. Bricht man Konflikte stets auf das Gegensatzpaar von Vermeidung und Annäherung von zwischenmenschlichen Bedürfnissen und Anforderungen herunter, so haben sie in der Tat immer ambivalenten Charakter.

Therapieformen, bei denen mehr als zwei Personen am Therapiegeschehen mitwirken (Gruppen-, Paar- und Familientherapie).

In Anschluss an die von Grawe und Mitarbeiterinnen (1994) entworfenen Grundzüge einer Allgemeinen Psychotherapie lässt sich also sagen: Auch für den Umgang mit intrapsychischen und zwischenmenschlichen Ambivalenzen gilt es, diese drei verschiedenen Perspektiven einzunehmen. Im Folgenden sollen exemplarisch drei therapeutische Ansätze oder Techniken im Umgang mit ambivalentem Erleben und Verhalten vorgestellt werden, die besonders einer dieser oder allen drei Perspektiven zugeordnet werden können: Die Klärungsperspektive nimmt die Technik des "Motivational Interviewing" (Miller & Rollnick, 2002) ein. Dollard und Miller (1950) schlagen eine verhaltenstherapeutische, problem-lösungsorientierte Vorgehensweise zur Bewältigung von symptombildenden ambivalenten approach-avoidance-Konflikten vor. Zuletzt wird der Umgang mit Ambivalenz in Linehans Dialektischer Verhaltenstherapie dargestellt, für welche die von Grawe et al. geforderte Einnahme aller drei Perspektiven, einschließlich der Beziehungsperspektive, gezeigt werden kann.

#### *Motivational Interviewing: Klärung von Ambivalenz*

Nach Miller und Rollnick (2002) geht es im motivationalen Interview darum, die intrinsische Veränderungsmotivation von Patienten oder Klienten durch Exploration und Lösung von Ambivalenz zu erhöhen. Ambivalenz wird hier primär als intrapsychisches, im Bereich der Volition angesiedeltes Erleben, insbesondere bei Suchterkrankungen, bzgl. des Gesundheitsverhaltens und allgemein gegenüber der Therapie, betrachtet. Das Verfahren wurde aus der Einsicht heraus entwickelt, dass konfrontatives Therapeutenverhalten (wie z.B. sich auf eine Argumentation mit dem Patienten über dessen Einstellungen einzulassen) zu Widerstand oder Reaktanz auf Seiten des Patienten führt, die sich kontraproduktiv auf die erwünschte Verhaltensänderung auswirkt (vgl. dazu Miller, 1996; Moyers & Rollnick, 2002). Statt dessen soll im motivationalen Interview die Interaktion mit dem Patienten so strukturiert werden, dass ihm seine Ambivalenz deutlich wer-

den kann. Es geht also um das Aufdecken der im Patienten selbst generierten Diskussion um die Vor- und Nachteile des problematischen Verhaltens. Um dies zu erreichen, werden vier zentrale Prinzipien, welche die Therapeut-Patient-Interaktion leiten sollen, vorgeschlagen (Moyers & Rollnick, 2002):

- Ausdruck von Empathie, insbesondere vermittelt über reflexives Zuhören.
- Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Zustand, d.h. Ambivalenz, herausarbeiten.
- Widerstand auf Seiten des Patienten als Produkt der Therapiebeziehung verstehen und diesem reflexiv und nicht konfrontativ begegnen. Direktives Überzeugen scheint nur möglich, wenn keine Ambivalenz auf Seiten des Patienten vorhanden ist.
- Die Selbstwirksamkeit des Patienten erhöhen, indem Vertrauen in Veränderungsmöglichkeiten gesetzt wird.

Das motivationale Interview kann, muss aber nicht Vorbereitung sein für direkte, verhaltensändernde Therapiemaßnahmen. Es kann auch ohne nachfolgende Interventionen Wirkung entfalten, indem es "self-change" oder "natural change" (Moyers & Rollnick, 2002, S. 186) anstößt.

#### *Reduktion von Vermeidungsverhalten: Lösung von Ambivalenz*

Dollard und Miller (1950) schlagen, aufbauend auf ihrer lerntheoretischen Konzeption des neurotischen Konflikts, verhaltenstherapeutische Auswege aus ambivalenten Annäherungs-Vermeidungs-Konflikten vor. Zunächst geht es darum, dem Patienten die Furcht vor dem Zielreiz (z.B. Kontakt zu anderen Menschen), die das Vermeidungsverhalten und die mit ihm verbundene Symptomatik motiviert, zu nehmen. So wird verstärkt Annäherung an diesen möglich. Dieses Annäherungsverhalten wird durch vermehrte Befriedigung des primären Bedürfnisses positiv verstärkt. Gleichzeitig wird die Furcht oder Angst vermindert und operantes Vermeidungsverhalten reduziert, weil Annäherung statt Vermeidung nicht zu den befürchteten Konsequenzen führt. Dabei wird betont, dass diese Veränderungen kaum durch direkte Methoden wie Belohnung und Bestrafung durch den Therapeuten angestoßen werden können, da dieser auf die im Alltag

des Patienten wirksamen Belohnungs- und Bestrafungssysteme ohnehin keinen Einfluss habe. Dagegen führen Dollard und Miller die Wirksamkeit von Permissivität und empathischem Interesse und Verständnis ins Feld: Die Furcht zuzulassen und anzunehmen kann in verblüffendem Kontrast zu gewohnten sozialen Reaktionen stehen und damit angstreduzierend wirken.

In diesem Ansatz geht es also um die Lösung von Annäherungs-Vermeidungs-Ambivalenz durch den Aufbau von Annäherungsverhalten und den Abbau von Vermeidungsverhalten. Erste Voraussetzung dafür ist Einsicht in den zugrundeliegenden, ambivalenten Konflikt zwischen konditioniertem Bedürfnis nach Furchtreduktion und unkonditioniertem Trieb. Hieran wird erkennbar, wie wenig unabhängig die Problemlösungs- von der Klärungsperspektive ist – zumindest bei verhaltenstherapeutischen Theoretikern wie Dollard und Miller.

*Die dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen von Linehan: Akzeptanz von Ambivalenz*

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan nähert sich der Symptomatik von Borderline-Patienten sowohl unter der Klärungs- als auch unter der Problemlösungsperspektive – und beide Aspekte werden immer vor einem beziehungstheoretischen Hintergrund gesehen (vgl. 2.1.2). An dieser Stelle soll vor allem die Nutzbarmachung von Ambivalenzen durch dialektische Strategien dargestellt werden. Diese durchziehen alle Behandlungsaspekte der DBT und können daher als grundlegende therapeutische Maximen gewertet werden, mit der "vulnerabilitätsbedingten Ambivalenz" von Borderline-Patienten umzugehen.

Grundsätzlich sieht sich der Therapeut bei der Behandlung insbesondere von Borderline-Patienten mit folgendem Spannungsfeld konfrontiert: Zum einen möchte er Veränderung anstoßen, zum anderen aber auch den Patienten empathisch so akzeptieren, wie er sich momentan darstellt. Fokussierung auf nur einen dieser Pole wird von diesen zum Dichotomisieren neigenden Patienten als miss-

achtend erlebt: Drängen auf Veränderung wie auch bloße Akzeptanz bedeutet Missachtung des Schmerzes und der Schwierigkeiten, denen sich der Patient dabei gegenüber sieht.<sup>26</sup> Es geht also darum, Problemklärung und -lösung bei gleichzeitiger Wertschätzung des So-Seins durchzuführen. Diese Balance, so Linehan (1993) muss in der sozialen Interaktion der therapeutischen Begegnung – gleich ob es gerade um Klärung oder Problemlösung geht – immer wieder neu hergestellt werden:

*The primary dialectical strategy is the balanced use of specific strategies and therapeutic positions by the therapist during interactions with the patient. Constant attention to combining acceptance with change, flexibility with stability, nurturing with challenging and a focus on capabilities with a focus of limitations and deficits is the essence of this strategy. The goal is to bring out the opposites, both in therapy and the patient's life, and to provide conditions for syntheses. The key idea guiding the therapist's behavior is that for any point, an opposite or complementary position can be held (S. 202).*

Die Therapiebeziehung hat in der DBT deshalb zentrale Bedeutung, weil zum einen ihre Güte die Basis therapeutischer Compliance ist, zum anderen ist sie gewissermaßen das Spielfeld, auf dem der Patient dialektische Verhaltensmuster erlernen kann, die ihm, konzeptualisiert man die BPS als Beziehungsstörung mit dichotomisierendem Denken, fehlen.<sup>27</sup> Der Umgang mit Ambivalenz – in diesem Ansatz dialektisch gedacht – wird bei Linehan also zur Voraussetzung für die

---

26 Dieses Spannungsfeld zeigt sich für psychotherapeutisches Handeln grundsätzlich, und wird, wie der empirische Teil dieser Arbeit zeigt, von psychotherapeutisch Tätigen auch so wahrgenommen (vgl. 4.2.7). Es ist jedoch davon auszugehen, dass es insbesondere dann zu einer unlösbaren Aufgabe wird, wenn ein an der Interaktion beteiligter Partner dazu neigt, stets nur eine Seite dieser Spannung wahrzunehmen und darauf extrem zu reagieren, wie dies für BPS-Patienten beschrieben wird.

27 Vgl. hier Grawes Argumentation bzgl. der Notwendigkeit, die Beziehungsperspektive in der Psychotherapie einzunehmen.

Teilnahme an Therapie, da auf kränkende Vernachlässigung gegensätzlicher Positionen mit therapiewidrigem Verhalten oder Therapieabbruch reagiert wird. Er ist aber auch Grundlage der Klärung der Therapiemotivation und der relevanten Probleme sowie für problemlösendes Vorgehen in der Therapie. Linehan formuliert u.a. folgende dialektische Behandlungsstrategie: "Entering the paradox" (Linehan 1993, S. 205): Hierbei werden Paradoxien des Patientenverhaltens, des Therapieprozesses und allgemein der Realität herausgearbeitet. Linehan geht es dabei immer darum, eine Synthese im Sinne einer Akzeptanz zweier gegensätzlicher Sichtweisen zu erreichen: So soll das Entweder-Oder zum Sowohl-Als-Auch werden: "I'm OK and you're OK" (S. 207). Damit wird der Standpunkt des Patienten, der so oft in der Vergangenheit entwertet wurde, validiert, aber auch gleichzeitig relativiert, womit er an Totalität verliert und ein erster Schritt der Veränderung getan ist.

### **2.3.2 Ambivalenz als Phänomen der Therapiebeziehung**

Alle unter 2.3.1 genannten Autoren setzen sich mit Gegensätzen, welche die Therapiebeziehung kennzeichnen, auseinander. Hier sollen drei dieser Gegensätze, welche die soziale Interaktion in der Therapiesituation kennzeichnen können, herausgegriffen werden:

- Zum einen geht es um die ambivalente Einstellung des Patienten zur Therapie an sich, der sich der Therapeut gegenüber sieht. Die Motivation, sich zu verändern, ist meist nicht eindeutig, denn das Störungsverhalten ist meist kurzfristig funktional (z.B. dient es der Reduktion von Spannung) und langfristig dysfunktional (z.B. führt es zu massiven Einschränkungen der Handlungsfreiheit).
- Der Therapeut muss auf der einen Seite, das ist Psychotherapie inhärent, letztendlich Veränderung anstoßen. Auf der anderen Seite jedoch ist empathisches Verständnis und ein Akzeptieren der veränderungsunwilligen Seite des Patienten – mit anderen Worten: den Patienten dort abzuholen, wo er steht – notwendig, um eine vertrauensvolle Therapiebeziehung als Grundlage jeder weiteren Intervention aufzubauen.
- Grawe et al. (1994) weisen darauf hin, dass die therapeutische Beziehung die Folie ist, auf der sich die Klärung von Veränderungsnotwendigkeiten und die Erprobung von Veränderungsmöglichkeiten abbildet (vgl. 2.3.1). Verände-

rung ist nach Grawe et al. nur dann möglich, wenn die relevanten konfligierenden Schemata in der Therapiebeziehung aktiviert werden. Auf unsere Überlegungen bezogen bedeutet dies, dass in der Therapiebeziehung Ambivalenzen generiert werden müssen, um den Umgang mit ihnen zu erproben. Hiermit ist auch das angesprochen, was in der psychoanalytischen Diktion mit Übertragung gemeint ist. Dollard und Miller übersetzen den Begriff der Übertragung aus lerntheoretischer Perspektive in "Generalized Responses" (Dollard & Miller, 1950, S. 260) und stellen fest: "Initially the patient generalizes both elements of approach-avoidance conflicts to the therapist.". Das heißt: Die Person des Therapeuten wird Ziel ambivalenter Gedanken, Gefühle und Motive. Diese – und die ureigenen Ambivalenzen des Therapeuten, die hier nicht vernachlässigt werden sollten – sind, folgt man Grawe (1998, S. 620), im Sinne einer "Ressourcenaktivierung" als Aufgabe für die Therapiebeziehung zu verstehen. Bauriedl (1980) findet dafür aus beziehungsanalytischer Sicht folgende Worte: "Die Chance auch dieser Beziehung besteht darin, dass Ambivalenzspannungen nicht vermieden, sondern kreativ aufgegriffen werden und zur erlebten Darstellung kommen" (S. 46).

Das Thema Ambivalenz in der Therapiebeziehung wurde jedoch nicht nur aus praktisch-psychotherapeutischer, sondern auch aus rollentheoretischer, berufssociologischer Sicht behandelt. Erst kürzlich griff Kenneth Weingardt (2000) in einer Darstellung von Ambivalenzen in der therapeutischen Beziehung auf die soziologische Rezeption des Ambivalenzbegriffs durch Merton (1976) zurück. Dieser sucht den Kern von Ambivalenz auf der Ebene der sozial-strukturellen Erfahrung widersprüchlicher Normen und Rollenerwartungen: "In its most extended sense, sociological ambivalence refers to incompatible normative expectations of attitudes, beliefs and behavior assigned to a status (i.e. a social position) or to a set of statuses in society" (S. 6). Als bezeichnendes Beispiel verweist Merton auf den Beruf des Arztes, dessen gegensätzliche Rollen als objektiver Wissenschaftler auf der einen Seite und empathischer Heiler auf der anderen Seite zu einem Verhalten führen muss, das zwischen Distanz und Mitgefühl oszilliert.

Weingardt (2000) greift die vier Attribute auf, die nach Merton und Barber professionelle Beziehungen charakterisieren und dabei – vor allem auf der Seite des Klienten – Ambivalenzen generieren können, überträgt sie auf die Therapiebe-



ziehung und thematisiert mögliche Strategien im Umgang mit diesen Ambivalenzen.

- *Das Attribut der Kontinuität:* Wie andere professionelle Beziehungen (z.B. die Beziehungen zu Anwälten oder Steuerberatern) auch, ist die therapeutische Beziehung als, wenn auch intermittierende, so doch kontinuierlich andauernde angelegt. Dadurch, dass sie von indefiniter Dauer ist, können sich auf Seiten des Klienten Ambivalenzen bzgl. der Frage, wie sehr im Rahmen dieser – letztendlich ja freiwillig aufgesuchten – Beziehung seine Freiheit und Autonomie eingeschränkt ist, akkumulieren. Als Strategien im Umgang mit dieser Art von Ambivalenz schlägt Weingardt solche Verhaltensweisen vor, die das Gefühl von Freiheit und Autonomie auf Seiten des Klienten erhöhen und ihm deutlich machen, dass er die Entscheidung, sich in Therapie zu begeben, selbst getroffen hat – "this is 'their therapy'" (S. 302). Daher sollte frühzeitig auch die Beendigung der Therapie thematisiert werden.
- *Das Attribut der professionellen Autorität:* Jede professionelle Beziehung ist so strukturiert, dass dem Fachmann kraft seiner Autorität zugeschrieben wird, dem Hilfesuchenden Ratschläge zu geben. Um es überspitzt auf die Therapie zu übertragen: Dem Therapeuten ist die Macht gegeben, dem Klienten oder Patienten vorzuschreiben, wie er handeln soll, damit es ihm besser geht. Der Klient erwartet dies einerseits, andererseits ist dadurch auch seine Autonomie bedroht – es resultiert Frustration und Widerstand. Weingardt gibt zu bedenken, dass allein die Betonung von Empathie und Akzeptanz diese strukturelle Asymmetrie nicht aufheben kann – "After all, clients come to clinician's offices and pay them for their services, not other way around" (S. 303). Auch müsse auf strukturierte Intervention keineswegs verzichtet werden, vielmehr gehe es um die sorgfältige Beobachtung von Ambivalenz und auf diese flexibel abgestimmtes Verhalten zwischen Empathie und Direktivität.<sup>28</sup>

---

28 Unschwer zu erkennen sind hier die Ähnlichkeiten mit Miller und Rollnicks Ansatz, Ambivalenz nicht konfrontativ sondern aufarbeitend zu begegnen und Linehans Betonung der Dialektik von Akzeptanz und Veränderung. Linehan (1993) kommt selbst auch auf – nicht von ihr selbst so bezeichnete – "Ambivalenzen", die insbesondere für BPS-Patienten aus Rollenattributen des Therapeuten erwachsen, zu sprechen, wenn sie schreibt: "Borderline Patients often express a need for their therapists to be 'real' They are frequently uncomfortable with the ambiguity of meaning imposed by the therapeutic role: Does a therapist 'really care', or is caring behavior a reflection of the role?" (S. 389) Sie stellt weiter fest, dass die meisten anderen Patienten besser damit zurecht kommen, die strukturellen Grenzen der Therapiebeziehung zu tolerieren, als Borderline-Patienten. Damit ist angesprochen, dass durch

- *Das Attribut der Wahrnehmungen des Eigeninteresses des Therapeuten:* Die Wahrnehmung, dass der Therapeut durchaus ein Eigeninteresse hat – nämlich Klienten zu haben, an denen er sein Geld verdient – kann auf Seiten des Klienten zu der ambivalenten Verdächtigung führen, der Therapeut ziehe letztendlich Nutzen aus dem Fortbestehen seines Leidens. Weingardt schlägt hier vor, frühzeitig gemeinsam mit dem Klienten übereinstimmende Ziele und Pläne zu ihrer Erreichung zu entwickeln. Trotzdem aufkommende Ambivalenz sollte thematisiert werden.
- *Das Attribut der Diskrepanzen in der Leistungseinschätzung:* Klienten neigen dazu, die in der Therapie erbrachte Leistung des Therapeuten an idealen Zielerwartungen zu messen, während der Therapeut aufgrund seiner Ausbildung ganz andere Referenzpunkte hat. Auch um derartigen Ambivalenzen zu begegnen, schlägt Weingardt die explizite Festlegung kurzfristiger und langfristiger Therapieziele vor.

Alle diese Strategien im Umgang mit strukturell bedingten Ambivalenzen haben einen gemeinsamen Kern, so Weingardt: Es geht darum, die Therapiebeziehung – und in ihre entstehende Ambivalenz – transparenter zu machen. Dies sei letztendlich für jede Therapieform, gleichgültig an welcher therapeutischen Schule sie orientiert ist, mehr oder weniger einfach zu implementieren. Ein weiterer wichtiger Punkt ist hier, dass Weingardt Ambivalenz nicht als Teil der Psychopathologie des Patienten versteht, sondern als natürliche Reaktion auf die Rollenverteilung in der Therapiebeziehung.<sup>29</sup>

### **2.3.3 Fazit: Elemente von Ambivalenz aus psychotherapietheoretischer Perspektive**

Die praktisch-psychotherapeutische Perspektive wurde in diesem Abschnitt dargestellt anhand exemplarischer Beispiele aus der Therapieliteratur, und zwar innerhalb des heuristischen Rahmens der drei von Grawe et al. (1994) vorgeschla-

---

Rollenattribute ausgelöste Ambivalenzen von verschiedene Patientenpopulationen unterschiedlich intensiv erlebt und unterschiedlich gut ertragen werden können.

29 Einen ähnlichen Punkt betonen Moyers und Rollnick (2002) bzgl. des Phänomens des Widerstandes in der Therapie (als ein Resultat von Ambivalenzerleben), das sie als Produkt der Therapeut-Klient-Interaktion anstatt als Bestandteil der Störung konzeptualisieren.

genen Dimensionen (Klärung, Problemlösung und Beziehung). Aus der Sicht praktischer Psychotherapie geht es nun weniger um die Konzeptualisierung von Ambivalenz (vgl. dazu die psychiatrische Perspektive in 2.1 und die therapie-theoretische Perspektive, 2.2), als um den therapeutischen Umgang mit Ambivalenzerleben. Dennoch lassen sich Rückschlüsse auf die definitorischen Elemente von Ambivalenz aus dieser Perspektive ziehen – und da Psychotherapie eine Form sozialer Interaktion ist, stehen diese stark unter sozial-interaktionellen Vorzeichen.

1. *Gegensätzlichkeiten* im Fühlen Denken, Wollen und Handeln stellen für die Psychotherapie eine zu bearbeitende Aufgabe dar, dies deutet sich in 2.1 und 2.2 schon an. Es geht dabei zum einen um intrapsychische Ambivalenzen als Teil der spezifischen Problematik des Patienten. Grawe konzeptualisiert diese als Konflikte zwischen Selbst-Schemata und negativen Schemata, Miller und Rollnick als die Spannung zwischen Vor- und Nachteilen von abweichendem Verhalten (z.B. Suchtverhalten), Dollard und Miller als ein Hin- und Hergerrissensein zwischen unconditionierten und konditionierten Trieben und Linehan als intrapsychische Vulnerabilisierung zu Ambivalenzerleben auf den Dimensionen "Aktive Passivität" vs. "Scheinbare Kompetenz" und "Permanente Krise" vs. "Gehemmte Trauer". Zum anderen geht es aber auch um die Widersprüchlichkeiten, in die Psychotherapeuten im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit eingebunden sind (s.u.).
2. Bei der Betrachtung der therapeutischen Beziehung als Werkzeug psychotherapeutischen Handelns wird besonders deutlich, dass das Ambivalenzkonzept geeignet scheint, die Aufgaben, die sich bei der *Gestaltung sozialer Beziehungen* stellen, zu charakterisieren. Hervorzuheben ist hier die Spannung, die zwischen zwei Polen, die "Verändern" und "Annehmen" genannt werden könnten, entsteht. Außerdem sind strukturelle Widersprüche zwischen Attributen der Rolle von Psychotherapeuten beschreibbar: Es handelt sich dabei um einen Beruf mit großer Autorität,

um einen Beruf mit großer Autorität, dessen Aufgabe es aber ist, Menschen zu Freiheit und Autonomie zu verhelfen. Psychotherapie ist eine helfende Profession, in der das Gewähren von Hilfe aber institutionalisiert und daher im Gegensatz zu privaten Kontexten mit einem direkten Nutzen für den Helfer verbunden ist. Weiter wird die Tätigkeit von Psychotherapeuten als geprägt durch die Anforderung, mit vom Patienten auf sie übertragenen oder generalisierten Ambivalenzen umzugehen, beschrieben.

3. Wie in 2.1.3 und 2.1.4 dargestellt, wird Ambivalenz aus psychiatrischer und therapietheoretischer Perspektive häufig, aber nicht immer, *Unlösbarkeit* zugeschrieben. Im Kontext praktischer Psychotherapie ist diese Unlösbarkeit der Ambivalenz allerdings ein neuralgischer Punkt – schließlich versucht Psychotherapie, Probleme mit psychologischen Mitteln zu lösen. Jedoch – ist Ambivalenz überhaupt ein Problem, das psychotherapeutischer Lösung bedarf? In 2.1 wurde herausgearbeitet, dass der Ambivalenzbegriff schon von Bleuler in das Spannungsfeld von gesund und krank gesetzt wurde. Ambivalenz erscheint so als ein Begriff zur Beschreibung normalen wie auch pathologischen Erlebens. Die Konzeption von Ambivalenz, genutzt um Spannungen zwischen Gegensätzen zu beschreiben, ist selbst eingespannt in die Gegensätze von Gesundheit und Krankheit, Lösbarkeit und Unlösbarkeit.

Betrachtet man Modelle zum Umgang mit Ambivalenz aus der Perspektive therapeutischer Praxis, so lassen sich zwei Sichtweisen herausarbeiten: Folgt man Miller und Rollnick sowie Dollard und Miller, stellt sich Ambivalenz als ein lösbares Problem dar: Sind erst beide Positionen herausgearbeitet, kann letztendlich eine zugunsten der anderen aufgegeben werden. Dialektische Sichtweisen ambivalenter Phänomene, wie sie Stierlin und Linehan, aber auch psychoanalytische Autoren wie beispielsweise Bauriedl (1980) einnehmen, betonen dagegen, dass es vielmehr um das Stehenlassen, Tolerieren und Nutzen gegensätzlicher Positionen und der durch sie erzeugten Spannung gehen

muss. Weingardt spricht aus rollentheoretischer Perspektive ebenfalls von einem konstruktiven Umgang mit durch strukturelle Attribute evozierter Ambivalenz: "When ambivalence is normalized in this way, it can become a productive focus of therapy rather than an impediment to it." (Weingardt, 2000, S. 305).

4. Dargestellt wurde die Relevanz der mit Ambivalenz beschreibbaren Gegensätze, wie sie als Aufgabe von Psychotherapie aufscheinen, für das Handeln des Individuums sowie der Umstand, dass diese Gegensätze ihren Niederschlag in der Gestaltung sozialer Beziehungen finden. Folgt man der Konzeptualisierung von *Identität*, wie sie George Herbert Mead in "Geist, Identität und Gesellschaft" (1968) formulierte – Identität als Produkt des sozialen Aktes und der daraus resultierenden Fähigkeit zur Selbstobjektivierung (vgl. dazu z.B. Raiser, 1971) – wird deutlich, dass der Umgang mit Ambivalenz in der psychotherapeutischen Beziehung Einfluss auf die Identität von Patient und Therapeut haben muss und dieser Einfluss, zumindest für den Patienten, auch angestrebt wird.

## **2.4 Fragestellungen**

Von dem in der universitären und nachuniversitären Ausbildung erworbenen Wissen, wie es im theoretischen Teil dieser Arbeit rezipiert wurde, findet kein linearer Transfer in das berufliche Handlungsfeld Psychotherapie statt. Das explizite und implizite Wissen von Psychotherapeuten über Ambivalenz deckt sich daher wahrscheinlich nicht eindeutig mit den hier vorgestellten Konzepten. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass diese auf ihrem Weg in psychotherapeutische Handlungsfelder transformiert wurden, wie Hofmann dies für die "Trivialisierung psychologischer Konstrukte in pädagogischen Handlungsfeldern" beschrieben hat (1999). Dabei soll Trivialisierung keineswegs heißen, dass die betreffenden Konzepte im Zuge dieses Transfers an Wert verlieren. Trivialisierung soll als "sinnvolle, zum Teil kreative Problemlösungsstrategie" (S. 89) verstanden wer-

den, die der Assimilation von Konstrukten an die handlungspraktischen Anforderungen eines Berufsstandes dienen.

In der exemplarischen Darstellung von wissenschaftlichen Theorien und Modellen aus Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapieforschung erscheint Ambivalenz als ein facettenreiches Konstrukt, dem dennoch immer wieder ähnliche Elemente zugeordnet werden können. Im zweiten, empirischen Teil dieser Arbeit interessiert nun zum einen, was im beruflichen Alltag von diesem Konzept gewissermaßen "übrig bleibt" und zum anderen, welche Facetten es im Zuge der Transformation in eine unmittelbar handlungsrelevante "soziale Repräsentation" (vgl. von Thommen, Ammann & von Cranach, 1988) hinzugewinnt. Für Interviews mit psychotherapeutisch tätigen Experten ergeben sich aus der erfolgten Literaturübersicht folgende Fragen:

1. Die Sichtung der Literatur zum Thema ergab folgende regelmäßig vorkommende definitorische Elemente von Ambivalenz: Gegensätzlichkeit, die Verwendung zur Beschreibung der Gestaltung sozialer Beziehungen, der Bezug zur Konstitution von Identität und die Zuschreibung von Unlösbarkeit. Diese Elemente korrespondieren mit einer Definition von Ambivalenz, die – aus soziologischer Perspektive – im Forschungsbereich Gesellschaft und Familie an der Universität Konstanz folgendermaßen formuliert wurde:

*Zum Zwecke soziologischer Forschung (zu Generationenbeziehungen) ist es nützlich, von Ambivalenz zu sprechen, wenn polarisierte, gleichzeitige Emotionen, Gedanken, Volitionen Handlungen, soziale Beziehungen und/oder Strukturen, die als relevant für die Konstitution von individuellen oder kollektiven Identitäten betrachtet werden, innerhalb einer gewissen Zeitspanne oder dauerhaft als unlösbar interpretiert werden (Lüscher, im Druck, Übersetzung durch die Autorin).*

Es stellt sich die Frage, ob diese definitorischen Elemente von Ambivalenz im Reden von Psychotherapeuten über Ambivalenz als handlungsrelevantes Konzept ihrer beruflichen Tätigkeit aufscheinen. Außerdem zeigen sich in der Literatur zwei Spannungsfelder, innerhalb derer sich die begriffliche Fassung

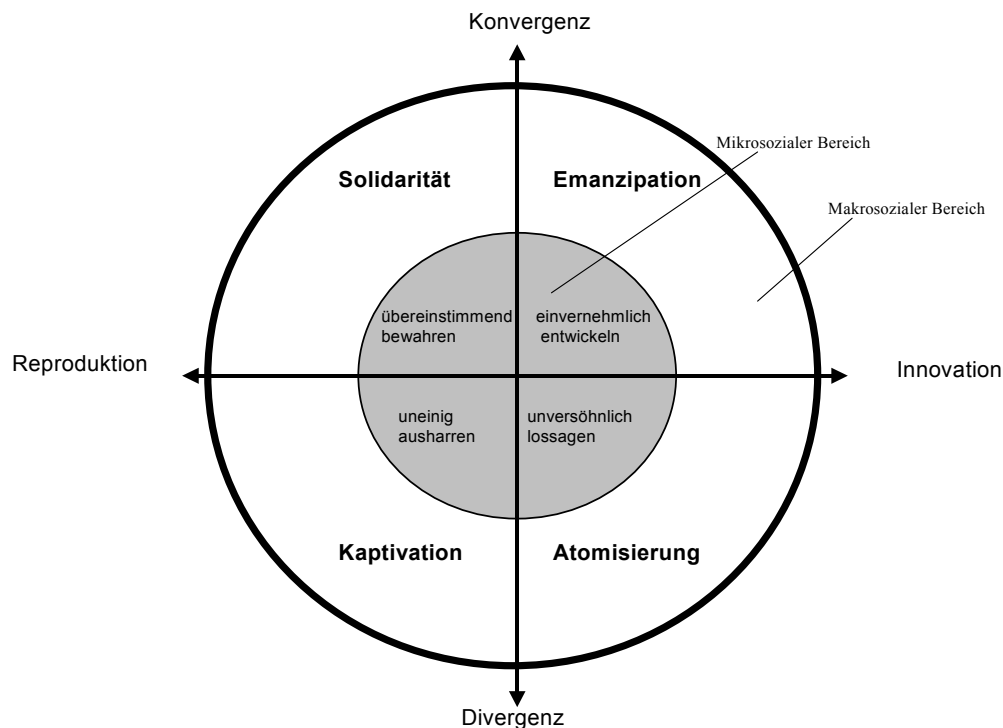
von Ambivalenz bewegt: Der Begriff changiert zwischen dem Bezug zu psychiatrischer Symptomatik und Normalität sowie zwischen der Assoziation mit subjektivem Unlösbarkeitserleben und dem therapeutischen Anspruch der Lösbarkeit. Daraus ergibt sich die Frage, ob diese Themen von Therapeuten ebenfalls reflektiert werden, wenn es um die Rolle des Ambivalenzkonzeptes für ihr Tätigsein geht. Weiter interessiert, ob Ambivalenz im Arbeitskontext von Psychotherapeuten als gut definierter Fachbegriff oder eher umgangssprachlich verstanden wird, und in welcher Relation der Begriff zu ähnlichen Begriffen (z.B. dem des Konfliktes) steht. Diesen Fragen widmen sich die Abschnitte 4.1.1 – 4.1.4 der Ergebnisdarstellung.

Im Feld klinisch-psychologischer Literatur eröffnen sich weitere Spannungsfelder: Das Ambivalenzkonzept wird sowohl zur Kennzeichnung intrapsychischer als auch interpsychischer, normaler wie pathologischer Phänomene verwendet. An praktizierende Psychotherapeuten stellt sich die Frage, welche Formen des Verhaltens sie als ambivalent bezeichnen und mit welchen psychischen Störungen sie diesen Begriff in Verbindung bringen. Hierauf wird in 4.2.1 und 4.2.2 eingegangen.

Auffällig ist die Nutzung des Ambivalenzbegriffes zur Beschreibung sozialer Beziehungen und ihrer Gestaltung auch im klinisch-psychologischen Kontext. Das bestärkt in der Annahme, Ambivalenz lasse sich konzeptuell zur Kennzeichnung von sozialen Beziehungen, insbesondere Generationenbeziehungen, nutzen. Dieser Ansatz wird aus familiensoziologischer Perspektive seit einigen Jahren von der Konstanzer Arbeitsgruppe um Kurt Lüscher verfolgt: Hier wurde der Begriff Ambivalenz als Schlüsselkonzept für die soziologische Analyse von Generationenbeziehungen unter Erwachsenen herangezogen (Lüscher, 2002). Ausgehend von der oben dargestellten Definition wurde die *heuristische Hypothese* formuliert, *dass Generationenbeziehungen den Umgang mit Ambivalenzen erfordern.*

Hierzu wurden vier Basistypen an Strategien im Umgang mit Ambivalenzen im Rahmen von Generationenbeziehungen vorgeschlagen, aufbauend auf der Annahme, dass Generationenambivalenzen innerhalb zweier Beziehungsdimensionen beschreibbar sind und sich somit Umgangsstrategien innerhalb dieser verorten lassen. Die institutionale Beziehungsdimension spannt sich zwischen den Polen "Reproduktion" und "Innovation" auf, also zwischen strukturellem Verharren und Verändern der Institution Familie. Die personale Beziehungsdimension besteht aus den Polen "Divergenz" und "Konvergenz", also persönliche Nähe oder Distanz. Es ergibt sich ein Vierfelderschema, in dem die vier basalen Strategien im Umgang mit Generationenambivalenzen verortet werden (vgl. Abb. 7):

- *Solidarität*: Dieser Beziehungsmodus ist angesiedelt zwischen starker Reproduktion und hoher Konvergenz. Hier verknüpft sich gutes persönliches Einvernehmen mit dem Verharren in überkommenen Lebensformen. Die Handlungsmaxime im Umgang mit Generationenambivalenz ist: übereinstimmendes Bewahren.
- *Emanzipation*: Diese Form der Beziehungsgestaltung repräsentiert starke Innovation bei hoher Konvergenz. Hier verknüpft sich ein Gefühl der Nähe in der persönlichen Beziehung mit der Veränderung von Lebensformen. Die Handlungsmaxime ist: einvernehmliches Entwickeln.
- *Kaptivation*: Bei starker Reproduktion aber hoher Divergenz verbindet sich persönliche Distanz mit dem Verharren in überkommenen Lebensformen. Die Handlungsmaxime ist: uneiniges Ausharren.
- *Atomisierung*: Dieser Beziehungsmodus ist angesiedelt zwischen starker In-





novation und Divergenz, persönliche Distanz geht einher mit der Veränderung der Lebensformen. Die Handlungsmaxime ist: unversöhnliches Lossagen.

Abbildung 7. Das Modell zur familiensoziologischen Analyse von Generationenambivalenzen (Lüscher, im Druck)

Die Ähnlichkeit des Konstanzer Modells mit den hier vorgestellten zweidimensionalen Kreismodellen oder Vierfelderschemata von Leary, Benjamin oder Linehan, die der (klinisch-) psychologischen Bestimmung von Persönlichkeitseigenschaften unter interpersonalen Perspektive dienen, sowie mit dem Tetralemma der Heidelberger systemtherapeutischen Schule, legt nahe, dass es für eine Anwendung auf psychotherapeutisch relevante Phänomene geeignet ist. Für diese Arbeit stellt sich also die Frage, ob in den Eindrücken, die Psychotherapeuten bzgl. der Gestaltung von Familienbeziehungen in ihrer von psychiatrischen Erkrankungen eines Familienmitglieds betroffenen Klientel haben, Ambivalenzen aufscheinen, wie sie das Konstanzer Modell konzeptualisiert. Außerdem interessiert, welche Situationen Psychotherapeuten als häufig von Ambivalenzerleben begleitet beschreiben. Die Ergebnisse der Expertenbefragung zu dieser Frage finden sich in den Abschnitten 4.2.3 und 4.2.4.

4. Konzepte, welche die Familieninteraktion in Familien psychisch erkrankter Menschen als Einflussvariable auf die Entstehung oder den Verlauf dieser Erkrankung verstehen (z.B. das Expressed Emotion Konzept) wurden dahingehend kritisiert, dass diese einseitig nur den Einfluss des Elternverhaltens auf die Erkrankung des Kindes, nicht aber den umgekehrten Zusammenhang betrachteten. Kavanagh (1992) spricht in diesem Zusammenhang von EE als einer "coping strategy" (S. 608). Hier klingt an, dass die Situation von Familien mit einem Angehörigen, der vermehrter Pflege bedarf, besonderen Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung begegnen, die kritisches und emotional überengagiertes Verhalten begünstigen könnten. Zwischenmenschliche

Ambivalenz wurde aus familiensoziologischer Perspektive für Angehörige von pflegebedürftigen alten Menschen so beschrieben (Lettke, 2002b): "Ein Kern für Konflikte und Unvereinbarkeiten liegt häufig darin, dass kulturell tief verankerte Vorstellungen zur Unterstützung und Solidarität zwischen Familienangehörigen auf eine Lebenssituation treffen, in der sich diese Anforderungen nur schwer erfüllen lassen" (S. 73). Von explorativem Interesse für den empirischen Teil dieser Arbeit waren daher die Eindrücke, die Psychotherapeuten von der familiären Situation ihrer Klientel haben und welche Stellung sie der Variable Familieninteraktion und dabei insbesondere dem Umgang mit Ambivalenz in diesem Zusammenhang zuweisen (vgl. 4.2.6).

5. Weiter konnte in der theoretischen Übersicht herausgearbeitet werden, dass der Umgang mit Ambivalenz Gegenstand psychotherapeutischer Arbeit ist. Teil der Tätigkeit von Psychotherapeuten ist es, Verhalten wahrzunehmen, zu interpretieren und zu bewerten. An sie stellt sich daher auch die Frage, welche Strategien im Umgang mit Ambivalenz, sowohl beim einzelnen, als auch in Familienverbänden, sie wahrnehmen und wie sie diese aus therapeutischer Sicht bewerten. Die Ergebnisse bzgl. dieser Frage finden sich in 4.2.5.
6. Ambivalenz als Aufgabe und Herausforderung therapeutischer Arbeit, so ergibt sich aus der Literatur, spiegelt sich auch in der Therapiebeziehung wieder. Außerdem wird diese als strukturell durch Ambivalenzen geprägt beschrieben (vgl. 2.3.2). Im empirischen Teil dieser Arbeit interessiert, welche Selbstauskünfte Psychotherapeuten zu Ambivalenzerfahrungen im Rahmen ihrer beruflichen Rolle geben können (vgl. 4.2.7).

### **3. Methode**

#### **3.1 Erhebungsinstrument Experteninterview: Methodische Besonderheiten**

Diese Untersuchung gilt der Bedeutung, die dem Begriff „Ambivalenz“ im Handlungsfeld von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zukommt. Für diesen im methodologischen Sinne wissenssoziologischen Ansatz wurde als Vorgehen die Expertenbefragung gewählt. Dies ist eine in der Literatur nur selten ausführlich dokumentierte Methode. Eine Ausnahme bildet die Arbeit von Michael Meuser und Ulrike Nagel mit dem bezeichnenden Titel: "Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht" (1991). Die Autoren bieten eine Auswertungsstrategie, die sie als "Modellvorschlag" verstanden wissen wollen und die "flexibel an die jeweiligen Untersuchungsbedingungen angepasst werden kann" (S. 452). Das Ziel ihrer Darstellung ist weniger, genaue Vorgaben bzgl. des Vorgehens zu machen, vielmehr sollen Besonderheiten der Expertenbefragung herausgearbeitet werden, aus denen sich Schritte der methodischen Verarbeitung des Datenmaterials ergeben. Diese sind aber keineswegs so weit spezifiziert, dass für ihre Umsetzung nicht ein weiter Spielraum bliebe.

Von anderen Autoren wird dieser Versuch, einen "Regelkanon für die Durchführung und Auswertung von Experteninterviews" aufzustellen, als nachgerade undurchführbar und der Fragestellung nicht angemessen kritisiert (Deeke, 1995, S. 7; vgl. auch Vogel, 1995). Experteninterviews der jeweiligen Forschungsfrage entsprechend zu planen, durchzuführen und auszuwerten ist also keine Aufgabe, die sich einer festgelegten, mehrfach erprobten und relativ unumstrittenen Methodik bedienen kann. Deswegen soll bei der Darstellung der methodischen Vorgehensweise versucht werden, mittels der Literatur zum Thema und eigener Überlegungen die besonderen Anforderungen, welche die interdisziplinäre – klinisch-psychologische, familiensoziologische sowie wissenssoziologische – Fragestellung dieser Arbeit an die methodische Vorgehensweise stellt, darzustellen, um dann im nächsten Abschnitt (3.2) das eigene methodische Vorgehen auf diese

Besonderheiten zu beziehen. So soll die Angemessenheit dieser Erhebungsmethode für die untersuchte Fragestellung nachgewiesen werden.

### **3.1.1 Besonderheiten des Experten als "Wissensträger"**

Eine Besonderheit von Experteninterviews gegenüber anderen sozialwissenschaftlichen Befragungen besteht in der Stellung, welche die Befragten im Forschungsfeld einnehmen: Sie können im Sinne der Forschungsfrage vorwiegend als Wissens und nicht als Merkmalsträger (vgl. Köhler, 1992) betrachtet werden, da es primär um das ihrem beruflichen Handeln zugrundeliegende Wissen – und nur am Rande um ihre eigene Rolle und Eigenschaften in diesem Handlungsfeld – geht. Als Fachleute befragte sind definiert durch

- ihre Sonderstellung bzgl. der Art und Menge an Wissen zu einem bestimmten Thema (Deeke, 1995; Köhler 1992; Meuser & Nagel, 1991).
- die Kompetenz zu einem reflexiven Umgang mit diesem Wissen (Deeke, 1995).
- den Bezug dieser Wissensbestände zum professionellen Handeln.

Experte ist, wer "selbst Teil des Handlungsfeldes ist, das den Forschungsgegenstand ausmacht" (Meuser & Nagel, 1991, S. 443); wer eine "Chance der Beeinflussung" (Köhler 1992, S. 320) hat – was zum einen bedeutet, in der Lage zu sein, Wissen in professionelles Handeln umzusetzen, zum anderen aber auch, am Entstehungsprozess dieses Wissens mitzuwirken. Meuser und Nagel münzen dies insbesondere auf den Entwurf und die Implementierung von "Problemlösungen" (S. 443), Köhler auf die Entwicklung, Verbreitung und Umsetzung von "Leitbildern" (S. 320) und Deeke auf die Umsetzung von theoretischem Fachwissen in die Praxis, wobei er zwischen dem Typus des "Anwenders" und dem des "Theoretikers" unterscheidet (S. 9). Gemeinsam ist allen diesen Autoren die Betonung des Funktions- und Prozesswissens über interne Strukturen und Ereignisse im Arbeitskontext der Experten.

### 3.1.2 Besonderheiten der Interviewsituation bei Expertenbefragungen

Die soziale Beziehung, wie sie bei Befragungen von Nicht-Experten manifest wird, kann, folgt man Bourdieu, strukturell als eine asymmetrische bezeichnet werden, da ein Gefälle (a) bzgl. der Definitionsmacht über den Gegenstand, um den es geht; (b) der Bestimmung der "Spielregeln" des Interviews und (c) dem Besitz von, v.a. kulturellem, "Kapital" besteht (vgl. Bourdieu, 1997, S. 781). Wenn Experten befragt werden, ändert sich mit diesen Faktoren auch die Struktur der Interviewsituation: (a) Der Experte hat in der Regel ein höheres Informationsniveau als der Interviewer. Er hat ebensoviel Definitionsmacht über den Gegenstand wie der Forscher, bzw. seine Definition ist es gerade, die interessiert. (b) Die Regeln, nach denen das Interview abläuft, werden auch bei der Befragung von Fachleuten vom Interviewer vorgegeben, in dem Sinne, dass dieser es ist, der die Fragen stellt. Jedoch befähigt die oben schon angesprochene reflexive Kompetenz den Experten in höherem Maße als andere Befragte, Fragen zurückzuweisen, zu modifizieren oder die Reihenfolge dieser zu verändern. (c) Befragte Experten besitzen in der Regel einen Hochschulabschluss. Der Besitz von kulturellem Kapital im Sinne Bourdieus ist zwischen Forschendem und Experten eher gleichverteilt – es besteht aber auch die Möglichkeit, dass sich das Gefälle umkehrt. Grundsätzlich kann jedoch der Schluss gezogen werden, dass das "Verhältnis Forscher – Experte weniger asymmetrisch als das von Forscher- Befragter/ Versuchsperson/ 'Erforschter'" (Köhler, 1992, S. 328) ist. Die so strukturell veränderte Interviewsituation stellt neue Anforderungen an Interviewer und Befragten:

- Der Interviewer muss vermeiden, als "inkompetenter Gesprächspartner" (Meuser & Nagel, 1991, S. 448) zu erscheinen und in der Lage sein, sich auf das "Sprachspiel" des Experten einzulassen (S. 449), wobei es hierbei vor allem um Kenntnisse der Fachsprache des Gegenübers geht.
- Der Befragte soll sich nicht als "Privatmensch" darstellen, sondern "seine Sicht der Dinge" im professionellen Kontext entfalten" (S. 450). Hier geht es um "den sachlichen, reflexiven Umgang mit diesem Wissen. Gemeint ist 'Sachlichkeit' in der Begründung des Wissens und die Fähigkeit des Experten,

diese unter Abstraktion persönlicher Wertung zu vermitteln" (Deeke, 1995, S. 9).

### **3.1.3 Anforderungen an die Auswahl der Experten**

Die Befragung von Fachleuten als Wissensträger bringt es mit sich, dass die Zuschreibung der Expertenrolle auf der Basis der gängigen Theorie der Forscher zur Fragestellung erfolgt (Deeke, 1995). Der Status des Experten ist im Sinne des Untersuchungsdesigns relativ (Meuser & Nagel, 1991), ein "methodisches Konstrukt" (Deeke, 1995, S. 9) – was nicht bedeutet, dass es "lediglich 'ExpertInnen von soziologischen Gnaden' gibt" (Meuser & Nagel, 1991, S. 5). Der Auswahl der Fachleute kommt entsprechendes Gewicht zu, diese sind "nicht beliebig austauschbar, im Rahmen von Quoten" (Köhler, 1992, S. 328):

- Zum einen ist notwendig, bei der Expertenauswahl möglichst flächendeckend vorzugehen, d.h. eine Repräsentativität in dem Sinne anzustreben, dass verschiedene relevante Gruppierungen angesprochen werden (Köhler, 1992).
- Zum anderen ist notwendig, die Stichprobe so einzugrenzen, dass durch die Verwandtheit des Erfahrungswissens der Befragten eine Vergleichbarkeit ihrer Positionen hergestellt werden kann (Meuser & Nagel, 1991).

### **3.1.4 Anforderungen an die Gestaltung des Interviews**

Bei der Gestaltung des Interviews soll berücksichtigt werden, dass in Experteninterviews die Befragten als Wissensträger behandelt werden und die Befragungsbeziehung ein geringeres Gefälle aufweist. Zum einen sprechen diese Besonderheiten aus folgenden Gründen für eine *offene Interviewführung*<sup>30</sup>.

- Experteninterviews werden häufig explorativ-felderschließend eingesetzt, was bedeutet, dass "die Forscher nicht selten noch gar nicht wissen, ob und welche Informationen sie von befragten Experten erwarten können" (Deeke, 1995, S. 18).

---

30 Die Offenheit der Interviewsituation bezieht sich auf die Freiheitsgrade der Befragten bezüglich ihrer Antworten: diese sind offen und ohne Vorgaben (vgl. Mayring, 1996).

- Bei offenen Interviews ist es im Gegensatz zu standardisierten Befragungen möglich, zu überprüfen, ob die Zuschreibung des Expertenstatus beim Befragenden berechtigt war, so Deeke.
- Offene Fragen regen nach Deeke eher zu Erläuterungen und Reflexionen an und werden so der reflexiven Kompetenz, die den Experten ausmacht, am ehesten gerecht. So ist außerdem eine langsame Entwicklung des vorhandenen, aber nicht einfach "zur technischen Abfrage" bereitliegenden Wissens, z. B. durch klärende Fragen und Gegenfragen, möglich (S. 18).
- Da es um "handlungsleitende Regeln jenseits von Verordnungen, um ungeschriebene Gesetze des ExpertInnenhandelns, um tacit knowing und Relevanzaspekte geht, gibt es zu offenen ExpertInneninterviews keine Alternative" (Meuser & Nagel, 1991, S. 449).<sup>31</sup>

Zum anderen gibt es gute Gründe, den hohen Freiheitsgraden, die den Befragten durch die Offenheit der Interviewsituation eingeräumt werden, eine Strukturie-

---

31 Hier werden in der Literatur unterschiedliche Standpunkte vertreten. Meuser & Nagel (1991) verorten Expertenbefragungen klar im interpretativen Paradigma empirischer Sozialforschung. Dagegen begründet Deeke die Angemessenheit qualitativer Forschung nicht damit, dass die Erfassung sozialer Wirklichkeit im Expertenkontext - als Ergebnis in sozialer Interaktion hergestellter Bedeutungen und Zusammenhänge - der qualitativen Analyse im Sinne von hermeneutischer Interpretation subjektiv gemeinten Sinns bedarf (vgl. dazu auch Flick, von Kardorff & Steinke, 2000). Ein offenes, qualitatives Vorgehen ist nach Deeke für Expertenbefragungen nicht per se angezeigt, da sich diese gerade dadurch auszeichnen, "dass es inhaltlich um die Kenntnisse des Experten über interessierende Sachverhalte, um Informationen und Aufklärung dazu geht" (Deeke, 1995, S.12). Für eine offene Interviewführung und damit einhergehend qualitative Methoden der Auswertung spricht nach Deeke allein, dass diese dem explorativen Charakter der Untersuchungsfragen angemessen ist und diese Vorgehensweise eine Nutzung der reflexiven Kompetenz des Experten ermöglicht. Nach meiner Auffassung ist eine Interpretationsleistung des Forschenden bei Experteninterviews nötig (vgl. 3.2.5), auch wenn dieser dabei durch die reflexive Kompetenz seines "Untersuchungsobjekts" aktiver unterstützt wird, als dies bei der Befragung von Nicht-Experten der Fall sein mag. Als Auswertungsstrategie ist daher eine interpretative anzustreben (bezeichnenderweise äußert sich Deeke nicht zum "Wie" der Auswertung).

rung der Befragung gegenüberzustellen. Ein *Leitfaden* bietet eine solche Orientierungshilfe:

- Der Leitfaden ermöglicht dem Forscher, sich als kompetenter Gesprächspartner darzustellen, indem bei seiner Vorbereitung relevante Fragenbereiche vorbereitet werden und möglicherweise zur Spezifizierung notwendige Fragen antizipiert werden können. Bei der Erstellung des Leitfadens ist außerdem eine Auseinandersetzung mit der "Sprache der Experten" möglich (Meuser & Nagel, 1991, S. 449).
- Der Leitfaden dient dazu, das Interview immer wieder auf die Expertenrolle zu beziehen und so auszuschließen, dass der Experte die Rolle verlässt, in der er angesprochen wird. Damit wird auch verhindert, "dass das Gespräch sich in Themen verliert, die nichts zur Sache tun" (Meuser & Nagel, 1991, S. 448).
- Fachleute haben in der Regel nur ein beschränktes Zeitkontingent zur Verfügung, dem kann durch den Leitfaden Rechnung getragen werden.
- Wie in 3.1.5 deutlich werden wird, verlangt die Stellung der Befragten als Wissensträger eine besondere Auswertungsstrategie, die darauf abzielt, das Gemeinsame im Expertenwissen zu entdecken. Der Leitfaden ist daher ein Mittel, bei einer Vielzahl von Befragten vergleichbares Material zu erheben (Köhler, 1992).

Für Leitfäden allgemein gelten weiter Gütekriterien, wie sie erstmals von Robert K. Merton formuliert und für den deutschsprachigen Raum von Christel Hopf aufgegriffen wurden (vgl. Hopf, 1978, Hopf, 2000; Merton, Fiske & Kendall, 1956). Diese sind auch für die Erstellung des Gesprächsleitfadens in dieser Arbeit Grundlage, wobei der letzte Punkt (personaler Kontext) entsprechend für Experteninterviews abgewandelt werden muss:

- Ausreichende Reichweite der im Interview angeschnittenen Themenbereiche soll den Befragten die maximale Chance gewähren, zu diesen Aussagen zu machen.
- Dabei sollen gleichzeitig die Themen in spezifizierter Form behandelt werden.
- Im Interview soll die Tiefendimension angemessen beachtet und die Befragten bei der Darstellung der Bedeutung, die Situationen für sie haben, unterstützt werden.
- Der persönliche Kontext, in dem die analysierten Deutungen und Reaktionen stehen, soll in ausreichendem Maße berücksichtigt werden. Im Zusammenhang mit Expertenbefragungen interessiert allerdings nicht der persönliche,



sondern der *berufliche* Kontext der Fachleute, womit vor allem Bezug auf deren Ausbildungshintergrund und Arbeitsbedingungen genommen wird.

### 3.1.5 Anforderungen an die Auswertung

Die Betrachtung der Experten als Wissensträger bringt es mit sich, dass es bei der Auswertung der Texte nicht darum geht, wie im Rahmen einer einzelfallorientierten Interpretation, den individuell-besonderen Ausdruck eines jeden Interviews in seiner durch die Sequenzialität von Äußerungen gebildeten Struktur zu erfassen. Vielmehr ist die Herausarbeitung des "Überindividuell – Gemeinsamen" in den Expertenaussagen das Ziel. Dies kann durch thematischen Vergleich erreicht werden ( ich beziehe mich im folgenden hauptsächlich auf Meuser & Nagel, 1991). Wie schon die Vorbereitung der Interviews sollte auch deren Auswertung auf dieses Ziel ausgerichtet sein:

- "Da es bei ExpertInneninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht", sind bei der Transkription aufwändige Notationssysteme, die erlauben, nonverbale und parasprachliche Elemente zum Gegenstand der Interpretation zu machen, nicht notwendig (Meuser & Nagel 1991, S. 455). Teile der Interviews können von vornherein lediglich paraphrasiert werden, solange dadurch nicht wichtige Aussagen verloren gehen.
- Die Paraphrase, d.h. das Wiedergeben der Expertenaussagen in eigenen Worten, ist ein wichtiger Schritt in Richtung Interpretation und Verdichtung des Textmaterials. Köhler (1992) beispielsweise bildete auf diese Weise Kurzprotokolle der einzelnen Interviews.
- Es folgt der thematische Vergleich, wobei nach vergleichbaren Textpassagen aus verschiedenen Interviews gesucht wird. Ziel ist die Formierung von Aussagenbündeln, die unter gemeinsame Überschriften gestellt werden können. Diese Kategorienbildung bleibt aber textnah, die Sprache der Befragten wird noch nicht verlassen.
- Solche Aussagenkategorien und deren mögliche Untereinheiten lassen sich in einem Auswertungs- oder Codierleitfaden festschreiben, wie ihn Schmidt (2000) für die Auswertung von Leitfadeninterviews vorschlägt. Dieser ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen der folgenden Kodierung der Interviews und eine genaue Dokumentation der Ergebnisse.
- Erst bei der theoretischen Generalisierung beginnt die Ablösung vom Interviewmaterial und die Einordnung der – in Auseinandersetzung mit diesem – erarbeiteten Kategorien in ein generalisiertes Modell. Dieser Schritt lässt sich der Phase der schriftlichen Darstellung der Ergebnisse zuordnen.

### **3.1.6 Anforderungen an die Validierung**

Zum Abschluss soll noch kurz das Problem der Validierung angesprochen werden. Folgende Möglichkeiten zur Validierung der qualitativen Auswertung lassen sich unterscheiden:

- Meuser & Nagel (1991) schlagen zur "methodischen Kontrolle des Zirkelschlusses" die Verortung der interpretierten Expertenaussagen in deren Funktionskontext, d.h. in ihren institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen vor. Dadurch soll die Intersubjektivität der Methode nachgewiesen werden.
- Köhler (1992) beschreitet den Weg der externen Validierung, indem sie die Expertenbefragung mehrstufig organisiert, wobei die Ergebnisse der einzelnen Auswertungsschritte (beispielsweise die Kurzprotokolle) den Experten zur Überprüfung vorgelegt werden.
- Schmidt (2000) schlägt eine konsensuelle Validierung vor: Die Codierung der einzelnen Interviews mittels des Auswertungsleitfadens wird von zwei unabhängigen Personen vorgenommen, im Anschluss daran werden die Zuordnungen gemeinsam diskutiert.

## **3.2 Methodisches Vorgehen bei der Befragung von Psychotherapeuten**

Nachdem bisher die aus der Literatur erkennbaren methodischen Ansprüche an diese Arbeit dargelegt wurden, folgt nun die Darstellung der darauf ausgerichteten Vorgehensweise bei der Befragung von Psychotherapeuten zu ihrem Konzept von Ambivalenz.

### **3.2.1 Psychotherapeuten als "Wissensträger" bzgl. Ambivalenz**

Wie in 3.1.1 gezeigt wurde, sind Experteninterviews angebracht, wo es um die Aufdeckung von Wissensbeständen geht. In dieser Untersuchung interessiert die Verwendung des Begriffs „Ambivalenz“ im therapeutischen Sprachgebrauch, dessen von den Befragten reflektierte definitorische Elemente und die mit ihm belegten Sachverhalte. Insofern wird das Konstrukt "Ambivalenz" als "soziale Repräsentation" verstanden, die von denjenigen, die der Profession Psychotherapie angehören, geteilt wird und die Definition der therapeutischen Situation und das Handeln in dieser bestimmt (vgl. Thommen et al., 1988). Wie der Theorieteil dieser Arbeit zeigt, liegt der Hauptstrang der Geschichte dieses Begriffes im Ge-

biet der Psychiatrie, psychologischer Menschenbilder und der Psychotherapie. Der Ambivalenzbegriff entwickelte und entwickelt sich durch soziale Interaktion in der Berufsgruppe, der die von uns befragten Experten entstammen. Psychotherapeuten beschreiben mit "Ambivalenz" Sachverhalte, die ihnen in ihrem beruflichen Alltag begegnen und ordnen sie damit in einen Zusammenhang ein, der ihre Interpretation dieser Phänomene und den Umgang mit ihnen bestimmt. Dies ist der Ausgangspunkt dieser Untersuchung und die theoretische Hintergrundfolie, auf der Psychotherapeuten der Status von Experten für die Fragestellung zugeschrieben wird.

### **3.2.2 Psychotherapeuten im Interview**

Die in 3.1.2 begründete Annahme, dass die Befragung von Fachleuten die Interviewbeziehung strukturell zu einer vergleichsweise symmetrischen macht, gilt auch für das Gespräch mit Psychotherapeuten zum Konzept Ambivalenz:

- a. Die Definition von "Ambivalenz" ist der interessierende Gegenstand, der Psychotherapeuten zu Experten macht. Damit verfügen diese über ebenso viel Macht über die Definition des Forschungsgegenstands wie die Forschenden selbst – der Austausch findet "auf gleicher Augenhöhe" statt.
- b. Psychotherapeuten sind, mehr noch als Fachvertreter anderer Professionen, geschult in der Reflexion eigener Interpretationen und Handlungsweisen sowie in der Gesprächsführung. Damit sind sie besonders geeignete Partner für eine symmetrische Kommunikationsstrategie und sind zu einem flexiblen Umgang mit den vorgegebenen "Spielregeln" des Interviews befähigt. Wie die Erfahrungen mit den hier vorliegenden Interviews zeigen, werden beispielsweise Fragen, die den Experten, weil sie zu voraussetzungsvoll sind, in eine bestimmte Richtung drängen, erkannt und zurückgewiesen. Das eigene Unvermögen, eine klare Antwort, wie sie eine Frage suggerieren mag, zu geben, wird thematisiert und im Gespräch analysiert, statt zu Höflichkeitsantworten zu greifen. Querbezüge zwischen Themenbereichen werden erstellt,

die dem Interviewer selbst nicht offensichtlich geworden wären. So kann sich eine Diskussion zwischen Interviewer und Befragtem entspinnen, in deren Verlauf auch nicht zur Abfrage bereit liegendes Wissen entwickelt werden kann (vgl. Deeke, 1995).

- c. Die Verteilung von kulturellem Kapital zwischen Interviewern und befragten Psychotherapeuten war in vorliegender Untersuchung sicher nicht immer gleichgewichtig.<sup>32</sup> Die Beschäftigung mit dem Thema, die Erstellung und Handhabung des Leitfadens konnte aber helfen, dieses Gefälle zu überwinden.

### **3.2.3 Die Auswahl der Psychotherapeuten**

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden zunächst sieben Experten im Zeitraum von Ende Mai bis Anfang Juli 2001, weitere Sieben zwischen Anfang November 2001 und Ende März 2002 befragt. Rekrutiert wurden die Experten teils aus der Universität Konstanz verbundenen psychiatrischen Kliniken im Schweizer Kanton Thurgau und in Baden-Württemberg, teils über private oder forschersiche Kontakte. In 3.1.3 wurden zwei Anforderungen an die Auswahl von Experten expliziert: 1. Repräsentativität im Sinne eines Einbezugs relevanter Gruppen und 2. gleichzeitige Eingrenzung auf Personen mit verwandtem Erfahrungswissen.

1. Um verschiedene Gruppierungen innerhalb der psychotherapeutischen Profession zu erfassen, wurde versucht, durch die Expertenauswahl eine Gleichverteilung bezüglich folgender Eigenschaften herzustellen:

---

32 Dies liegt an dem Umstand, dass ich als Diplomandin im Fach Psychologie acht der vierzehn Interviews durchführte. Ich bin, vor allem wegen mangelnder Praxiserfahrung, nicht auf dem gleichen Wissenstand wie die befragten Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung. Gleiches gilt, in geringerem Maße, für die sechs Interviews die von Anette Fintz-Müller, einer Doktorandin der Philosophie mit psychotherapeutischer Ausbildung

- Psychotherapeutisches Verfahren: Es können verschiedene theoretische Schulen psychotherapeutischer Tätigkeit unterschieden werden (vgl. Grawe et al., 1994). Im seit dem 01.01.1999 geltenden Psychotherapeutengesetz werden in §11 die Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Verfahren und die Verhaltenstherapie als wissenschaftlich fundierte Therapieverfahren betrachtet und somit von den Krankenversicherungen anerkannt (vgl. Behnsen & Bernhardt, 1999). Anträge der Systemischen Therapie und der Gesprächspsychotherapie auf Anerkennung werden derzeit geprüft. Somit wurden Vertreter der psychoanalytisch-tiefenpsychologischen und der verhaltenstherapeutischen Richtung als Experten ausgewählt. Des Weiteren wurden systemische Therapeuten in die Expertengruppe aufgenommen, weil deren Wissen in Hinblick auf familiensoziologische Aspekte der Fragestellung von besonderer Relevanz schien (vgl. Tabelle 1).
- Patienten Klientel: Da die Fassung des Begriffs Ambivalenz auch vom Umgang mit einer bestimmten Patienten Klientel beeinflusst sein kann, wurden Vertreter aus verschiedenen Arbeitsbereichen in die Befragung aufgenommen. Dazu gehören Therapeuten mit überwiegend schizophrenen Patienten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Therapeuten, die vorwiegend Patienten mit affektiven Störungen behandeln und Vertreter der Therapie von Substanzabhängigen. Zwei der Befragten konnten aufgrund langjähriger und leitender Tätigkeit keiner dieser Gruppen zugeordnet werden (vgl. Tabelle 1).
- Hochschulstudium: Da Psychotherapeuten sowohl Psychologen und Mediziner sein können, wurden Personen aus beiden Studienfächern berücksichtigt (vgl. Tabelle 1).
- Institutioneller Rahmen: Befragt wurden zum Grossteil Psychotherapeuten, die im psychiatrischen Setting arbeiten, aber auch in der Beratung Tätige (vgl. Tabelle 1).

---

durchgeführt wurden, sowie für das erste Interview, das Prof. em. Kurt Lüscher in meiner und Anette Fintz-Müllers Anwesenheit durchführte.

Tabelle 1. Zusammensetzung der Gruppe der befragten Experten, aufgeschlüsselt nach Art der Psychotherapieausbildung und Patienten Klientel.

<i>Patienten Klientel</i>	Schizo- phrenie	affektive Störungen	Forensik	Beratung	Kinder- und Jugendpsy- cho-therapie	sonstige	<i>gesamt</i>
<u>Psychotherapieschule</u>							
psychoanalytisch- tiefenpsychologisch orientiert		1 <sup>33</sup> (7) <sup>34</sup>	1 (5)		1 (8)	2 (1, 13)	5
verhaltens-therapeutisch orientiert	3 (2, 3, 4)			1 (6)			4
Verhaltenstherapie und Psychoanalyse		1 (10)			1 (14)		2
systemisch orientiert	1 (9)		1 (11)				2
sonstiges				1 (12)			1
<i>gesamt</i>	4	2	2	2	2	2	<b>14</b>

2. Die Eingrenzung der Befragung auf Experten mit verwandtem und vergleichbarem Erfahrungswissen wurde erreicht, indem auf Vertreter der Berufsgruppe psychologischer oder medizinischer Psychotherapeuten zurückgegriffen wurde. Die Kriterien der Zugehörigkeit zu dieser Gruppe sind im oben erwähnten Psychotherapeutengesetz explizit festgelegt. Alle Befragten haben – bei allen Unterschieden – doch vergleichbare Ausbildungen absolviert. Außerdem wurden, mit einer Ausnahme, vor allem langjährig Tätige in die Befragung einbezogen. Die Länge der Berufserfahrung, welche die Experten

---

33 Anzahl der Befragten Experten in der entsprechenden Kategorie.

34 Interviewnummer.

mitbringen, streut zwischen 3,5 und 54 Jahren, wobei der Mittelwert bei 21,5 Jahren liegt (vgl. Tabelle 2).

*Tabelle 2. Zusammensetzung der Gruppe der befragten Experten, aufgeschlüsselt nach Studienfach, Jahren an Berufserfahrung und Geschlecht*

<b>Interviewnummer</b>	<b>Hochschulstudium</b>	<b>Jahre Berufserfahrung</b>	<b>Geschlecht</b>
1	Medizin	54	m
2	Medizin	9	m
3	Psychologie	30	m
4	Psychologie	3,5	w
5	Medizin	20	m
6	Psychologie	23	m
7	Medizin	25	m
8	Medizin	25	m
9	Psychologie	12	w
10	Medizin	15	m
11	Psychologie	16	m
12	Psychologie	16	w
13	Medizin	34	m
14	Medizin	19	m

### 3.2.4 Die Gestaltung der Interviews: Der Leitfaden<sup>35</sup>

Wie in 3.1.4 dargelegt, spricht die Befragung von Experten für offene, jedoch durch einen Leitfaden strukturierte Interviews. Bei dieser Befragung von Psychotherapeuten diente der Leitfaden folgenden Anforderungen an die Interviewführung:

- Die Sprache der Psychotherapeuten sprechen: Bei der Leitfadenerstellung zielte die Diskussion immer wieder darauf ab, mit der Formulierung der Fragen die Sprache der Befragten zu treffen. Dem kam zu Gute, dass drei der fünf an der Leitfadenerstellung beteiligten Personen selbst über Erfahrungen im Bereich Psychotherapie verfügen. Beispielsweise wurde aus der Frage "Auf welche 'Störungen' wenden Sie ihn [den Ambivalenzbegriff, Anm. AB] an?" eine neue Fragestellung entwickelt ("Beobachten Sie ambivalente Phänomene bei Patienten mit bestimmten Diagnosen häufiger als bei anderen?") Dies resultierte aus den Überlegungen, dass 1. sich hinter "Störungen" Personen, denen eine bestimmte Diagnose gegeben wird, verbergen und 2. der Begriff "Ambivalenz" in den heutigen Diagnosemanualen nicht als solcher verwendet wird, das Phänomen aber durchaus auftauchen kann. Auch wenn sich im Sinne einer flexiblen Handhabung des Leitfadens nicht immer an den genauen Wortlaut der Fragen gehalten wurde (vgl. Hopfs Kritik an einer "Leitfadenbürokratie", 1978), erhöhte dies doch die sprachliche Sensibilität.
- Die reflexive Kompetenz der Psychotherapeuten nutzen: Laut Meuser & Nagel (1991) gewährleistet gerade der Leitfaden die Offenheit der Interviewführung, weil im Zuge der Leitfadenerstellung sich der Forscher mit den anzusprechenden Themen so vertraut macht, dass ihm erst eine "unbürokratische Führung des Interviews" ermöglicht wird. Der reflexiven Kompetenz der Experten wird mit dem Leitfaden eine ebensolche auf Seiten des Interviewers gegenübergestellt. Dadurch erst wird für die Experten die Voraussetzung geschaffen, im Gespräch und in der Diskussion ihre Sicht der Dinge zu entwickeln, denn, wie in 3.1.4 schon erwähnt wurde, ist nicht davon auszugehen, dass das erfragte Wissen problemlos zur Abfrage bereit liegt. Diese prozesshafte Wissenserarbeitung im Expertengespräch macht folgender Ausspruch eines in dieser Untersuchung befragten Experten deutlich: Auf die Anmerkung der Interviewerin, er habe zwar zunächst gesagt, Ambivalenz sei für ihn ein Konzept, das wenig kläre, im Laufe des Gesprächs sei aber doch recht viel Relevantes und Klärendes zur Sprache gekommen, gibt er zur Antwort: "Wenn wir dann mal suchen, finden wir doch einiges!" (10; 8; 2.10).

---

35 Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang.



- Die Fragen auf die Psychotherapeutenrolle und den konkreten Arbeitskontext beziehen: Dies wurde durch Formulierungen wie "verwenden Sie in Ihrer Arbeit", "beobachten Sie bei Ihren Patienten" oder "gestützt auf Ihre beruflichen Erfahrungen" erreicht.
- Reichweite: Durch die Einteilung des Leitfadens in vier Fragenbereiche wurden alle relevanten Themenbereiche abgedeckt:
  1. Der erste Fragenbereich widmet sich der Reflexion der Therapeuten über den Begriff "Ambivalenz" ("Reflexion der Therapeuten über Ambivalenz"), wobei die Experten zum Einstieg in das Gespräch eine Art Metaposition einnehmen. Hier werden sie darum gebeten, den Begriff zu umschreiben, es wird erfragt, auf welchen psychischen Ebenen (Fühlen, Denken, Wollen, Handeln) sie Ambivalenz ansiedeln und ob sie ihn eher umgangssprachlich verwenden oder als Fachbegriff verstehen.
  2. Im zweiten Fragenbereich geht es um die Attribution des Begriffs auf Sachverhalte, wie sie an Psychotherapiepatienten zu beobachten sind. Von Interesse sind hier Bezüge zur Psychopathologie, Indikatoren von Ambivalenz und deren Thematisierung in der Psychotherapie sowie Formen des Umgangs mit Ambivalenz, wie ihn die Experten beobachten. Hier liegt der Fokus eher auf intrapsychischen Ambivalenzen bzw. auf der Individuumsperspektive ("Ambivalenz bei Patienten").
  3. Im dritten Fragenbereich wird die Perspektive auf soziale Beziehungen und insbesondere Familienbeziehungen, insofern sie Thema in der Psychotherapie sind, erweitert. Auch hier wird nach dem Umgang mit Ambivalenz gefragt ("Ambivalenz in Familien").
  4. Der letzte Fragenbereich betrifft Ambivalenzerfahrungen in der Rolle als Psychotherapeut sowie Fragen zur Zeitdiagnose, die Vorstellungen der Experten zum Zusammenhang von gesellschaftlichen Bedingungen und Ambivalenzerfahrungen erfassen sollen ("Abschluss. Ambivalenzerfahrungen in der Rolle als Psychotherapeut – Zeitdiagnose – offene Stellungnahme zum Interview").
- Spezifität: Der Leitfaden verfügt über allgemeine und spezifizierende Fragen, die nachgeschoben werden können, wenn die Äußerungen der Befragten zu wenig konkret oder genau erscheinen. So wird nach illustrativen Beispielen gefragt oder es werden weiterführende Fragen gestellt.
- Tiefe: Die Fragen des Leitfadens zielen auch auf Wertungen ("Wie sehen Sie das?"), Kausalattributionen ("Welchen Rahmenbedingungen schreiben Sie dies zu?") und Maximen des therapeutischen Handelns ("Welche Strategien im Umgang mit Ambivalenzerfahrungen versuchen Sie bei Ihren Patienten anzuregen?"), um die Bedeutung des Ambivalenzkonzepts tiefgehender zu beleuchten.

- Individueller beruflicher und theoretischer Kontext: Wie in 3.1.3 und 3.2.3 angesprochen, gilt der Perspektive der Befragten, die sich aus akademischen Werdegang und beruflicher Erfahrung ableiten lässt, große Aufmerksamkeit (dies wird in 3.2.5 weiter vertieft werden). Da Vertreter verschiedener Therapieverfahren befragt werden, kann dies nicht im Leitfaden, der für alle gilt, festgeschrieben werden, wird aber im Rahmen der Fragen zum Arbeitskontext (s.o.) bei der jeweiligen Verwendung des Leitfadens bedacht.

### **3.2.5 Die Auswertungsstrategie**

Der Argumentation von Meuser & Nagel (1991) folgend wurde eine interpretative Auswertungsstrategie gewählt, da es um "Ambivalenz" als soziale Repräsentation und somit um einen Gegenstand sozialer Konstruktion geht. Eine solche Sichtweise beinhaltet die Annahme, dass Ambivalenz als Informationsverarbeitungsfilter und Grundlage von Interpretation, Attribution und normativer Bewertung von Geschehnissen in der Therapiesituation dient und somit das Handeln in dieser bestimmt (vgl. Thommen et al., 1988). Umgekehrt kann die Bedeutung eines Begriffs in Anschluss an den Pragmatismus Charles S. Peirces durch die Rekonstruktion der Relation zu eben diesen Sachverhalten und Perspektiven ausgemacht werden. Im folgenden wird diese, die Auswertung leitende, theoretische Hintergrundfolie entwickelt, um anschließend zu den forschungspraktischen Phasen des Auswertungsvorgehens zu kommen.

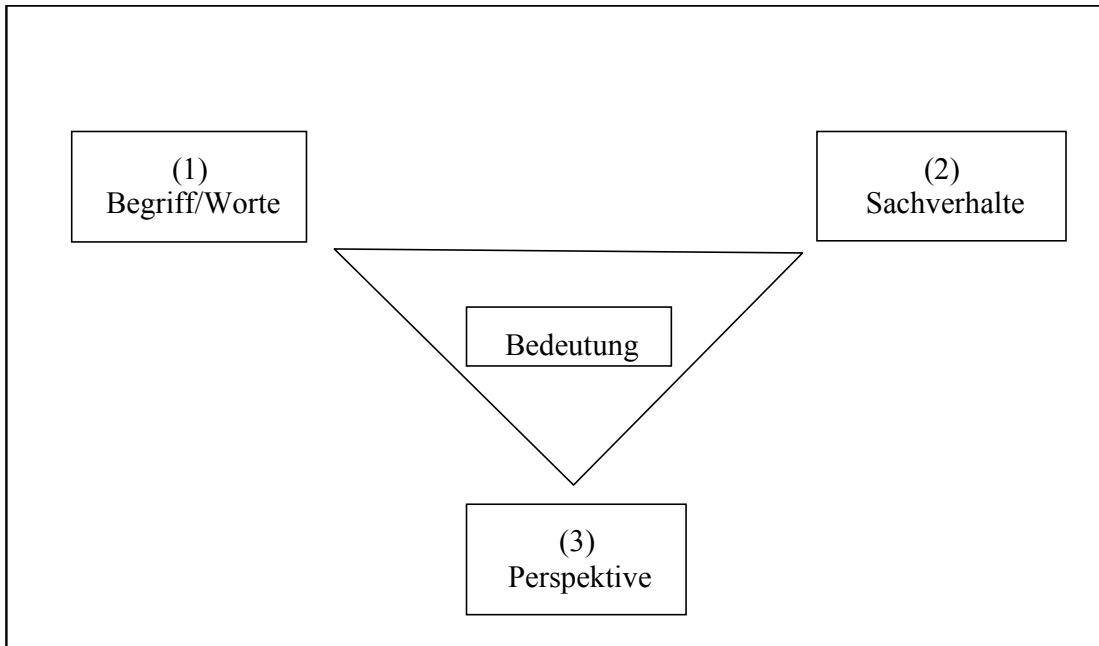


Abbildung 8. Bedeutung als triadische Relation sensu Peirce

Einen Begriff wie "Ambivalenz" kann man im Sinne von Peirce als ein Zeichen, das *für* etwas (den Sachverhalt) *zu* etwas (dem Interpretant) steht, behandeln (zur Semiotik Peirces vgl. Rohr, 1993). Die Bedeutung des Begriffs besteht somit in dem Gebrauch, der von ihm gemacht wird, also der Anwendung auf bestimmte Sachverhalte und den daraus folgenden praktischen Konsequenzen. Das heißt aber auch, dass die Zuordnung von Begriffen zu Sachverhalten immer unter Bezug auf die individuelle und kollektive Identität des Interpretanten vorgenommen wird und somit das Zeichen erst zum Zeichen macht (vgl. Abbildung 6). So gesehen ist der Begriff Ambivalenz undenkbar ohne die ihm zugeordneten Sachverhalte und die aus dieser Zuordnung resultierenden Handlungen – und eben diese Zuordnung ist wiederum bestimmt durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Perspektive, durch ein auf die eigene Identität verweisendes Verhältnis zur Lebenswelt. Für die Seite des Interpretanten im semiotischen Bedeutungs-dreieck wird hier der Begriff "Perspektive" gewählt, den Peirce selbst nicht verwendet. Die Wichtigkeit, die der Perspektive bei der Konstruktion von Bedeutung zukommt, ist unübersehbar: Sie ist gewissermaßen der Schlüssel zu der die Bedeutung konstituierenden triadischen Verknüpfung.

In 3.1.5 wurden bereits die in der Literatur beschriebenen Stadien einer interpretativen Auswertungsstrategie dargestellt, auf die das Vorgehen in dieser Arbeit abgestimmt wurde: Transkription; protokollarische Paraphrase (Kurzprotokolle); thematischer Vergleich mit Ziel der Kategorienbildung; Konstruktion eines Codierleitfadens; Codierung der Interviews und theoretische Generalisierung.

### *Transkription*

Die Interviews wurden wörtlich transkribiert oder in Teilen bereits paraphrasiert. Die Vorlage für die Interviewtranskripte sieht zwei Spalten vor, wobei sich in der linken Spalte die Wiedergabe des Dialogs mit dem Experten findet und in der rechten, schmaleren Spalte Platz für Anmerkungen und Verweise des Interviewers und/oder Protokollanten bleibt.

### *Kurzprotokolle und thematischer Vergleich*

Eine erste Verdichtung des Textmaterials erfolgte über die Erstellung von Kurzprotokollen. Für diese wurden Expertenäußerungen in Aussagen umgewandelt und unter thematischen Überschriften, die eng an den Interviewleitfaden angelehnt waren, angeordnet. Die Aussagen dieser Kurzprotokolle wurden anschließend in tabellarischer Form einander gegenübergestellt bzw. einander zugeordnet, womit ein erster Schritt in Richtung der Bildung von Aussagenbündeln, dem Rohmaterial für die Bildung von Kategorien, getan ist. Kurzprotokolle wurden lediglich für die ersten sieben Interviews angefertigt, für die folgenden sieben erschien eine sofortige Einordnung in die tabellarische Zusammenstellung möglich.

### *Codierleitfaden*

#### a) Die Konstruktion von Aussagenkategorien

Die Bündelung von inhaltlich vergleichbaren Aussagen verschiedener Experten ist die Grundlage für die Bildung von Aussagenkategorien. "In einer Kategorie ist das Besondere des gemeinsam geteilten Wissens eines Teils der ExpertInnen

verdichtet und explizit gemacht" (Meuser & Nagel 1991, S. 462). Die Auswertungskategorien entstehen also erst in Auseinandersetzung mit dem erhobenen Material. "Eine der offenen Fragetechnik angemessene Auswertung kann das Material nicht mit vorfixierten Themenkatalogen interpretieren und zusammenfassen" (Schmidt, 2000, S. 447), da dies dem explorativen Charakter der Untersuchung, die vorhandene Wissensstrukturen aufdecken will, nicht entspricht. Diese Kategorien werden im Codierleitfaden festgeschrieben.

#### b) Der Einbezug der triadischen Bedeutungsrelation in die Konstruktion des Codierleitfadens

Der Codierleitfaden ist gemäß der oben dargestellten, die Auswertung leitenden Strukturelemente von „Bedeutung“ gestaltet: Der erste Teil des Auswertungsleitfadens widmet sich den verwendeten Begriffen (wie Ambivalenz, Konflikt etc.), der zweite den mit diesen Begriffen bezeichneten Sachverhalten (wie Situationen und Verhaltensweisen). In jedem dieser Teile ist die Auswertung aufgeschlüsselt nach den unterschiedlichen Perspektiven der befragten Experten, die sich, wie oben beschrieben, aus deren Ausbildungshintergrund und Arbeitskontext ergeben. Außerdem wird bei der Codierung der mit "Ambivalenz" bezeichneten Sachverhalte im zweiten Teil des Auswertungsleitfadens die Verwendung von Schlüsselbegriffen durch Zusatzcodierungen vermerkt. Ebenso wird im ersten Teil des Auswertungsleitfadens, der sich insbesondere der Reflexion über den Begriff Ambivalenz widmet, vermerkt, inwiefern diese begrifflichen Reflexionen mit dem Bezug zu Sachverhalten korrespondieren.

#### c) Häufigkeitsauszählung

Der Codierleitfaden erlaubt eine Häufigkeitsauszählung der Zustimmung zu den Aussagenkategorien. Diese ist, wie oben schon angemerkt, nach Perspektiven aufgeschlüsselt. Als Kriterium für die Zugehörigkeit zu verschiedenen Perspektiven wurde hier die Verwendung verschiedener psychotherapeutischer Verfahren gewählt.

### *Codierung der Interviews*

Eine Kodierung jedes einzelnen Interviews anhand dieses Leitfadens besteht nun in der Zuordnung der Textpassagen zu den in Auseinandersetzung mit allen Interviews rekonstruierten Aussagenkategorien. "Die Auswertungskategorien, die im vorangegangenen Auswertungsschritt *aus* dem Material heraus gebildet worden sind, werden jetzt also *auf* das Material angewendet" (Schmidt, 2000, S. 453). Dabei wurden die Textpassagen, auf die sich die Zuordnung bezieht, als Belege in Form von Seiten- und Fragenummerangaben oder sogar in Form von wörtlichen Zitaten, notiert. In diesen Codierleitfaden wurden so alle vierzehn Interviews eingetragen. Mit ihm liegt eine möglichst strukturierte und transparente Darstellung der Ergebnisse vor.

### *Theoretische Generalisierung*

Die theoretische Generalisierung erfolgt im fünften Kapitel dieser Arbeit im Zuge der Diskussion der Ergebnisse. Hier wird die herausgearbeitete Struktur des Wissens der befragten Experten über Ambivalenz in Bezug gesetzt mit psychiatrischen, psychologischen und psychotherapeutischen sowie familiensoziologischen Theorien und Modellen, um im Sinne des explorativen und hypothesengenerierenden Charakters dieser Untersuchung zu Thesen bzgl. des Ambivalenzkonzepts im klinisch-psychologischen Kontext überzuleiten.

### **3.2.6 Validierung**

Von den in 3.1.6 genannten drei Validierungsmöglichkeiten konnten in dieser Untersuchung zwei umgesetzt werden. Erstens wurden entsprechend dem von Meuser und Nagel (1991) genannten Ansatz die Expertenaussagen im perspektivischen Kontext der Psychotherapeuten verortet. Zweitens fand eine ständige Begleitung, Diskussion und Kontrolle der Auswertungsschritte durch die diese Arbeit betreuenden Lehrenden statt, was einer konsensuellen Validierung im Sinne von Schmidt (2000) zwar nicht vollständig entspricht, aber doch nahe kommt.

## **4. Ergebnisse**

### **4.1 Erläuterungen der Psychotherapeuten zur Verwendung des Ambivalenzbegriffs**

#### **4.1.1 Ist "Ambivalenz" ein Fachbegriff ?**

Die Verwendung des Begriffs „Ambivalenz“ im Kontext des Expertenhandelns ist durch eine Spannung gekennzeichnet, die etwa von einem Drittel der Psychotherapeuten auch offen reflektiert wird: "Ambivalenz" ist einerseits ein für die psychiatrische Fachsprache geprägter Begriff und andererseits in die Alltags- oder Umgangssprache eingegangen (vgl. z.B. zur Verankerung von psychoanalytischem Vokabular in der Alltagssprache Moscovici, 2001; allgemein zum Wissenschaftstransfer vgl. Luckmann, 1989). Es lassen sich drei Aussagenkategorien unterscheiden, die sich in diesem Spannungsfeld zwischen alltagssprachlichem vs. fachbegrifflichem Rückgriff auf „Ambivalenz“ unterschiedlich positionieren: Der ersten gehören Experten an, die "Ambivalenz" als einen Begriff ihrer alltäglichen Sprache fassen, der zweiten diejenigen, die eine Verwendung von "Ambivalenz" als Fachbegriff angeben und der dritten jene, die deutlich die Spannung zwischen Fachbegrifflichkeit und Umgangssprachlichkeit im eigenen Sprachgebrauch reflektieren:

1. Umgangssprachlicher Gebrauch: Fünf Experten berichten ausschließlich von einer umgangssprachlichen Verwendung des Begriffs auch in ihrem beruflichen Handeln.
2. Gebrauch als terminus technicus: Vier Experten sprechen von einer Verwendung des Begriffs als Fachterminus. Hierbei kann noch unterschieden werden, ob diese Verwendung als Fachbegriff geprägt ist von einem Trend oder Versuch, den Bezug auf rein psychopathologische Sachverhalte zu beschränken (dies lässt sich bei zwei Befragten feststellen).
3. Reflektiertes Schwanken zwischen Fachbegriff und Umgangssprache: Eine dritte Gruppe aus fünf Experten schwankt in der Reflektion über den Begriff

„Ambivalenz“ deutlich zwischen dem Erkennen eines im alltäglichen Reden über ambivalente Sachverhalte einerseits und eines im fachlichen Diskurs andererseits hergestellten Bedeutungshintergrunds. Beispielhaft kann hier ein Experte zitiert werden:

*Also, da bin ich nicht hundertprozentig sicher, wie ich das tue, weil das Wort Ambivalenz ist ja ein umgangssprachliches Wort so, geworden [...] <sup>36</sup> Es ist schon bissl so Jargon denk ich geworden, und ich find's daher wichtig [...] sich auch auf präzisere Begriffe zu beziehen, sonst wird's sehr schnell beliebig. Wie Konflikt [...] oder Trauma, das werden ganz schnell so beliebige Jargonwörter, die eigentlich nichts mehr aussagen. Da find ich die Definition von Bleuler, der das so in Affektpaare geordnet hat oder Melanie Klein, die gesagt hat, also Ambivalenz entsteht sozusagen nicht im Affekt sondern in dem, was man schon im internalisierten Objekt fühlt [besser, Anm. AB] (11; 2 ;1.2)<sup>37</sup>*

Wie in diesem Zitat deutlich wird, stellt ein Teil der Experten, die den Umstand erwähnen, dass der Begriff Ambivalenz Eingang in die Umgangssprache gefunden hat (d.h. die Gruppen 1. und 3.), zusätzlich eine gewisse Beliebigkeit in der Verwendung des Begriffs fest (vier Experten). Z.B. wird angemerkt, der Begriff werde *"fast schon inflationär"* (9; 2; 1.7) gebraucht oder sei *"ein Begriff, wenn ich es kritisch betrachte, obwohl ich ihn häufig verwende, der wenig klärt"* (10; 3, 1.6).

Wenn ein Bezug auf Konzepte oder Definitionen des Fachs, dem die Befragten angehören, hergestellt wird (in den Gruppen 2. und 3.), so wird am häufigsten auf Eugen Bleuler (vier Experten) oder die Definition, welche die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP, 1995)

---

36 Drei Punkte in eckigen Klammern zeigen an, dass Teile des vollständigen Transkripts ausgelassen werden.

37 Nach dem Zitat einer Expertenaussage steht in runden Klammern an erster Position die Nummer des Interviews, an zweiter Stelle die Nummer der Seite des Transkripts, und an dritter die Nummer der Frage des Interviewleitfadens, zu der das Zitat gehört.



vorgenommen hat (drei Experten), rekuriert. Die knappe Hälfte der befragten Experten allerdings nimmt einen solchen Bezug auf festgeschriebene Definitionen nicht vor.

#### **4.1.2 Welche Elemente definieren Ambivalenz?**

Aufgrund der Fragestellung dieser Arbeit wurden die Expertenaussagen insbesondere auf Elemente der Definition von Ambivalenz hin untersucht. Im theoretischen Teil dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass in der psychiatrischen, psychologischen und psychotherapeutischen Literatur folgende Bestandteile der Bedeutung von Ambivalenz wiederholt aufscheinen: 1. Die intrapsychischen Repräsentationsebenen Denken, Fühlen und Wollen sowie die Verhaltensebene; 2. das Element der Gegensätzlichkeit oder Polarität; 3. das Element der Unlösbarkeit; 4. der Bezug zur Gestaltung sozialer Beziehungen und 5. der Bezug zur Identität. Infolgedessen wurden die Expertenaussagen auf diese Elemente hin untersucht.

1. Denkbar sind drei intrapsychische Ebenen, auf die der Begriff Ambivalenz angewendet werden kann: Denken, Fühlen und Wollen (vgl. Bleuler, 1914).

Weiter besteht die Möglichkeit, dass Phänomene auf der Verhaltensebene als ambivalent gekennzeichnet werden.

- Ambivalenzen des Denkens werden ausdrücklich von fünf Experten in ihrem Versuch einer Definition oder Umschreibung von Ambivalenz genannt. Auffällig dabei ist, dass vier dieser Aussagen von denjenigen Experten stammen, die hauptsächlich mit schizophrenen Patienten arbeiten. Aber auch sieben weitere Experten thematisieren indirekt kognitive Ambivalenzen, indem sie auf den Zusammenhang von Ambivalenz und Entscheidung hinweisen. Somit benennen schon bei den ersten Fragen nach Ambivalenz zwölf der vierzehn Experten Ambivalenzen auf der Ebene des Denkens. Kognitive Ambivalenzen werden lediglich von einem Experten besonders betont oder fokussiert.
- Fast ebenso häufig wie Ambivalenzen des Denkens werden Ambivalenzen auf der Ebene des Fühlens thematisiert (elf von vierzehn Experten). Von zwei Befragten wird diese Ebene fokussiert.

- Neun Psychotherapeuten bezogen Ambivalenz auf die Ebene des Wollens; wenn man diejenigen hinzunimmt, die Ambivalenz als ein Phänomen im Prozess der Entscheidungsfindung ansprechen, erhöht sich die Anzahl derjenigen, die den motivationalen Aspekt von Ambivalenz beschreiben, auf zwölf.
- Dass sich Ambivalenz im Verhalten beobachten lässt, wird von dreizehn der vierzehn Experten dadurch bestätigt, dass Verhaltensindikatoren für intrapsychische Ambivalenz (Fühlen, Denken und Wollen) angegeben werden (vgl. 4.2.2). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass diese Indikatoren selbst nicht unbedingt ambivalenten Charakter haben müssen, sondern dass teilweise von nicht-ambivalentem Verhalten (z.B. einer Verhaltensblockade oder situativ inadäquatem Verhalten) auf zugrundeliegende Ambivalenzen geschlossen wird. In der anfänglichen Reflexion über den Begriff wird nur von vier Experten explizit auf ambivalentes Verhalten oder Handeln hingewiesen, wobei es sich hier ausnahmslos um Experten, die in der Psychiatrie mit schizophrenen, in einem Fall mit affektiv gestörten, Patienten arbeiten, handelt. Außerdem wird dem Handlungsbezug von Ambivalenz dadurch Rechnung getragen, dass sieben Befragte für den Ausdruck von Ambivalenz im Verhalten den Begriff "Ambitendenz" verwenden (vgl. 4.1.3). Hier sind ebenfalls alle Experten, die psychotherapeutisch mit Schizophrenen tätig sind, vertreten.

Fünf der Befragten stellen des weiteren fest, dass die oben skizzierten psychischen Ebenen der Affekte und Emotionen, der Kognition und der Motivation sich zwar akademisch trennen lassen, dies aber für ihr Praxishandeln weniger relevant ist.

2. Dass Ambivalenz ein Moment der Gegensätzlichkeit beinhaltet, verdeutlichen zwölf der vierzehn Experten, meist mit eben diesem Begriff, aber auch mit Ausdrücken wie "widersprüchlich", "Polarität" oder "konträr".
3. Inwiefern diese Gegensätze als unlösbar interpretiert werden, bleibt unklar: Vier der Experten tun dies in ihrem Versuch einer Definition, und weitere sechs deuten dies an, indem sie Ambivalenz mit Phänomenen in Verbindung bringen, die auf eine Blockade oder einen Stillstand des Handelns schließen lassen.

4. Von sieben Experten wird der Begriff Ambivalenz schon im Versuch einer Definition auf soziale Beziehungen angewendet.

*Ambivalenz verstehe ich zunächst im traditionellen Sinne so wie es Bleuler und auch Melanie Klein formuliert haben, im Sinne von gegengesetzten Gefühlen auf ein Objekt, also Liebe - Hass zum Beispiel, die gleichzeitig gegenüber einer Person gerichtet sind (11; 1; 1.1).*

Hier fällt auf, dass in dieser Gruppe der Anteil an Experten, die (ausschließlich oder neben einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung) eine psychoanalytische Ausbildung haben, überwiegt. Jedoch wird im weiteren Verlauf der Interviews auch von allen anderen Experten der Begriff der Ambivalenz auf soziale Beziehungen angewendet, insbesondere auf Beziehungen zu signifikanten Anderen, wie es Eltern-Kind oder Paarbeziehungen sind.

6. Dass diese Gegensätze, wie sie fast alle Experten beschreiben, relevant für die Konstitution von Identität sind, reflektieren vier Befragte schon in ihrem Versuch einer Definition. Ein *Beispiel*:

*Ambivalenz ist die existentielle Unfähigkeit oder die Unmöglichkeit, eine Entscheidung zu treffen zwischen zwei Alternativen, die für die Lebenspraxis wichtig sind (5; 1; 1.3).*

Ansonsten wird die Identitätsrelevanz der Gegensätze v.a. dadurch ersichtlich, dass sie für Situationen oder Beziehungen, deren Bedeutung für die Konstitution personaler Identität offensichtlich ist, beschrieben werden: Lebensorientierungssituationen/biographische Schwellen werden durch Gegensätze im Fühlen, Denken und Wollen gekennzeichnet, ebenso Beziehungen zu signifikanten Anderen. Außerdem wird Ambivalenz und der Umgang mit ihr von sechs Experten als bedeutsam für die Persönlichkeitsentwicklung beschrieben, zum *Beispiel*:

*Ich könnt' mir vorstellen, obwohl ich keine Analytikerin bin, dass Ambivalenz auch eine Entwicklungsaufgabe ist bei Kindern und Jugendlichen, dass man aus den vielen Möglichkeiten einfach mal eine aussu-*

*chen muss. Und dass das gefördert und gehemmt werden kann (9; 4; 2.3).*

*Ach so, da fällt mir noch etwas ein, ganz wichtig der Begriff: Ambivalenztoleranz! Ein ausbildender Psychiater habe das dem Experten einmal so erklärt,<sup>38</sup> dass es entwicklungspsychologisch ein ganz wichtiger Schritt sei, wenn Kinder lernen, dass jemand gut und schlecht sein kann, also dass die idealisierten Eltern auch fies sein können oder auch hässlich und gemein sind. Und das hat V., also das ist nicht sein Begriff, Ambivalenztoleranz genannt. Also das Ertragen lernen, dass etwas oder jemand bisweilen gut und bisweilen böse ist (10; 5; 2.3.).*

*Ambivalenz wird oft als störend erlebt, ist aber ein Hinweis auf Entscheidungen, die fällig sind, die auch eine Herausforderung für die Reifung sind, ein Impuls (6; 4; 2.6).*

#### **4.1.3 Welche weiteren Begriffe umgeben Ambivalenz?**

Im Gespräch mit Psychotherapeuten offenbart sich "Ambivalenz" als umgeben von einem Bedeutungshof aus einer Reihe weiterer Begriffe, die ergänzend oder synonym gebraucht werden.

1. Deutlich kann dies für den Begriff "Konflikt" gezeigt werden: Zwölf der vierzehn befragten Psychotherapeuten verwenden diesen Begriff in Zusammenhängen, in denen von Ambivalenzen die Rede ist. Im Theorieteil wurde schon klar, inwiefern beide Konzepte sowohl in der Psychoanalyse als auch in der Verhaltenstheorie miteinander verzahnt sind (vgl. die Darstellung Freudscher Konzeptionen in 2.2.1, und Dollards & Millers Konfliktmodell in 2.2.2). Diese Verzahnung spiegelt sich auch im Wissen der Experten wider: Bestimmte Konflikte werden als ambivalent gekennzeichnet, d.h. Ambivalenz wird als ein Sonderfall von Konflikten gesehen. Am deutlichsten zeigt sich dies bei den vier Experten, allesamt mit psychoanalytischer Ausbildung, die den Be-

---

38 Nicht kursiv gedruckt erscheinen entweder Paraphrasierungen oder Bemerkungen des Interviewers, die wichtig für den Sinnzusammenhang des Zitates sind.

griff "Ambivalenzkonflikt" verwenden, es ist aber auch dort, wo Ambivalenzen als Konflikte beschrieben werden, der Fall:

*...dass man auch da gezielt danach sucht, wo es solche Ambivalenzen gibt, grad, dass es oft darum geht, in einem Konflikt, was für bestimmte Stimmen sind da gleichzeitig da...(12; 2; 1.6).*

Fünf Experten äußern sich zur Abgrenzung zwischen "Konflikt" und "Ambivalenz". Wo eine Abgrenzung versucht wird, werden Ambivalenzen Konflikten zeitlich vorangestellt. Weiter zeigt schon der Begriff "Ambivalenzkonflikt", dass nicht jeder Konflikt als ambivalent gekennzeichnet werden kann. *Beispiel einer Abgrenzung:*

*Ich glaube, dass Ambivalenz einen in einen Konflikt bringen kann, aber nicht jeder Konflikt ist ambivalent (8; 2; 1.4).*

2. Auffällig ist die häufige Anwendung von "Ambivalenz" auf Entscheidungssituationen. Entscheidungen werden als ambivalent gekennzeichnet (vgl. 4.2.4, strukturell ambivalente Situationen). Dies gilt insbesondere für Entscheidungsschwierigkeiten, auf die zwölf Experten den Ambivalenzbegriff beziehen. Hier stehen vor allem die Verhaltenstherapeuten hervor: Während bei den Psychoanalytikern stärker die Verbindung mit dem Konflikt, v.a. bei Verwendung von "Ambivalenzkonflikt" im Vordergrund steht, beziehen sich alle befragten Verhaltenstherapeuten (aber auch drei der fünf Psychoanalytiker) sowie jene zwei Experten, die über beide Ausbildungen verfügen, mit "Ambivalenz" auf Schwierigkeiten der Entscheidung.
3. Weiter taucht im Reden über Ambivalenz bei vier Befragten der Begriff "Ambiguität" auf, vier Interviewte verwenden den Begriff "Toleranz", drei den Begriff "Spaltung" und zwei sprechen im Zusammenhang mit Ambivalenz auch von "Dilemma".
4. Wie oben schon angesprochen wird der Begriff "Ambitendenz" verwendet, um die Verhaltensseite von Ambivalenz zu kennzeichnen.

#### 4.1.4 Ist Ambivalenz normal oder pathologisch?

Angesichts der Etymologie des Ambivalenzbegriffs und der Fachrichtung der befragten Experten (Psychiatrie und Psychotherapie) wird insbesondere die Frage relevant, inwieweit der Begriff Ambivalenz allein auf als pathologisch bezeichnete Sachverhalte angewendet wird. Die Frage, ob der Begriff als Ausdruck von Psychopathologie oder als etwas Normales betrachtet wird, beantworten die Experten ausnahmslos mit Aussagen, die erkennen lassen, dass ihre Sichtweise von Ambivalenz eine dimensionale ist: Die Übergänge von normaler zu pathologischer Ambivalenz werden als fließend gekennzeichnet, zum *Beispiel*:

*Selbst in der schizophrenen Störung funktionieren sie nicht groß anders, wie einer, der keine Krankheit hat, die Funktionsweise ist gleich. Und wenn sie einen Ehemann haben, der eine Freundin hat und eine Ehefrau und sich nicht hin und her entscheiden kann, dann ist das nicht viel anders wie die Beispiele, die wir jetzt hier hatten (3; 4; 2.6).*

Daher wird der Ambivalenzbegriff auch auf normale psychische Erscheinungen angewendet, auch wenn einigen Experten durchaus deutlich wird, dass Ambivalenz in ihrem Fachbereich doch mit „Störung“ konnotiert ist, wie dieses *Beispiel* zeigt:

*Jeder kennt es. Aber es ist so ein bisschen in die Richtung gerückt, die Konnotation ist doch Störung, deshalb denk ich auch, ist es eher verpönt als anerkannt (9; 4-5; 2.6).*

Die Spannung, die dieses Kontinuum zwischen Normalität und Pathologie erzeugt, wird in folgender Expertenaussage durch die Verwendung der Konjunktion „aber“ spürbar:

*...also jemanden, der sein Leben oder seinen Alltag ohne Ambivalenz bewältigen würde, kenne ich nicht. Aber es hat schon mit Störung zu tun. Aber es gehört schon dazu (10;5;2.6).*

Hierbei ist auch die Definition von Normalität von Bedeutung. Zwölf Therapeuten (die beiden Experten, die keine bzw. nur ungenaue Abgrenzungen treffen,

sind Verhaltenstherapeuten) bedienen sich hier der Kriterien Funktionalität und/oder Leiden, wie folgende *Beispiele* anschaulich zeigen:

*Ich denke es ist kein pathologischer Begriff, ich denke das wäre falsch [...] also ich denke eher Reaktionen auf Ambivalenz sind dann pathologisch (11; 8; 2.6).*

*Die Grenze? Ist dort, wo ich eingeschränkt in meinen täglichen Beziehungen, gut, die WHO können Sie da zitieren, also genussfähig, beziehungsfähig, leistungsfähig. Man könnte sagen: Wenn das stark eingeschränkt ist, wenn ich in meinem täglichen Handeln und Denken so eingeschränkt bin, dass ich die normalen Anforderungen nicht erfüllen kann (13; 6; 2.6).*

Damit wählen die Experten eine pragmatische Normalitätsdefinition, in der Störung bzw. Normalität nicht unabhängig vom Kontext des Handelns betrachtet werden kann (vgl. Feer, 1987).

In der Reflexion durch die Experten scheint Ambivalenz also als ein allgemeinspsychisches Phänomen auf, das auch dysfunktionale, pathologische Formen annehmen kann. Da jedoch schon in diesen Äußerungen vielfach deutlich wird, wie sehr die Konnotation des Begriffs pathologisch gefärbt ist, stellt sich die Frage, ob Ambivalenz allein zwischen nicht störend (weil funktional damit umgegangen wird) und störend (weil dies nicht gelingt) angesiedelt wird oder ob die Dimensionalität des Begriffs so weit ausgenutzt wird, dass sogar eine positive Konnotation deutlich wird. Dies ist in der Gruppe der fünf Expertenäußerungen der Fall, die Ambivalenz den Charakter eines Impulsgebers zuweisen, Beispiele:

*Ambivalenz wird oft als störend erlebt, ist aber ein Hinweis auf Entscheidungen, die fällig sind, die auch eine Herausforderung für die Reifung sind. Ein Impuls (6; 4; 2.6).*

*Was gibt es denn an der Ambivalenz Nützliches? Die schafft Lebendigkeit, Bewegung, Entropie. Stellen Sie sich mal vor, klar konsequent sture Menschen, die alle genau wissen was sie wollen und was nicht. Das hätte auch etwas sehr Tristes (10; 10; 3.3).*

*Vielleicht auch ein Auslöser von Kreativität, wenn man zwei noch nicht optimale Lösungen hat, entsteht ja oft aus diesem Nichtzusammenpassen, aus diesem mismatch vielleicht etwas Neues. [...] Also, ich denk, dass kreative Menschen diese Spannungen vielleicht mehr zulassen (14; 4; 1.3). ...<sup>39</sup> also insofern, ein einseitiges pathologisches Konstrukt, man muss Ambivalenz reduzieren, mein Gott, wie unspannend wäre das Leben. Lähmende [Ambivalenz, Anm. AB] [...] da denke ich muss man gucken wie man das reduziert (14; 14; 2.9).*

## **4.2 Sachverhalte, die mit dem Begriff Ambivalenz belegt werden**

### **4.2.1 Psychopathologie**

Wie bereits mehrfach dargestellt, wird Ambivalenz sowohl in der Literatur (vgl. 2.1, 2.1.3), als auch in den Expertenaussagen (vgl. 4.1.4) im Spannungsfeld zwischen Normalität und Pathologie angesiedelt. Um dies näher zu beleuchten, wurde nach Störungsbildern gefragt, in denen Ambivalenz besonders prägnant aufscheint. Dazu lassen sich zwei Bündel von Expertenaussagen unterscheiden, die sich gegenseitig nicht ausschließen: Zum ersten solche, die konkrete Störungsbilder benennen und gegebenenfalls ambivalente Erscheinungen in deren Rahmen beschreiben, und zum zweiten solche, die erkennen lassen, wie wenig Ambivalenz an bestimmte Störungsbilder gebunden ist, wie ubiquitär ambivalente Phänomene in verschiedensten psychischen Störungen deutlich werden. Als Drittes soll keine diagnostische Kategorie, sondern eine gehäuft geäußerte ätiologische Zuschreibung der Experten Beachtung finden, die Ambivalenz und die Erfahrung von Missbrauch zueinander in Beziehung setzt.

1. Sechs Störungsbilder werden durch die befragten Psychotherapeuten mit dem Begriff der Ambivalenz belegt: Schizophrenie, Depression, Substanzabhängigkeit, die Zwangsstörung und zwei Persönlichkeitsstörungen (Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung).

---

39 Drei Punkte im Text, die nicht in eckigen Klammern stehen, repräsentieren Sprechpausen des Befragten.



- Von herausragender Stellung sind dabei die Störungen des schizophrenen Formenkreises. Elf von vierzehn Experten beschreiben diese als durch Ambivalenzen gekennzeichnet und von ihnen machen neun genauere Angaben dazu, wie sich Ambivalenz hier äußert. Unterschiede zwischen den Anhängern verschiedener Psychotherapieschulen oder zwischen Experten mit und ohne schizophrene Patientenklitel lassen sich hier nicht ausmachen. Ambivalenz wird bei schizophren erkrankten Patienten grundsätzlich als direkt im Verhalten "*ausgelebt*" (14; 7; 1.8) beschrieben und wird mit großer Übereinstimmung phänomenologisch als widersprüchliches, desorganisiertes Verhalten bis hin zur Verhaltenshemmung gekennzeichnet. Die Therapeuten, die mit schizophren Erkrankten arbeiten, verwenden zusätzlich den Begriff "Ambitendenz" zur Beschreibung von prägnanten Verhaltensweisen, wie sie in folgenden *Beispielen* deutlich werden:

*Ich hatte mal eine Patientin, die konnte sich immer nie entscheiden 'soll ich jetzt den Raum verlassen oder nicht' und pendelte dann regelrecht zwischen Tür und Angel hin- und her (4; 2; 1.9).*

*...wir haben mal gemeinsam mit einem Patienten zu tun gehabt, der hatte nun sicher eine schizophrene Psychose, und der hatte ein Butterbrot vor sich liegen und der hat das Butterbrot in die Hand genommen, wollte reinbeißen, dann hat er es wieder zurückgelegt, und dann hat er es wieder zum Mund geführt, und wieder zurückgelegt, und das fünf, sechs Mal hin und her (10; 3-4; 1.8).*

- Vier Experten sehen die Depression gekennzeichnet durch ambivalente Phänomene. Hierbei wird insbesondere auf das Phänomen der Entscheidungsschwäche rekurriert.
- Zwei Experten sehen die Substanzabhängigkeit geprägt durch die Ambivalenz, auf der einen Seite der Sucht verhaftet zu sein und auf der anderen Seite Freiheit von der Sucht zu wünschen.
- Drei Experten erkennen in der Zwangsstörung Zeichen von Ambivalenz, die allerdings nur durch einen Experten konkretisiert werden. Dieser beschreibt das Wissen um die Unsinnigkeit der Zwänge auf der einen Seite und die Unfähigkeit, diese zu beenden als ambivalentes Phänomen.
- Fünf Experten ordnen der Borderline-Persönlichkeitsstörung ambivalentes Erleben und Verhalten zu. Drei Befragte verdeutlichen dies, indem sie übereinstimmend die Spannung zwischen der Wertschätzung und der Entwertung des eigenen Selbst und anderer bei Borderlinepatienten als ambivalent bezeichnen.
- Die narzisstische Persönlichkeitsstörung wird von zwei Therapeuten mit Schwankungen zwischen Selbstentwertung und Selbstidealisierung charakterisiert, diese Schwankungen werden als ambivalent bezeichnet.

2. Obwohl durch alle Experten für diskrete psychische Störungen charakteristische ambivalente Phänomene benannt werden, lassen sich doch fünf Expertenäußerungen in die Kategorie "Ambivalenz als ubiquitäres Kennzeichen psychischer Störungen" einordnen, wie folgende *Beispiele* zeigen:

*Jeglicher Patientenkontakt dreht sich, ist ein Tanz, nicht ums goldene Kalb, sondern um die Ambivalenz, also dessen Konflikthaftigkeit (1; 3; 2.2).*

*Also, viele neurotisch kranke Menschen inszenieren unbewusst konflikthafte Erleben, so dass, wenn man es mal von außen betrachtet, sehr deutlich sieht, da möchte einer die Schwerkraft aufheben, also da möchte einer etwas, was im Grunde genommen unmöglich ist, doch möglich machen (10; 3 – 4; 1.8).*

Die Verwendung des Neurosebegriffs durch zwei dieser Experten, die, wie die anderen fünf über eine psychoanalytische Ausbildung verfügen, weist auch die Richtung, aus der diese Sichtweise stammt: Die Neurose als Folge eines mit unzureichenden Abwehrmechanismen bekämpften Ambivalenzkonflikts wird bei Freud (vgl. Knellesen 1978) thematisiert, wie in 2.2.1 deutlich wurde.

3. Eine ätiologische Zuordnung, die bei der Frage nach ambivalenten Phänomenen im Rahmen psychischer Störungen durch fünf Therapeuten gemacht wurde, soll hier nur kurz angesprochen und in 4.2.4 wieder aufgegriffen werden. Fünf Psychotherapeuten ordnen Missbrauchsoffern intensive Ambivalenzerfahrungen zu und stimmen dabei in der Einschätzung überein, dass die Ambivalenz hier in einem traumatischen Konflikt zwischen Zuneigung und Abscheu besteht.

#### **4.2.2 Verhaltensweisen**

Die Frage nach Indikatoren von Ambivalenz ist die Frage nach Verhaltensweisen oder Äußerungen, die dem Psychotherapeuten Rückschlüsse auf ambivalentes intrapsychisches Geschehen (Fühlen, Denken, Wollen) erlauben. Patienten, so

schildern es die Befragten, verbalisieren Ambivalenz sehr selten. Wie in 4.1.2 schon angedeutet, muss Verhalten, das Therapeuten Anlass gibt, beispielsweise zugrundeliegende Ambivalenzen des Fühlens zu vermuten, nicht notwendig selbst ambivalent sein.

Die Expertenäußerungen zu Indikatoren von Ambivalenz lassen sich dementsprechend unterteilen in solche, die ambivalentes, gegensätzliches Verhalten beschreiben und solche, die Verhalten beschreiben, das nicht selbst ambivalent ist, von dem aber auf Ambivalenzen geschlossen wird. Der ersten Gruppen gehören die Kategorien "Zwischen Gegensätzen oszillierendes Verhalten" und "widersprüchliches Verhalten" an. Diese beiden Kategorien unterscheiden sich in Eigenschaften der Zeitlichkeit. Der zweiten Gruppe gehören die Kategorien "Stillstand/ Blockade von Handlung" und "Situativ inadäquates, unerwartetes, irritierendes Verhalten" an.

1. Zwischen Gegensätzen oszillierendes Verhalten: Sieben Therapeuten verweisen auf diesen Verhaltenstyp. Gemeint ist Verhalten, dessen Gegensätze über verschiedene Zeitpunkte hinweg deutlich werden, wobei es sich um Stunden, Tage, aber auch nur wenige Sekunden handeln kann:

*Also, was bedeutet es zum Beispiel, wenn ein Patient auf der Station vor der Therapiestunde eine Scheibe zertrümmert und dann in die Stunde kommt und den Therapeuten lobt? Was heißt das? (11; 6 – 7; 2.1).*

*...und da sagt einer eineinhalb Stunden lang, dass ihm der Übergriff nichts ausgemacht hat, und dann [...] blitzt an so einer Ecke auf 'aber wenn das einer mit meinem Sohn machen würde, den würd' ich umbringen' (14; 7; 1.9).*

*...dann kann ich plötzlich auf Station ein angepassteres Verhalten zeigen und zu Hause am Wochenende besonders schrecklich sein (14; 12; 2.7).*

2. Widersprüchliches Verhalten: Zwei Befragte beschreiben Verhalten, bei dem Widersprüche zeitgleich deutlich werden, weil sie über verschiedenen Kanäle

kommuniziert werden, wenn z.B. "auf der verbalen Ebene was anderes kommuniziert wird als nonverbal" (14; 8; 2.1) oder nicht deckungsgleiche Signale ausgesandt werden.

3. Blockade/Stillstand von Handlung: In diese Kategorie fallen die Äußerungen von acht Befragten zu Stagnation und Entschlussunfähigkeit:

*...ist es schon so, dass eigentlich bei ganz vielen Sachen im Leben, wo man so den Eindruck hat, es ist irgendwie ein Stillstand, dass man dann so Ambivalenzen findet, wenn man schaut, warum bewegt sich da jetzt nichts. Also, wo es oft so ist, dass da jetzt gleichzeitig Wünsche und Ängste da sind, die sich irgendwie gegenseitig ausbremsen (12; 3; 1.9).*

4. Situativ inadäquates, unerwartetes, irritierendes Verhalten: Von fünf Therapeuten wird darauf hingewiesen, dass sie dann beginnen, über zugrundeliegendes Ambivalenzerleben nachzudenken, wenn ihnen in ihrer Arbeit mit Patienten Verhalten begegnet, das sie sich nicht erklären können und das daher für sie irritierend ist:

*Ich weiß gar nicht, ob man das so an einem Thema festmachen kann [...] Ansonsten denke ich, alles, was auf die Person des Therapeuten benannt wird, ist ein wichtiges Signal, also Vorwürfe, Anklagen, Wut, genauso wie Idealisierungen, praktisch alles wo ich merke, hoppla, das hat ja überhaupt nichts mit der realen Beziehung letztlich zu tun. Das könnten Hinweise dafür sein, dass Ambivalenz kommt (11; 6; 2.1).*

*Hinweise für Ambivalenz sind häufig extreme Positionen, die wir nicht verstehen [...] Plötzlich irgendein aggressiver Ausbruch, irgendeine aggressive Haltung, eine extreme Position, die zeigt, irgendwas läuft ab, wir verstehen es nicht warum und wenn man dann nachfragt, gibt es eben die andere Position dann auch. Das ist für mich das Symptom von Ambivalenz. Besondere Nähe oder besondere Distanz oder besondere Aggressivität oder unmotivierter Nähegefühle, einfach so extreme Positionen, man sagt 'ja, was ist denn los, das ist ja völlig unrealistisch, das hat ja mit der Situation gar nichts zu tun'... (13; 4; 2.1).*

### 4.2.3 Familienbeziehungen

Von Interesse im Sinne der Fragestellung dieser Arbeit (vgl. 2.4) ist, inwieweit Psychotherapeuten ihr Konzept von Ambivalenz zur Interpretation von Familienbeziehungen verwenden. In den Expertengesprächen wurden Generationenbeziehungen, Geschwisterbeziehungen und Paarbeziehungen thematisiert.

1. Generationenbeziehungen, also Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, werden ausnahmslos von allen Therapeuten so beschrieben, dass ihr Konzept von Ambivalenz zur Anwendung kommt. Hier lassen sich zur Beschreibung von Generationenambivalenz drei Kategorien unterscheiden: Erstens eine Kategorie an Aussagen über ambivalente Spannung zwischen Nähe und Distanz sowie Autonomie und Abhängigkeit; zweitens eine Aussagenkategorie zu Ambivalenz zwischen Eltern und Kindern im Rahmen von Loyalitätskonflikten und drittens Aussagen zu ambivalenten Erziehungsstilen.

- Ambivalente Spannung zwischen Nähe und Distanz sowie zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit: Dreizehn Befragte geben an, bei Familienbeziehungen von Patienten ein Hin- und Hergerissensein zwischen Nähe und Distanz sowie zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit bei der Gestaltung von Eltern-Kind-Beziehungen zu beobachten. Hier können Einflüsse der therapeutischen Ausrichtung der Experten auf die Verwendung von Begriffen gezeigt werden: Der Autonomiebegriff wird von drei Psychoanalytikern bzw. Therapeuten mit tiefenpsychologisch fundierter Ausbildung verwendet, die beiden befragten Systemiker ziehen die Begriffe "Individuation", "Abstoßung" und "Anziehung" sowie "Ablösung" vor und das Bindungskonzept wird von dem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Experten benutzt. Ein Verhaltenstherapeut beschreibt das Gegeneinander von "Annäherung" und "Vermeidung", bezieht dies jedoch nicht explizit auf Generationenbeziehungen. Die restlichen Befragten verwenden nicht diese theoretisch gefärbten Begriffe, sondern beschreiben ambivalenten Spannungen zwischen den Generationen mit eigenen Worten.

Das Gegensatzpaar von Nähe und Distanz ist nicht mit jenem von Abhängigkeit und Unabhängigkeit identisch, beide werden aber von den Experten in engen Zusammenhang gebracht. Vier Experten verweisen auf beide Gegensätze fast in einem Atemzug und drei Experten verwenden Begriffe wie "Individuation" (11; 11; 3.1), "Sorge" (5; 6; 3.8) und Bindung (14; 6;

1.8), die nicht eindeutig einem dieser Gegensatzpaare zuordenbar sind. Zwei Experten betonen allein die Spannung zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit und drei Experten allein jene zwischen Nähe und Distanz.

Wenn nicht die oben genannten, inhaltlich schon aufgeladenen Begriffe verwendet werden, geht es in den dieser Kategorie zugeordneten umschreibenden Beispielen um Liebe und Zuneigung auf der einen und Hass und Ablehnung auf der anderen Seite, um das Sorgen um Kinder oder Eltern sowie um Veränderungen von Wünschen und Lebensentwürfen, die Verschiebungen im Nähe-Distanz-Verhältnis mit sich bringen. Es wird vor allem der emotionale Aspekt dieser Spannungen betont. Dies korrespondiert mit dem Ergebnis, dass die intrapsychische Ebene der Gefühle am häufigsten ausdrücklich im Zusammenhang mit Ambivalenz genannt wird und zwei Experten Ambivalenz v.a. als ein emotionales Phänomen verstehen (vgl. 4.1.2).

Von sechs Befragten werden diese Beispiele vor allem aus der Erfahrung mit Familien von Therapiepatienten geschöpft, in der Regel sind dies Familien mit einem psychiatrisch erkrankten Angehörigen. Fünf Befragte schildern sowohl Beispiele, die allgemein für Familien gelten können als auch Beispiele von Patientenfamilien bzw. Familien, die sich in einer Situation, die Pflege eines Familienmitglieds erfordert, befinden. Zwei Befragte beschreiben vor allem die Interaktion "normaler" Familien. Es wird deutlich, dass die Situation von Familien mit einem psychiatrisch erkrankten oder anderweitig pflegebedürftigen Angehörigen die ambivalente Spannung zwischen Nähe und Distanz in Generationenbeziehungen evtl. verschärft – darauf soll in 4.2.4 und 4.2.6 noch eingegangen werden. Einige *beispielhafte Aussagen* aus dieser Kategorie:

*Da [in Patientenfamilien, Anm. AB] gibt's eine ausgeprägte Gefühlsambivalenz: Man hat den Buben gern, aber man könnt' ihn auch an die Wand klatschen. Gerne hätte man ihn zu Hause behalten, aber weil er da so unerträglich geworden ist, hat man ihn hergebracht, obwohl man ihn am liebsten gleich wieder mitgenommen hätte. Das ist eigentlich in diesen Familien durchgängig (2; 6; 3.3).*

*Es geht bei Familie ja auch um Trennung, Distanzierung. Also die Trennung von Partnern, aber auch das Ausziehen von Kindern. Da sind wir wieder bei den biographischen Schwellen, alle Familien müssen damit leben, dass ihre Mitglieder biographische Schwellen überschreiten, das führt dann zu Veränderungen oder auch nicht, und die bringt dann Ambivalenz ins Spiel (10; 8; 3.1).*

*...ich weiß nicht, wie viele Morddrohungen es von Kleinkindern gegenüber ihren Eltern gibt [...]. Also das ist ja irritierend, wenn ich jemanden lieben und hassen kann... (11; 10; 3.1).*

- Ambivalenz im Rahmen von Loyalitätskonflikten: Zwei Psychoanalytiker mit dem Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie und ein Verhaltenstherapeut kommen auf Loyalitätskonflikte zu sprechen. Diese werden durchweg als aus Trennungs- oder Scheidungssituationen resultierend beschrieben. Die Äußerungen zielen darauf ab, dass Kinder, deren Eltern sich trennen, in eine Situation geraten können, in der von ihnen verlangt wird, dass sie Stellung für einen Elternteil beziehen. Gleichzeitig werden sie verstärkt mit "guten und bösen Anteilen" (14; 2; 1.1) in den Elternpersonen konfrontiert. Die Ambivalenz liegt hier in der forcierten Entscheidung zwischen beiden gleich stark geliebten Elternteilen:

*Beim zweiten Nachdenken fällt mir spontan schon ein Patient ein, wo wir auch den Eindruck hatten, na gut, der Gute ist zwischen einer kranken Mutter, Großmutter, Vater nach der Scheidung und Trennung in vielen Loyalitätskonflikten befangen und da hin- und hergerissen und kann sich ganz offensichtlich... bis hin zu einer ausgeprägten Ambitendenz, so als Schwierigkeit mitgebracht. Also so etwas gibt es schon, dass man dann denkt, ja, das bildet so bissl was ab von Schwierigkeit, sich wirklich zwischen diesen verschiedenen Anforderungen [zu entscheiden, Anm. AB] (2; 4; 2.6.).*

*...aus der Scheidungsforschung, wo ja automatisch Ambivalenzen auftreten über den Loyalitätskonflikt und einfach die Verarbeitung des Loyalitätskonflikts und der Umgang mit der Trennung ist eine völlig andere bei den jüngeren Kindern, die das schwer auf die Reihe kriegen, in beiden Eltern gute und böse Anteile zu sehen (14; 2; 1.1).*

- Ambivalente Erziehungsstile: Ein systemischer Therapeut und ein Vertreter der Gestalttherapie kommen bei der Frage nach Ambivalenz in Familienbeziehungen auf Erziehungsstile zu sprechen, die sie als ambivalent bezeichnen, weil eine Spannung zwischen den Polen Milde und Strenge im Erziehungsverhalten besteht:

*...also da denke ich, ist Ambivalenz eher zu finden, wenn Eltern einen sehr unklaren Beziehungsstil, [...] mit Wechseln zwischen Verwöhnung und Rigidität zum Beispiel zu reagieren (11; 11; 3.1).*

*Was mir ganz oft auffällt, das ist, dass die Eltern untereinander so ambivalent sind, also dass es ganz oft so ist, dass ein schwacher, also ein nachgiebiger Elternteil und ein sehr extrem harter Elternteil zusammen sind, und wo wir dann als Therapieziel oft haben, dass die beiden sich*

*erst mal ohne das Kind über ein gemeinsames Vorgehen abstimmen. Also, dass es nicht so ist, dass jeder Elternteil ambivalent in sich ist, sondern, dass die halt auch untereinander auch so extrem gegensätzlich sind (12; 7; 3.1).*

2. Geschwisterbeziehungen: Fünf Therapeuten bringen in den Gesprächen zum Ausdruck, dass Beziehungen zwischen Geschwistern als ambivalent gekennzeichnet werden können. Jene drei Befragten, die dies näher erläutern – unter ihnen die beiden Kinder- und Jugendpsychotherapeuten – sehen übereinstimmend die Ambivalenz in der Empfindung von Liebe oder Zuneigung bei gleichzeitiger Konkurrenz, Rivalität und Eifersucht:

*Massiv [...] das gibt es sogar als ICD-Diagnose, die aber kaum genommen wird, die Geschwisterrivalität und in der Geschwisterrivalität ist ganz viel ambivalent, weil das ja oft sehr nahe Beziehungen sind, teilweise aber auch Neid geprägte, ganz extrem selten, dass das mal richtig pathologisch ist, aber... und... eine Patientin, hochintelligent, die irgendwie so eine Superschwester hat, die gerade in den USA studiert, und die jetzt einen Suizidversuch machte, weil die Schwester zurückzukommen drohte, wo es jetzt zwei Jahre so gut ging und die hat nur erzählt, wie toll ihre Schwester ist und wie sie die mag und hatte aber auch massive Aggressionen, die sie gegen sich gewandt hat (14; 16; 3.2).*

3. Paarbeziehungen: Der Begriff Ambivalenz wird von zehn befragten Therapeuten auf Paarbeziehungen angewendet. Von diesen sehen fünf die Ambivalenz durch die strukturelle Eigenschaft bedingt, dass Paarbeziehungen auf Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsfreiheit beruhen. Hier wird ambivalentes Fühlen, Denken oder Wollen bei der Entscheidung für einen Partner, in Dreiecksbeziehungen und bei Trennungen angesprochen. Ein *Beispiel*:

*Die Paarsituation, der gegenwärtigen, neuzeitlichen Auffassung von Paarbeziehungen ist das geradezu inhärent [...]. Weil man viele Möglichkeiten hat [...] es gibt normalerweise viele Alternativen vorher und die Entscheidung fällt schwer und es wird nachgetrauert hinterher. Und die Entscheidung Trennung oder nicht ist ja auch nicht so einfach oder zumindest gibt es beide Möglichkeiten (9; 7; 3.1).*



Insgesamt schätzen sieben der vierzehn Befragten Ambivalenzen in Familienbeziehungen als sehr häufiges und vier als häufiges Phänomen in ihrem Arbeitsfeld ein. Drei Experten machten dazu keine ausreichenden Angaben.

#### 4.2.4 Situationen

In den Gesprächen mit Psychotherapeuten über Ambivalenz wurden wiederholt Situationen geschildert, die strukturell Ambivalenzerfahrungen begünstigen. Einige von ihnen klangen bereits an. Aus den Expertenäußerungen konnten fünf typischerweise als ambivalent oder Ambivalenzen forcierend beschriebene Situationen extrahiert werden: 1. Lebensorientierungssituationen; 2. psychotherapeutische Situationen; 3. Situationen, welche die Pflege von Familienangehörigen verlangen, 4. Scheidungs- und Trennungssituationen mit Fokus auf die Lage der betroffenen Kinder sowie 5. Situationen, in denen Missbrauch stattfindet. Die ersten beiden Situationstypen sind im engeren Sinne Situationen, die Entscheidungen bzgl. der Lebensführung erfordern.

1. Die Situation der Lebensorientierung: Hier werden Entscheidungen von großer Bedeutung für das weitere Leben – anders ausgedrückt: von großer Identitätsrelevanz – verlangt. Das Schwanken zwischen den sich bietenden Alternativen wird von sieben Befragten als ambivalent beschrieben:

*Ich kann mir nicht vorstellen, dass es etwas gibt, was für den Menschen von großer Bedeutung ist, was nicht zugleich als ambivalent erlebt wird. Ob das Berufswahl oder Partnerwahl, man Vater wird oder Mutter, dass es dazu immer auch gegenteilige, widersprüchliche Punkte gibt (6; 1; 1.1).*

*Wenn jemand aufgrund seines Lebenslaufes in einer Veränderungssituation ist: Schulabschluss, Beziehungsbegründung, Partnerschaft eingehen, in Pension gehen, solche biographischen Schwellen sind Wetterwinkel für Ambivalenzphasen (10; 5; 2.3).*

An einer psychischen Störung zu erkranken, so wird von drei Therapeuten ergänzt, führt für die Betroffenen in besonderem Maße zu der Notwendigkeit,

Entscheidungen über die weitere Lebensführung zu treffen – wie z.B. darüber, in ein Heim zu gehen oder den Beruf zu wechseln.

2. Weiter wird die Situation des Einlassens auf eine Therapie bzw. auf den Therapeuten von den Experten als ambivalent beschrieben. Aussagen dieser Kategorie sehen die Spannung zum einen zwischen den Gegensätzen Veränderung vs. Beibehaltung von – allgemein gesprochen – Formen der Lebensführung (sieben Therapeuten betonen diesen Aspekt). Diese Befragten beschreiben die Situation, in die ihre Patienten sich bei der Entscheidung zu einer Therapie begeben, als ambivalent insofern, dass auf der einen Seite ein Wunsch nach Veränderung besteht und auf der anderen Seite diese auch angstbesetzt ist und so zu dem Wunsch nach Vermeidung von Veränderung führt. *Beispiele:*

*Und allgemein in der Psychotherapie natürlich dieses Änderung wollen aber auch doch nicht wollen (3; 2; 1.6).*

*Ein Thema, an dem sich Ambivalenz sehr häufig entzündet, ist: 'Soll ich jetzt eine Therapie beginnen oder nicht?' [...] Das ist sozusagen das Ambivalenzthema oder -Sujet Nummer Eins (10; 4; 2.1).*

*...natürlich auch was Behandlungsentscheidungen angeht, wo Kinder durchaus eine Motivation haben oder einen Sinn sehen irgendetwas zu machen, und andererseits [...] Ängste haben wie die Erwachsenen auch... (14; 2; 1.1).*

Von drei dieser Therapeuten werden dementsprechende Schwankungen auch bei der Beendigung einer Therapie beschrieben.

Drei Therapeuten betonen eher den Aspekt des Vertrauens vs. Misstrauens in den Therapeuten bei der Kennzeichnung der Therapiesituation als ambivalent:

*Bei dieser Frage: 'Was wollen Sie hier?' [...], ist ja schon die Ambivalenz direkt angesprochen. Auf der einen Seite will ich als Klient, dass sie nun ja nicht sehen, was mich beschämt und auf der anderen Seite möchte ich, dass sie mich verstehen, und einfühlen und.... so ist das... der Zahnarzt, der alles gut machen soll aber nun ja nicht an den Nerv*

*kommen... und nicht wehtun, aber gleichzeitig gründlich arbeiten...(6; 4; 2.5).*

3. Situationen familiärer Pflege: Familien, in denen ein Mitglied besonderer Pflege bedarf befinden sich in einer Situation, die in den Expertenaussagen in zweierlei Hinsicht als ambivalent charakterisiert wird: Eine Kategorie, bestehend aus Aussagen von neun Therapeuten, beschreibt die Verschiebung der Balance aus Nähe und Distanz oder Autonomie und Abhängigkeit durch den Umstand, dass ein Familienmitglied in erhöhtem Maß seiner Angehörigen bedarf und diesen eine primär sorgende Haltung zugewiesen wird. Hier wird v.a. Ambivalenzerleben von Eltern im Umgang mit erkrankten Kindern beschrieben:

*Die Ursprungsfamilie spielt eine Rolle bei den schizophrenen Patienten. Bei einem großen Teil. Nicht bei den chronischen, die schon länger aus der Familie raus sind, 30 Jahre im Wohnheim leben. Aber die so mit der verspäteten Ablösung zu tun haben, also das kann bis vierzig oder so gehen, mit so einem Gipfel um die fünfundzwanzig rum, da sind Mütter und Väter zum Teil recht ambivalent: Ablösung oder nicht Ablösung forcieren. Völlig verständlich! Das ist ganz normal, dass man da ambivalent ist, wenn man merkt, was das eigene Kind für Schwierigkeiten hat. Das würde ich zunächst mal nicht als gestört ansehen [...]. Die Schizophrenen wirken ja auch hilfsbedürftig, dadurch dass sie dann so Schübe haben, dann traut man ihnen nicht zu, dass sie allein überlebensfähig sind und gleichzeitig sind sie auch sehr, können sie sehr abstoßend und abweisend sein, das ist ganz schwierig für Eltern (9; 6; 3.1).*

Zu Angehörigen, die sich um den Patienten sorgen:

*Und dieses sich Sorgen für, darin steckt sehr viel Ambivalenz, oder zumindest Potential für Ambivalenz, nämlich es gut mit einem meinen, aber zugleich den anderen manipulieren, etwas von ihm fordern, verlangen. Eine Krankheit und Symptome räumen die häufig fatale und für viele Missverständnisse Anlass gebende Chance ein, zu versuchen, einen anderen dahin zu kriegen, wo man ihn haben will. Man muss dann aber nicht offen sagen, ich will von dir, dass du eine neue Arbeit aufnimmst, oder dass du abstinent lebst oder... man hat durch die Krankheit die Chance, das zu verkleiden, zu verpacken und das, was in der*

*Verpackung ist, ist häufig das Gegenteil von dem, was gemeint ist, also zuszusagen so zu tun, als gebe man einem anderen etwas, und in Wahrheit nimmt man etwas weg (10; 8-9; 3.1).*

*Also ich denke da gibt es im Suchtbereich hauptsächlich so einen Teil, was ich jetzt mal so mit dem Überbegriff Co-Abhängigkeit bezeichnen kann, also wo es halt meistens entweder Ehepartner, dann Ehefrauen oder Freundinnen, sind oder die Eltern, dann meistens die Mutter, wo dann halt, die dann auch oft so hin- und hergerissen sind zwischen Mitleid und Liebe, also ich will dem nicht was Böses tun, oder ich will den retten, und andererseits dem ganz großen Leid, was sie selber abkriegen, also wo sie auch beklaut werden und schlecht behandelt und alles Geld ausgegeben wird und so, wo man auch viel Übles kriegt, und so da so dieses Hin- und Hergerissensein, was mach ich jetzt... das ist dann oft Thema mit den Angehörigen (12; 6; 3.1).*

Eine zweite Kategorie an Aussagen (vier Experten) charakterisiert die Ambivalenz, die Familienangehörige im Umgang mit der (teilweise selbst ambivalenten) Symptomatik erleben, als Spannung zwischen Über- und Unterforderung des Erkrankten:

*Das ist in unseren Angehörigengruppen, die wir anbieten, auch ein häufiges Thema, weil die Eltern das schon als Schwierigkeit mitbringen, in ihrem häuslichen Alltag damit [der Ambivalenz des Patienten als schizophrenes Symptom, Anm. AB] zurecht zu kommen. Diese Frage: 'Kann er nicht oder will er nicht?' Dass sie kommen und sagen: 'Der ist doch eigentlich jung und gesund und der könnt' doch und der sagt doch auch'. Das ist sicher oft so (2; 6; 3.3).*

Eine dritte Aussagenkategorie, der drei Experten angehören, ist eher unspezifisch und versammelt Bemerkungen, die darauf hinweisen, dass intrapsychische Ambivalenzen von Patienten – als Symptom ihrer Psychopathologie – zu interpersonalen Ambivalenzen in ihrer Familie führen:

*Also Ambivalenz kann auch sehr ansteckend sein, also wenn ein Mann sich nicht entscheiden kann, kann das auch anstecken. Schizophrene Patienten stecken auch ihre Eltern an, ambivalent zu sein (5; 3; 2.3).*

4. Eine vierte, Ambivalenzen im Sinne der Befragten generierende Situation, ist jene, in die Kinder geraten, die durch Trennung oder Scheidung ihrer Eltern

mit der Schwierigkeit konfrontiert sind, dass die Loyalität zu einem Elternteil jene zu einem anderen ausschließt. Dies schildern drei Experten, in 4.2.3 wurde schon darauf eingegangen.

5. Auf die Situation von Missbrauchsopfern wurde in 4.2.1 aus eher ätiologischer Perspektive bereits hingewiesen. Diese kennzeichnen fünf Experten als ambivalent im Schwanken zwischen Liebe und dem Wunsch nach Zuneigung einerseits und Abscheu und Hassgefühlen andererseits. *Beispiele:*

*Also oft geht es eben auch um so Extreme, zum Beispiel auch um Missbrauch, wo es darum geht, muss ich den jetzt total ablehnen, oder darf ich den auch ein bisschen gern haben, oder andersherum, ich will den eigentlich nicht gern haben, aber ich hab den halt irgendwie doch gern, obwohl das so ein mieses Schwein ist (12; 8; 3.3).*

*...wirklich grausame ambivalente Gefühle ist Misshandlung und sexueller Missbrauch, wo oft derjenige, der missbraucht, auch der einzige ist, der noch für Zuwendung, oder zur Befriedigung von Bedürfnissen nach Nähe und Liebe auch da ist, was dann wirklich ein Konflikt wird und was so traumatisch ist, was aber häufig in der Behandlung übersehen wird, dass diese Kinder auch positive Gefühle diesen Tätern gegenüber haben... (14; 6-7; 1.8).*

#### **4.2.5 Umgangsweisen**

Ambivalenz, so soll aus den vorangegangenen Abschnitten deutlich werden, stellt sich als Phänomen dar, das viele Aspekte und Aufgaben des menschlichen Alltags betrifft, die wiederum Thema in der Psychotherapie sind.

Besonders herauszustellen sind hier zum ersten die Gestaltung von Familienbeziehungen, die Meisterung von alltäglichen mit ihr verbundenen Schwierigkeiten (wie die gemeinsame Überschreitung von biographischen Schwellen) sowie die Bewältigung besonderer Belastungssituationen, in die Familien und ihre Mitglieder geraten können (Pflegebedürftigkeit, Trennung, Missbrauch). Zum zweiten ist, aus individuumsorientierter Perspektive, das Treffen von identitätsrelevanten Entscheidungen eine wichtige Aufgabe der Lebensführung. Zum dritten geht es

um den Umgang mit pathologischen Erscheinungsformen von Ambivalenz, wie sie in Bezug auf psychische Störungen beschrieben werden. Die Störungs- bzw. Normalitätsdefinition, die, wie in 4.1.4 dargestellt, von fast allen befragten Psychotherapeuten vertreten wird, rückt die Frage nach dem Umgang mit als ambivalent interpretiertem Erleben in den Vordergrund: Ambivalenzerleben wird als etwas Normales beschrieben, das erst, wenn kein funktionaler Umgang damit gefunden wird, pathologisch werden kann. Damit wird die Frage nach Formen des Umgangs mit Ambivalenz für Psychotherapeuten zentral.

Der Umgang mit Ambivalenz, so wird deutlich werden, ist aus Sicht der befragten Psychotherapeuten wesentlich geprägt vom Ausmaß des bewussten Zugangs zu gegensätzlichen Gefühlen, Gedanken oder Intentionen. Dreizehn von vierzehn Experten äußern, dass die Einsicht in das Ambivalenzerleben durch die betreffende Person graduell variieren kann. Von diesen Therapeuten geben neun an, dass sie die Bewusstmachung der Ambivalenz als Aufgabe der Psychotherapie sehen.

Es lassen sich zwei Muster des Umgangs mit Ambivalenz in der Konzeption von Psychotherapeuten unterscheiden – diese sollen zum einen aus der individuumszentrierten Perspektive, zum anderen im Hinblick auf die Gestaltung von Beziehungen, insoweit hierzu Äußerungen vorliegen, dargestellt werden: 1. Ambivalenz ausweichen (Individuumsperspektive) und Rigidität (Beziehungsperspektive) vs. Ambivalenz reflektieren (Individuumsperspektive) und Ambivalenz thematisieren (Beziehungsperspektive) sowie 2. Entscheiden mit Ambivalenz (Individuumsperspektive; hier sind die Anhaltspunkte für die Darstellung dieses Musters aus der Beziehungsperspektive nicht ausreichend).

1. Ambivalenz ausweichen/Rigidität in Beziehungen vs. Ambivalenz reflektieren/Ambivalenz in Beziehungen thematisieren

Diese Kategorie fasst Aussagen zusammen, denen eine Dimension mit den Polen Unterdrückung von Ambivalenz vs. Reflexion über und Thematisie-

rung von Ambivalenz zugrunde liegt. Aussagen zum ersten Pol dieser Kategorie beschreiben mit Blick auf die einzelne Person einen Umgang mit Ambivalenz, durch den ausgeschlossen wird, ambivalente Gefühle, Gedanken oder Intentionen wahrzunehmen, sich ambivalenten Situationen auszusetzen und in ihnen zu handeln. Dieses Muster des Umgangs beschreiben zwölf von vierzehn Psychotherapeuten. Hier ist die Verwendung von Begriffen abhängig von der Expertenperspektive: zwei Verhaltenstherapeuten kennzeichnen dieses Muster mit dem Begriff der "Vermeidung", während drei Psychoanalytiker und ein systemischer Therapeut auf psychoanalytisches Vokabular, insbesondere auf "Abwehrmechanismen" zurückgreifen. Die übrigen vier Therapeuten verwenden keine theoretisch oder schulenspezifisch gefärbten Begriffe und beschreiben Phänomene wie *"Decke über den Kopf"* ziehen (6; 4; 2.7) *"Nicht-Handeln"* (9; 6; 2.9) oder *"Aufschub"* (10; 4; 2.2). Von drei Experten wird dieses Muster im Umgang mit Ambivalenz negativ bewertet, drei äußern sich dazu nicht explizit wertend und ein Psychotherapeut nimmt eine neutrale Haltung gegenüber diesem Umgangsmuster ein.

Als Äquivalent zu dieser Form des Umgangs mit Ambivalenz beim Einzelnen kann für soziale Beziehungen das rigide Handeln als Gruppe und innerhalb der Gruppe, z.B. Familie, gelten, wie es acht Befragte beschreiben: Es besteht *"Wahlunfreiheit"*, keine *"Varianten"* der Beziehungsgestaltung stehen zur Verfügung, *"dann ist es unausweichlich so"* (8; 9; 3.7), und die Position in Beziehungen ist festgelegt z.B. *"Väter manchmal so ganz auf dem abweisenden Pol, Mütter ganz auf dem zugewandten Pol"* (9; 7; 3.3). Es wird gemäß rigider Wertvorstellungen gehandelt *"...dieses 'wir sitzen alle in einem Boot' und es gibt sozusagen eine gemeinsame Ehre und wir sind ein homogener Körper..."*(10; 12; 3.5). Für gegensätzliche Gefühle ist kein Platz in *"rigiden Familienstrukturen, wo Ambivalenz auch überhaupt nicht existieren darf, aber natürlich existiert"* und es wird auf sie nicht reagiert, d.h., dass *"auf bestimmte affektive Äußerungen diese Kinder keine Antwort kriegen"* (11; 13;

3.5). Dieser Beziehungsstil wird von fünf Experten negativ bewertet, drei Experten äußern sich nicht explizit wertend.

Dem diesen Formen des Umgangs mit Ambivalenz diametral entgegengesetzten Pol lassen sich Aussagen zu Umgangsmustern zuordnen, die eine hohe Ausprägung der Reflexivität bzgl. Ambivalenz beschreiben. Aus der individuumszentrierten Perspektive schildern neun Experten derartige Formen des Umgangs mit Ambivalenz, wobei die Äußerungen dabei zwei unterschiedlichen Schwerpunkten zugeordnet werden können: Zwei Experten betonen eher das Aushalten von ambivalentem Erleben, drei eher die Nutzung von reflektierter Ambivalenz als Impuls und vier Expertenäußerungen lassen sich keinem dieser Schwerpunkte zuordnen. Ein *beispielhaftes* Zitat zum Schwerpunkt "Aushalten":

*...und ein gelungener Umgang mit Ambivalenz, ja also, wenn man sich die bewusst machen kann, sie sich eingestehen kann, und auch das Gefühl haben kann, ich kann ambivalent zu mir und gegenüber einer anderen Person zunächst einfach mal sein. Dass man da ein Stück innehalten kann, sozusagen nicht gleich in der Handlungsposition ist, oh Gott, ich muss das jetzt gleich wegmachen (11; 9; 2.7).*

Ein *Beispiel* für Beschreibungen eines Umgangs, bei dem reflexives Ambivalenzerleben als Hinweis oder Impuls genutzt wird:

*Also Ambivalenzförderung ist eine Chance bei einer Magersüchtigen, die eingeengt ist nur auf Hungern und sich damit gut fühlt. Wenn die mal wieder ihre Gier spürt, ist sie ein Stückchen weiter, also insofern, ein einseitiges pathologisches Konstrukt, man muss Ambivalenzen reduzieren, mein Gott wie unspannend wäre das Leben (14; 14; 2.9).*

Alle Psychotherapeuten, die dieses Muster des Umgangs mit Ambivalenz beschreiben, bewerten es positiv. Das stimmt auch mit denjenigen Äußerungen überein, welche die Klärung von ambivalenten Positionen als Bestandteil der Therapie beschreiben.



Von acht Experten wird dieser reflexive Umgang mit Ambivalenz auf die Beschreibung von Beziehungen angewendet. Für diese Aussagenkategorie eignet sich der Titel "Ambivalenz thematisieren". *Beispiele:*

*...weil Kinder in der Entwicklung haben natürlich heftige Affekte gegenüber ihren Eltern, sowohl in der einen wie in der anderen Richtung, und das ist ja an sich überhaupt nicht das Problem, sondern es ist das Problem wiederum ihrer Bezugsperson, die diese Affekte aushält und adäquat antwortet und ihnen damit die Möglichkeit gibt, wie sie selber mit den Affekten umgehen... (11; 11; 3.3).*

*Ja, ja, häufig wird es ja als Problem eines Einzelnen angesehen, nicht, und der einzelne muss mit der Problematik fertig werden, und die anderen können damit leben, weil sie eine Strategie gefunden haben und nicht leiden [...] und wenn es projektive Mechanismen sind, so eins aufs andere projiziert, die Problematik, und dann sind die anderen schuld, das ist ein einfacher Mechanismus, mit dem man sehr gut leben kann. Und eigentlich bedarf es dann auch einer gemeinsamen Sichtweise und einer gemeinsamen Zielsetzung, das ist dann schon sehr viel, zu sagen, wir wollen klären, wir wollen alle miteinander einen Weg finden, wir sind alle davon betroffen (13; 7; 3.2).*

*Ja, verwörterbar machen, ansprechbar machen, also dass die Sachen sagbar sind und vielleicht auch lebbar [...] Ja gerade beim Loyalitätskonflikt, einer Scheidungssituation, trauen sich die Kinder oft nicht, dem einen oder anderen Elternteil zu sagen, dass sie den anderen auch lieb haben. Und wenn das nebeneinander stehen darf, dass Papa und Mama nicht mehr miteinander können, aber es respektiert wird, dass das Kind Papa auch mag, dann hat es eine gute Chance (14; 17; 3.4).*

Alle Befragten, die Aussagen zum reflexiven Pol dieser Kategorie machen, bewerten den offenen – wenn man so will ambivalenztoleranten – Stil der Beziehungsgestaltung positiv.

## 2. Entscheiden mit Ambivalenz

Diese Kategorie enthält allein Äußerungen, die mit Blick auf das Handeln des Einzelnen einen Umgang mit Ambivalenz beschreiben, der letzten Endes in eine Entscheidung mündet. Das bedeutet, sich letztendlich für eine der widersprüchlichen oder gegensätzlichen Strebungen zu entscheiden und dabei so-

wohl die positiven als auch die negativen Konsequenzen dieser Entscheidung zu antizipieren und zu akzeptieren, wie folgende *Beispiele* anschaulich machen sollen:

*Gesunde fällen einfach irgendwann mal das Beil und gehen in eine Richtung oder arrangieren sich auch mit den entsprechenden Konsequenzen...(4; 4; 2.6); ...das gehört irgendwie zur Entwicklung dazu, dass man lernt, Entscheidungen treffen zu müssen, keine optimalen Entscheidungen hinzubekommen, dass man sich mit manchen Sachen arrangieren muss, und dass es Teil der Entwicklung ist, das auch auszuhalten, dass es nicht so optimal ist (4; 7-8; 3.8).*

*Also es [die Ambivalenz, Anm. AB] ist lösbar durch eine Entscheidung. Und das wäre dann die zweite, häufigere Strategie. Warum wird sie nicht getroffen? Weil sie mit Kosten und Verlusten verbunden ist. Und die adäquate Strategie ist: Es kommen Kosten und Verluste auf mich zu, und ich muss das ertragen (10; 7; 2.7).*

Dieses Entscheiden mit Ambivalenz wird von sechs Therapeuten positiv bewertet, fünf Therapeuten enthalten sich explizit einer Bewertung.

Lässt sich diese Form des Umgangs auch auf Beziehungen übertragen? Folgende Äußerung eines Experten mit dem Bezug auf Lebensentscheidungen und biographische Schwellen könnte die Richtung vorgeben, reicht aber für die Bildung einer Kategorie – etwa unter der Überschrift "Gemeinsam Verändern" – nicht aus:

*[Familie als, Anm. AB] ein System, das, um erhalten bleiben zu können, sich verändern muss, im Gegensatz zu einer Fußballmannschaft, wenn der Mittelstürmer Zeit seines Lebens Mittelstürmer bleibt und der Torwart Torwart. Während in der Familie ist es so, da muss es Veränderungen geben, jemand der dann und dann das und das zu bestimmen hatte, muss sich damit abfinden, dass er das nicht zu bestimmen hat und jemand, der sich daran gewöhnt hat, dass er die Wäsche gewaschen kriegt, muss irgendwann Wäsche waschen lernen [...] Ambivalenz als eine regelmäßig vorkommende, zu lösende Aufgabe in Familien und zwar deswegen regelmäßig, also häufig vorkommend, wegen der Veränderungsnotwendigkeit (10; 11- 12; 3.5).*

#### 4.2.6 Familien psychiatrisch erkrankter Patienten

In 4.2.4 wurde die Lage von Familien mit psychiatrisch erkrankten Angehörigen als eine ambivalente Situation charakterisiert und in 4.2.5 wurden Formen des Umgangs mit diesen Ambivalenzen bzgl. Nähe und Distanz oder Über- und Unterforderung dargestellt. Bezieht man nun noch den in 4.1.4 explizierten dimensional und funktionalen Störungsbegriff der Experten in die Betrachtungen mit ein, stellen sich folgende Fragen an Psychotherapeuten: 1. Wird Ambivalenzerleben, verstärkt durch die wegen Pflegeleistung und verhinderter Ablösung strukturell veränderten Familienbeziehungen, in Patientenfamilien als eher belastender Faktor verstanden? Wird dies möglicherweise vom Umgang mit Ambivalenz abhängig gemacht und welche weiteren moderierenden Faktoren werden genannt? Dies ist der erste Fragenkomplex, dem in dieser gesonderten Betrachtung der Lage von Patientenfamilien aus Sicht von Psychotherapeuten nachgegangen werden soll. 2. Danach wird dies in Verbindung gesetzt mit der Frage nach grundsätzlichen Ansichten der Experten zum Einfluss von Eigenschaften der Familieninteraktion auf die Persönlichkeitsentwicklung zum einen und 3. auf psychiatrisches Krankheitsgeschehen zum anderen.

1. Zehn Psychotherapeuten nehmen Patientenfamilien als eher durch Ambivalenzerfahrungen belastet wahr. Hier finden sich drei Formen der Begründung, die sich eher ergänzen als gegenseitig ausschließen:

- Zum einen wird durch sechs Befragte die Belastung mit einem erhöhten Vorkommen oder Ausprägungsgrad der Ambivalenz aufgrund der besonderen Situation von Patientenfamilien in Zusammenhang gebracht. Hier greift zum Teil auch die Kennzeichnung von Familienbeziehungen psychiatrischer Patienten als ausgelenkt in der Balance zwischen persönlicher Nähe und Distanz (vgl. 4.2.4, "Situation familiärer Pflege"):

Frage Interviewer: Zum Beispiel bei schizophrenen Patienten muss die Krankheit die Beziehung zu den Eltern doch sehr verändern? *Macht es ganz massiv, es ist bis zur Bedrohung, nicht? Also das Gefühl abhängig zu sein ... es geht um Autonomie und Patienten probieren sich da zu lösen und sind dann aber nachher gefangen zwischen Beeinträchtigung und Abhängigkeit und Gefährdung und Bedrohung [...], da sieht man*

*dann zum Beispiel, dass man dafür sorgen muss, die Emotionalität wegzunehmen, damit das nicht zu so extremen Reaktionen kommt, also man muss praktisch Emotionen herabschrauben und häufig macht man das mit Distanz (13; 8; 3.4).*

- Zum anderen wird die Belastung von sechs Befragten auch darauf zurückgeführt, dass kein geeigneter Umgang mit der Beziehungs-Ambivalenz als Folge der Symptomatik gefunden wird:

*Also das [die Gefühlsambivalenz der Eltern gegenüber den Kindern, Anm. AB] würden wir schon auch als schwierige Konstellation sehen, die zum Beispiel auch Rückfälle mit auslösen kann, also wenn die Familie das nicht schafft, das als Ambivalenz zu erkennen, und da einen Modus zu finden damit auch klar zu kommen (2; 6; 3.3).*

- Eine dritte Begründung (drei Experten) rekurriert auf die Knappheit an subjektiven und objektiven Ressourcen von Zeit, Wissen, sozialen Kontakten, Geld und Copingstrategien in Familien von Patienten, also u.a. auf sozioökonomische Variablen, wobei auf Vergangenheit (erstes Beispiel) und Gegenwart (zweites Beispiel) Bezug genommen wird:

*Was mir auffällt, ist, dass grad bei den Patienten, mit denen ich es zu tun habe, die Familien unvollständig sind, sprich, man könnte überlegen, also die Kapazität der Familien ist sozusagen schon zahlenmäßig begrenzt, möglicherweise auch dadurch, es gab möglicherweise gar kein Modell in den Elternpersonen, wie man mit Ambivalenz umgehen kann [...] von dem her, was ich beobachte, muss man einfach eher andersherum sagen, die hatten vermutlich einfach keine große Möglichkeit, Fähigkeit, mit Ambivalenzerleben umzugehen [...] Die Ressourcen lagen möglicherweise gar nicht vor. Das fällt bei überdurchschnittlich vielen unserer Patienten halt schon auf (11; 12; 3.4).*

Frage Interviewer: Haben sie das Gefühl, dass der "lähmende" Umgang mit Ambivalenz in Familien, die sie konsultieren, häufiger... *Ja, ja. Weil einfach die Situationen auswegsloser sind. Das sind zum Teil extrem arme Leute, wo zum Teil extreme Traumatisierungen, wo die Eltern teilweise schon eine psychische Erkrankung haben, wo es ein Alkoholproblem gibt und so weiter, wir haben sehr viel mit sozialem Elend auch zu tun, und die Leute haben dann einfach weniger Freiheitsgrade. Und wenn man dann so langsam mal aufsteigt, fängt man dann irgendwann auch mal an, Privatpatienten zu behandeln und das war zum Teil wie so ein Aufatmen, Familien zu haben mit Ressourcen, also Kinder mit einer schweren Pathologie, aber Leute, die doch eigentlich relativ clever sind und alles, was man therapeutisch so anbieten kann, auch umsetzen können (14; 20; 3.7).*

2. Zwölf der befragten Psychotherapeuten nehmen einen Einfluss von Erfahrungen mit Ambivalenz – und dem Umgang damit – in der Familie auf die Entwicklung der Persönlichkeit an.<sup>40</sup> Zu den Mechanismen dieses Einflusses gibt es in den Expertenaussagen grundsätzlich zwei alternative Gruppen von Vorstellungen, die von der Schulenzugehörigkeit der Befragten abzuhängen scheint: Erstens finden sich Aussagen, die auf soziale Lerntheorien rekurrieren, z.B.

*Ich glaube, dass Eltern das vormachen können, wie man mit Ambivalenz umgeht, wie man beiden Seiten Raum lässt und trotzdem nicht die Handlungsfähigkeit verliert. Das ist sicher Modelllernen, aber auch das Akzeptieren von Ambivalenz bei den Kindern (9; 8; 3.8).*

Diesen Mechanismus betonen sechs Experten, mit verhaltenstherapeutischer oder systemischer sowie mit verhaltenstherapeutischer und psychoanalytisch-tiefenpsychologischer Ausbildung. Zweitens beziehen sich Aussagen dreier Psychoanalytiker bzw. Tiefenpsychologen auf "unbewusste Prägungen" (7; 6; 3.8) "Urkonflikte" (1; 3; 2.3) oder den psychoanalytischen Begriff "Trauma" (8; 5; 2.3) (vgl. Laplanche & Pontalis, 1994):

*...im Prinzip alle extrem Ich-einschneidenden Maßgaben, die dann es verunmöglichen, im Prinzip die eher etwas schwierige Aufgabe eines solchen Ambivalenzangebotes kreativ zu lösen. Und das sind meistens solche traumatischen Erlebnisse, wo man dann auch merkt, dass ein Mensch bis hin zum Trauma damit gut umgehen konnte und nach dem Trauma mit den Dingen massivste Probleme bekommt (8; 5; 2.3).*

3. Bei all diesen Überlegungen wird die Frage relevant, welche Vorstellungen die Experten grundsätzlich von der Stellung der Variable "Familieninteraktion" im Krankheitsgeschehen haben. Sehen sie den Umgang mit Ambivalenz

---

40 Persönlichkeit lässt sich definieren als konstantes Muster des Fühlens, Denkens und Verhaltens einer Person (vgl. Pervin, 2000).

in irgendeiner Form beteiligt an Entstehung und Verlauf von psychischen Krankheiten?

- Fünf Experten, darunter Vertreter aller Schulen und Arbeitsbereiche weisen der Familieninteraktion eine Rolle im Krankheitsprozess zu. Nur ein Psychoanalytiker jedoch macht eine kausale Zuschreibung:

*Und es ist ja so, die Kinder mit Störungen [...] haben ja alle, jetzt ohne Anschuldigung an die Umgebung, ein Handicap, in einem mehr oder weniger großen Ausmaß vernachlässigt, misshandelt, traumatisiert zu sein. Denn, wenn das nicht der Fall ist, und man mal den Umkehrschluss machen sollte: Wo sollte das denn herkommen (8; 5; 2.3)?*

Die vier übrigen Psychotherapeuten entwickeln eine sehr differenzierte Sicht der Wirkungen auf und Einflüsse von Familieninteraktion. So wird die schwierige Lage, die strukturell veränderte Beziehung und der Ressourcenmangel beachtet (s.o.). Einflüsse werden nur auf den Verlauf, z.B. das Rückfallrisiko und nicht auf die Entstehung von Störungen (Ätiologie) angenommen und es wird – transaktional – betont, die Familieninteraktion sei immer auch Folge der Belastung durch die Erkrankung eines Angehörigen und sein Verhalten. Oder der Experte weist schlicht darauf hin, dass er zu wenig Kenntnisse besitzt um eindeutige Ursache-Wirkungszusammenhänge zu postulieren:

*...manchmal hat man schon den Eindruck, dass die Angehörigen einen nicht besonders gesundheitsfördernden Umgang mit Patienten haben. (4; 6;3.2); [...] ich könnte mir vorstellen, dass Familien mit psychiatrisch erkrankten Patienten weniger flexibel sind. Frage Interviewer: Von vorneherein? Das ist eben schwierig zu sagen, aber das wäre schon etwas, was ich erleben würde, dass die Flexibilität fehlt, sich da anzupassen, an die Veränderungen. Aber vielleicht erwartet man da auch zu viel (4; 7; 3.7).*

*Also das [die Gefühlsambivalenz der Eltern gegenüber den Kindern, Anm. AB] würden wir schon auch als schwierige Konstellation sehen, die zum Beispiel auch Rückfälle mit auslösen kann, also wenn die Familie das nicht schafft, das als Ambivalenz zu erkennen, und da einen Modus zu finden damit auch klar zu kommen [...] Also da habe ich einen anderen Blick gelernt, wenn man nur auf Akutstationen arbeitet und man sieht dann die Mütter und man sieht wie gestört die so im ersten Querschnitt wirken, dass man schon auch im Hintergrund mit diesen Theorien natürlich denkt, na ja , kein Wunder bei dieser kranken Mutter, dass der nicht ganz gesund, psychotisch reagiert und wenn man die Familien so real kennen lernt, ist es auch klar, dass das oft so eine*

*Entwicklung war, und das so eine Familie dann wirklich auch als Familie gestört vorkommt und man oft nicht weiß, was ist da Henne und Ei. Wenn über Monate ein Kind psychotisch zuhause ist, in der Familie lebt, dass die ganze Familie konfus wird (2, 6-7; 3.2-3.3).*

*...Gott, man kann es auch nicht immer so sehen, wie es wirklich ist, wobei ich denke, es ist nicht bei allen so, es gibt auch welche wo man das jetzt nicht so feststellen kann, wo es an irgendwas anderem dann liegt, aber so Extreme sind schon häufig, entweder extrem verwöhnt und alles abgenommen, oder halt so extrem schlimme Erfahrungen, ich hab zum Beispiel auch eine Klientin, deren Eltern sich seit Jahren weigern, mit ihr Kontakt zu haben, obwohl sie denen nichts getan hat und die nicht mal wissen, dass sie drogenabhängig ist (12; 9; 3.7).*

- Zwei Psychotherapeuten vertreten dagegen die Ansicht, die Symptomatik eines erkrankten Angehörigen beeinflusse die ambivalente Spannung in der Familie und den Umgang mit dieser und schließen dabei den umgekehrten Zusammenhang strikt aus:

*Nein, die haben ein besonders schweres Leben, ich habe nie den Eindruck gehabt, dass die einen anderen Umgang pflegen (3; 7; 3.7).*

*...ich glaube nicht an die schizophrenogene Mutter, ich glaube, dass Familien durch eine Psychopathologie eines Einzelnen beeinflusst werden...das ist zwar nicht sonderlich systemisch, was ich hier jetzt sage, aber das ist einfach, ich find's auch recht unfair, das Eltern und Familien unterzuschieben. Ich bewundere auch viele Familien, wie gelassen und gesund sie[damit, Anm. AB] umgehen (9; 8; 3.7).*

#### **4.2.7 Ambivalenz in der Rolle des Psychotherapeuten**

In 4.2.4 wurde die Situation von Personen, die sich in Therapie begeben, mit Bezug auf Veränderungsbereitschaft, Offenbarungsbereitschaft und Vertrauen als strukturell ambivalent beschrieben. In seiner Arbeitsrolle ist jedoch auch der Therapeut Widersprüchen ausgesetzt, die im folgenden dargestellt werden sollen. Es handelt sich dabei zum einen um Ambivalenzen der dyadischen therapeutischen (Arbeits- oder auch Übertragungs-) Beziehung mit dem Patienten (1.), zum

anderen um Ambivalenzen, die sich aus institutionellen Zwängen oder Arbeitsbedingungen ergeben (2.).<sup>41</sup>

1. In der therapeutischen Beziehung scheinen aus Therapeutesicht zwei Spannungsfelder auf. Aussagen von insgesamt elf Befragten lassen sich einer dieser oder beiden Kategorien zuordnen.

- Negative Gefühle gegenüber dem Patienten/Klienten vs. therapeutischer Auftrag, Empathie und Zugewandtheit:

Acht Befragte schildern ihre Emotionen, Gedanken und Intentionen gegenüber Patienten als häufig widersprüchlich. Einerseits beschreiben sie ihre Rolle als mit einem klaren therapeutischen Auftrag versehen, der Empathie und Zugewandtheit verlangt, andererseits nehmen sie auch heftige Emotionen wie Ärger, Ungeduld und Frustration als Reaktion auf das Patientenverhalten wahr:

*Es gibt in der Therapie viele Situationen, die sehr ambivalent gegenübertragungsmäßig erlebt werden, da ist eine Prämisse, ich muss mich jetzt weiter zur Verfügung stellen, obwohl es in mir widerstrebende Gefühlsreaktionen auslöst (8; 9; 4.1).*

*Im Mögen oder Nicht-Mögen habe ich das Problem nicht, ich mag alle Patienten irgendwann, spätestens nach ein, zwei Wochen. [...] Es braucht Zeit, weil man die Seiten einer Person erst mal wahrnehmen muss [...] Ja, es gibt Patienten, die einen da herausfordern, die auch das Nicht-Mögen provozieren und dann ist es auch ganz wichtig, darauf zu reagieren. Also nicht sich wie eine Gummiband zu verhalten (9; 8-9; 4.1-4.2).*

*Ja, also intensive Gegenübertragung hat für mich fast immer ambivalenten Geschmack. Also, dass ich einen Patienten, für den ich mich sehr einsetze und an dem ich sehr hartnäckig dranbleibe und einfach auch Geduld zeige, wo dies ja auch Ausdruck einer besonderen Bindung ist, also eigentlich sehr häufig Patienten, die in irgendeiner Phase der The-*

---

41 Hier ist anzumerken, dass in den ersten drei Interviews keine reguläre Leitfragenfrage der Ambivalenz in der Therapeutenrolle galt, diese wurde erst aufgenommen, weil auf Expertenseite Interesse daran kommuniziert wurde. Daher fehlen in den Interviews Nr. 1, 2, und 3 explizite Äußerungen zu diesem Sachverhalt.



*rapie mir auch extrem antipathisch sind, wo ich herbeisehne den Tag, an dem ich die loswerde...(10; 13; 4.1).*

- Ambivalenzen innerhalb des therapeutischen Auftrags: Direktivität vs. Unterstützung von Autonomie

Der therapeutische Auftrag selbst hat Bestandteile, die zueinander in einem ambivalenten Widerspruch stehen, wie sich aus den Äußerungen von vier Experten schließen lässt. Diese thematisieren den Widerspruch zwischen dem pädagogischen, direktiven Anspruch von Therapie auf der einen Seite und dem Anspruch an den Therapeuten, die Autonomie des Patienten, seine Freiheitsgrade im Handeln zu erweitern:

*...also jemanden, der suizidal ist, durch Zwang zu seiner Autonomie zurückverhelfen, das ist doch ein Widerspruch, das ist aber ein gutes Beispiel, damit kann man sich gesund auseinandersetzen, weil es geht. Menschen kann man tatsächlich durch Zwang zu ihrer Autonomie zurückverhelfen. Aber es bleibt ein Widerspruch, in dem Moment, wo man den Zwang ausübt, weiß man nicht, wie geht das aus (10; 14; 4.2).*

Diese Zuordnung lässt für die erstgenannte Kategorie keine Unterschiede bzgl. der Expertenperspektive erkennen, für die zweite Kategorie ist allerdings auffällig, dass sie nicht von Verhaltenstherapeuten ohne weitere Ausbildung thematisiert wird. Bei der Frage nach Ambivalenzen in der therapeutischen Beziehung weisen fünf Psychotherapeuten auf die Übertragungsbeziehung hin, hierbei überwiegen die Psychoanalytiker.

2. Ambivalenzen des Arbeitskontexts von Psychotherapeuten:

Zwei Kontextbedingungen psychotherapeutischer Arbeit in Institutionen werden von den Befragten als Ambivalenzen generierend wahrgenommen: Zum einen (drei Experten) ist dies die institutionell geforderte Aufgabe, Entscheidungen mit hoher Verantwortung und bedeutenden Konsequenzen für die Patienten fällen zu müssen, wie z.B. *"ist jemand arbeitsfähig oder ist jemand arbeitsunfähig. Wovon sehr viel abhängt für die Patienten und da schwanke ich manchmal ganz heftig."* (9; 8; 4.1). Zum anderen (zwei Experten) sind dies Arbeitsbedingungen, die von der *"Gesundheitsökonomie"* diktiert werden

und ein Vorgehen verlangen, das dem Ideal heilender Berufe diametral entgegengesetzt ist:

*Wir müssen Stellen sparen, und wir müssen, und das war vor zehn Jahren nicht so, das ist jetzt so, kranke Leute abweisen, weil deren Behandlung zu teuer ist. Und das ist doch ein Widerspruch [...] Wir haben doch unsere Ausbildung gemacht, um Menschen, die krank sind, dabei zu helfen, gesünder zu werden, und nicht um Menschen, die krank sind, zu sagen 'es tut mir leid, so krank wie sie sind, das können wir hier nicht behandeln.' Das sagen wir ja auch nicht so. Das macht's ja noch schwieriger. Es wäre fast leichter zu ertragen, es offen zu sagen [...] wir sind in Widersprüche eingebunden, institutionell (10; 14; 4.2).*

## **5. Diskussion der Ergebnisse und Folgerungen**

### **5.1 Die Definition des Begriffs Ambivalenz im psychotherapeutischen Diskurs**

In der Fragestellung (vgl. 2.4) wurde die Ambivalenzdefinition der Konstanzer Arbeitsgruppe um Kurt Lüscher (vgl. Lüscher & Pillemer, 1998; Lüscher, im Druck) vorgestellt. Ein Anliegen dieser Arbeit ist, die Tragfähigkeit dieser Definition in Bezug auf psychotherapeutische Kontexte zu überprüfen. Im theoretischen Teil dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass sich deren Elemente in psychiatrischen, psychologischen und psychotherapeutischen Konzeptionen von Ambivalenz in der älteren und neueren Literatur finden lassen. Hier wurde auch deutlich, dass ein Element dieser Definition – die Interpretation von Ambivalenz als unlösbar – mit Bezug auf psychotherapeutische Ambivalenzkonzepte von besonderer Relevanz ist. Im Zusammenhang damit ist einer Definition von Ambivalenz im Rahmen psychotherapeutischer Tätigkeit ein weiterer Aspekt hinzuzufügen: es schwingt immer die Frage nach der Pathologie mit, wenn von Ambivalenz die Rede ist.

Der empirische Teil dieser Arbeit zeigt, dass sich in Gesprächen mit Psychotherapeuten über Ambivalenz ebenfalls jene definitorischen Elemente herauskristallisieren, die auch der allgemeinen Konstanzer Definition zugrunde liegen. Weiter eröffnet sich auch hier das Spannungsfeld von Pathologie und Normalität, da ambivalente Phänomene von den befragten Psychotherapeuten auf einem Kontinuum zwischen Normalität und Störung verortet werden, was sich aus der pragmatischen Störungsdefinition der Experten ergibt. Hier wird der kognitive und/oder behaviorale Umgang – und damit eine Form der "Lösung" – zum Schlüssel für die Etikettierung von ambivalenten Phänomenen als normal oder pathologisch.

Die Frage, ob Ambivalenz nun als lösbar oder unlösbar angesehen wird, lässt sich aus den Expertengesprächen heraus nicht eindeutig beantworten, vielmehr

ergibt sich auch hier ein Spannungsfeld. Auf der einen Seite schreiben fünf Befragte Ambivalenz explizit Unlösbarkeit zu und weitere sechs bringen Ambivalenz mit einem Stillstand des Handelns in Verbindung, was auf eine – zumindest momentane – Interpretation der ambivalenten Strebungen als unlösbar verweist. Dafür spricht auch, dass in den erhobenen Expertenaussagen vielfach betont wird, Ambivalenz müsse "ausgehalten" werden. Auf der anderen Seite wird von elf, also annähernd allen befragten Psychotherapeuten, das Treffen von Entscheidungen als ein möglicher Umgang mit und Ausweg aus der Ambivalenz beschrieben, was die Annahme nahe legt, Ambivalenz werde als grundsätzlich lösbar verstanden. So ergeben sich zwei Sichtweisen auf Ambivalenz:

- Zum einen kann es sein, dass der Therapeut die gegensätzlichen intrapsychischen Strebungen seines Patienten, die im Zuge psychotherapeutischer Klärung deutlich werden, mittels therapeutischer Maßnahmen für lösbar hält. Dann wird er versuchen, negative emotionale Schemata, die positiven Selbst-Schemata entgegenstehen, zu verändern oder Ängste, welche die Erfüllung von Grundbedürfnissen verhindern, zu reduzieren. Diesen Weg schlagen Grawe et al. (1994) und Dollard und Miller (1950) vor. Damit geht eine Anerkennung der subjektiv wahrgenommenen Unlösbarkeit auf Seiten des Patienten einher, der Therapeut selbst aber erkennt die Möglichkeiten der Veränderung und versucht diese auch dem Patienten aufzuzeigen. Das Erkennen von Ambivalenz ist damit ein Schritt im psychotherapeutischen Prozess. Anschließend werden Entscheidungen, die Entweder-Oder-Charakter haben, notwendig, wie z.B. die Entscheidung, ein Suchtverhalten aufzugeben.
- Zum anderen kann der Therapeut strukturelle Ambivalenzen interpretieren, in die der Patient eingebunden ist, die nicht ohne weiteres änderbar erscheinen und die ambivalente Strebungen generieren. Insbesondere für interpersonale Beziehungen werden in der Literatur solche Gegensätze beschrieben.<sup>42</sup> Strukturellen Ambivalenzen, die sich bei der Gestaltung sozialer Beziehungen als

---

42 So wird in Familien schizophrener oder affektiv gestörter Patienten gleichzeitig kritisches wie emotional überengagiertes Verhalten festgestellt; Klein konzeptualisiert die Mutter-Kind-Beziehung als strukturell ambivalent zwischen Fürsorge und Versagung schwankend; Stierlin versteht den Prozess der Individuation als Prozess von Abgrenzung einerseits und Verbundenheit andererseits und sowohl Linehan als auch Weingardt stellen die Therapiebeziehung als geprägt von ambivalenten Gegensätzen dar.

Aufgabe stellen, werden auch von den befragten Experten dargestellt. Diese verweisen vor allem auf die Pole Nähe/Abhängigkeit und Distanz/Unabhängigkeit, innerhalb derer sich in sozialen Beziehungen bewegt werden muss. Für diese Art der Beziehungsambivalenzen werden Formen des Umgangs vorgeschlagen, die nicht in die Kategorie der Entweder-Oder-Entscheidung fallen: Hier geht es um das Aushalten von Ambivalenz, wobei dieses Aushalten keineswegs negativ konnotiert ist, sondern auch als ein wichtiger Entwicklungsschritt, als Zeichen von Reife und Voraussetzung für Bewegung angesehen wird. Hieran lassen sich Entscheidungsprozesse knüpfen, die in wiederholtem Austarieren und zwischenmenschlichem Aushandeln bestehen. Kreativität und Toleranz sind hier wichtige Schlüsselbegriffe.

Die Spannung zwischen Lösbarkeits- und Unlösbarkeitsannahme rührt an den Nerv therapeutischer Tätigkeit, denn Psychotherapie hat den Anspruch, Verhaltensstörungen und Leidenszustände in Richtung auf bestimmte Zielzustände beeinflussen zu können (vgl. die Definition der Psychotherapie von Strotzka, 1978<sup>43</sup>). Wird das Ziel der Therapie als Auflösung von Ambivalenz im Zuge einer eindeutigen Entscheidungsfindung definiert, steht eine Interpretation der Ambivalenz als unlösbar seitens des Therapeuten diesem therapeutischen Anspruch entgegen. Definiert man das Ziel therapeutischer Einflussnahme auf Ambivalenz jedoch nicht als Lösung, sondern als Erkennen und Aushalten von Ambivalenz, so lässt sich die Interpretation von Gegensätzen als unlösbar durchaus mit therapeutischem Handeln vereinbaren. Beide Zielzustände werden von den befragten Therapeuten angesprochen und dementsprechend werden verschiedene Wege im Umgang mit Ambivalenzerleben vorgeschlagen.

---

43 "Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens" (Strotzka, 1978, S. 4).

Aufbauend auf der Konstanzer Definition und der vorliegenden Untersuchung soll hier folgende vorläufige Spezifizierung der *Ambivalenzdefinition* für den psychotherapeutischen Kontext vorgeschlagen werden:

### **1. Folgerung**

Von Ambivalenzen soll gesprochen werden, wenn gleichzeitige Gegensätze des Fühlens, Denkens, Handelns und der Beziehungsgestaltung<sup>44</sup>, die für die Konstitution individueller und kollektiver Identitäten relevant sind, durch den oder die Betroffenen zeitweise oder dauernd als unlösbar interpretiert werden. Ambivalenzen können pathologische Form annehmen, wenn dem Betroffenen keine gedankliche Integration dieser Gegensätze möglich ist, es aufgrund dieser Gegensätze zu Handlungsblockaden (z.B. Rückzug und Vermeidungsverhalten) kommt oder unter Ausblendung der Gegensätze sozial inadäquat gehandelt wird, so dass Einschränkungen im sozialen Funktionsniveau und subjektives Leiden die Folge sind.<sup>45</sup>

Hieraus ergibt sich die heuristische Hypothese, dass es als Aufgabe der psychotherapeutischen (Arbeits-) Beziehung angesehen werden kann, einen geeigneten Umgang mit intrapsychischen und interpersonalen Ambivalenzen, die für die Lebensführung des Betroffenen relevant sind, zu erarbeiten. Voraussetzung dafür ist die interpretative und einvernehmliche Ausarbeitung ambivalenter Gegensätze im Zuge psychotherapeutischer Klärung.

## **5.2 Der Einbezug der Zeitachse als Schlüssel zum Verständnis von Ambivalenz**

Für die Psychotherapie von besonderer Wichtigkeit, dies zeigen die Aussagen der Expertenbefragung, ist die Aufdeckung von Ambivalenzen. Dies kann durch

---

44 Hier könnte auch auf das Konzept des Schemas, das Grawe et al. (1994) als psychologische Grundlage einer allgemeinen Psychotherapie nutzen, zurückgegriffen werden.

45 Eine solche Definition scheint auch insofern nützlich, als dass die hier dargestellte Expertenbefragung ergibt, dass der Großteil der Psychotherapeuten über keine fachbegriffliche Definition von Ambivalenz verfügt und mehrfach auch die Beliebigkeit des Begriffs kritisiert wird. Dennoch ist das Bild, dass Psychotherapeuten von Ambivalenz liefern, reichhaltig und differenziert und sollte in eine verbindliche Form gegossen werden.

Klärung auf den intrapsychischen Ebenen Denken, Fühlen und Wollen im Rahmen therapeutischer Kommunikation geschehen, was zur Voraussetzung hat, dass Patienten ihre gegensätzlichen Gedanken, Gefühle, Wünsche und Intentionen äußern. Außerdem steht dem Psychotherapeuten das Mittel der Verhaltensbeobachtung zur Verfügung. Hier wird der Einbezug der Zeitachse zum entscheidenden Faktor für das Erkennen von Ambivalenzen. Gegensätze scheinen häufig nicht gleichzeitig im Erleben und Verhalten auf, vielmehr können Verhaltensweisen im zeitlichen Verlauf die Richtung wechseln, also gegensätzliche Ziele verfolgen und dadurch in der Summe widersprüchliche Bedeutung erhalten, gleiches gilt für Gedanken und Gefühle.<sup>46</sup>

Diese Schwankungen über die Zeit werden von Simon (1998, S. 221) "Oszillationen" genannt, die von hoher oder niedriger Frequenz sein können. Betrachtet man Störungsbilder wie die Schizophrenie und die Borderline-Persönlichkeitsstörung, werden diese Oszillationen im Erleben und Verhalten deutlich, wobei im Rahmen der schizophrenen Störungen eine besonders schnelle Oszillation festgestellt werden kann (vgl. 2.1.1 und 4.2.1). Die in der vorliegen-

---

46 Sarasin unternimmt den Versuch, die Dialogik, eine Philosophie des Widerspruchs, als psychotherapeutisches Prinzip zu etablieren (in Anschluss an Buber, Goldschmidt und Herzka). In diesem Rahmen definiert er "Widerspruch" folgendermaßen: Diese "widersprüchlichen Positionen können nicht gleichzeitig verwirklicht (gedacht, ausgeführt) werden", "sie existieren jedoch gleichzeitig" (1999, S. 2). Diese Feststellung kann für Ambivalenz wie folgt abgewandelt werden: Ambivalenzen können zwar gleichzeitig im Verhalten aufscheinen, z.B. indem über verschiedene Kommunikationskanäle widersprüchliche Signale ausgesandt werden. Gegensätzliche Positionen können jedoch auch zeitlich versetzt verwirklicht werden, wobei die Summe der Beobachtungen über die Zeitachse hinweg erst die Gegensätzlichkeit des Verhaltens offenbart. Ähnliches gilt für Gefühle und Gedanken: Denkbar ist eine unmittelbar gleichzeitige Empfindung, jedoch kann sich die Gegensätzlichkeit auch erst im Zeitverlauf herauskristallisieren. Die Beschreibung von Ambivalenz als gleichzeitig, wie in der Konstanzer Definition, ist daher aus psychologischer Sicht zu hinterfragen.

den Studie befragten Psychotherapeuten verweisen bei ihrer Darstellung von Verhaltensindikatoren für Ambivalenz ebenfalls auf zeitliche Schwankungen. Es lässt sich erstens vermuten, dass die zugrundeliegenden ambivalenten Gedanken, Gefühle oder Ziele je schwerer zu erkennen sind, desto langsamer die Oszillation ist – bis hin zur völligen Überraschung und Irritation des Therapeuten angesichts von unerwartetem Verhalten. Zweitens ist vorstellbar, dass eine hochfrequente Oszillation zur völligen Handlungsblockade führen kann, wie Dollard und Miller dies – allerdings räumlich, nicht zeitlich betrachtet – für den Punkt beschreiben, an dem Annäherungs- und Vermeidungsverhalten die gleiche Intensität besitzen. Diese Handlungsblockade ähnelt sehr dem von Bleuler konzeptualisierten schizophrenen Symptom des Negativismus, auf das die befragten Experten bei der Darstellung von Verhaltensindikatoren für Ambivalenz ebenfalls zu sprechen kommen.

## **2. Folgerung**

Einige ambivalente Gegensätze werden im therapeutischen Kontext erst unter Einbezug des zeitlichen Verlaufs deutlich, indem Schwankungen oder Oszillationen im Denken, Fühlen, Wollen und (interaktionellen) Verhalten des Betroffenen beobachtet oder erfragt werden.



### **5.3 Der diagnostische Wert des Ambivalenzkonzepts**

Die Untersuchung psychologischer Menschenbilder ergab, dass der ambivalente Konflikt eine zentrale Stellung für das Verständnis menschlichen Erlebens und Verhaltens in der Psychoanalyse wie auch in der Lerntheorie und Systemtheorie einnimmt. Wenig überraschend sehen auch die befragten psychotherapeutischen Praktiker, deren berufliche Sozialisation auf eine oder sogar mehrere dieser Denktraditionen aufbaut, in Ambivalenz ein ubiquitäres Phänomen, mit dem menschliches Sein, insbesondere im sozialen Verbund, beschrieben werden kann. Wie in 5.1 beschrieben, kann aus Expertensicht als ambivalent bezeichnetes Erleben pathologische Formen annehmen, wenn kein geeigneter Umgang mit ihm gefunden wird. Das Ambivalenzkonzept wird von den befragten Psychotherapeuten auf viele, teilweise sogar auf alle psychischen Störungen angewendet. Dies legt die Vermutung nahe, es sei von geringem differentialdiagnostischen Wert.

Allerdings werden von den Experten störungsspezifische ambivalente Gegensätze genannt, und auch in der Psychotherapieliteratur werden Ambivalenzen, die spezifische Störungen kennzeichnen, thematisiert – man denke an die "vulnerabilitätsbedingte Ambivalenz", die Fiedler (1998) in Linehans biopsychosozialer Konzeption der BPS (z.B. 1993) entdeckt. In der erste These wurde schon die Ansicht vertreten, Pathologie entstehe aus dysfunktionalem, Leiden verursachendem Umgang mit Ambivalenzerleben. Hieraus lässt sich eine weitere These zur diagnostischen Relevanz des Ambivalenzkonzepts ableiten:

#### **3. Folgerung**

Unterschiedliche psychische Störungen lassen sich u.a. als unterschiedlich gear-tete Schwierigkeiten, mit unterschiedlichen ambivalenten Gegensätzen umzuge-hen, verstehen.

#### **5.4 Ambivalente Gegensätze in Generationenbeziehungen als Thema der Psychotherapie**

Das in der Fragestellung vorgestellte Konstanzer Modell verortet Generationenambivalenzen zwischen den Dimensionen Konvergenz vs. Divergenz und Reproduktion vs. Innovation. Die Sichtung psychotherapeutisch relevanter Literatur bzgl. der Fassung des Ambivalenzbegriffes sowie die Befragung praktizierender Psychotherapeuten deutet darauf hin, dass insbesondere jene Dimension des Konstanzer Modells, welche die Ausprägung interpersonaler Nähe bzw. Distanz beschreibt, von großer Bedeutung für die Konzeption von Ambivalenz im psychotherapeutischen Kontext ist. Aus familiensoziologischer Perspektive ist mit dieser Dimension die Spannung zwischen Sympathie und Antipathie sowie zwischen Ähnlichkeit und Verschiedenheit gemeint.

Die psychoanalytische Diktion fasst diese Dimension entweder individuumszentriert als das Gegeneinander von Lebens- und Todestrieb oder objektbeziehungstheoretisch als den Widerspruch, der sich zwischen der Wahrnehmung eines Bezugsobjektes als gleichzeitig gut, nährend, schützend und böse, abweisend, versagend eröffnet – aus psychoanalytischer Sicht lässt sich Ambivalenz also auf den Gegensatz von Liebe und Hass herunterbrechen. Die Lerntheorie beschreibt menschliches Verhalten im Spannungsfeld zwischen angeborenen und erworbenen Annäherungs- und Vermeidungstendenzen. Im systemischen Menschenbild wird die Individuation dialektisch als prozesshaftes Hin- und Her zwischen Anziehung und Ausstoßung begriffen. Diese Konzeptionen ambivalenter Gegensätzlichkeit finden sich in den Aussagen der befragten Experten wieder – alle Experten beschreiben, auf Ambivalenzen in Generationenbeziehungen angesprochen, Gegensätze zwischen Nähe und Distanz, die gut mit den Polen Divergenz und Konvergenz im Konstanzer Modell korrespondieren. Hierbei fällt auf, dass vor allem der emotionale Aspekt dieser ambivalenten Spannung betont wird.

Dagegen finden sich Hinweise auf die – eher soziologisch gedachte – Dimension von Innovation vs. Reproduktion eher spärlich. Am ehesten bildet sich diese in

Stierlins Konzeption der "Individuation mit" und der "Individuation gegen" ab (Stierlin 1997, S. 51). Die befragten Experten kommen kaum auf die Spannung zwischen dem Bestreben nach ständiger Wiederherstellung bewährter Beziehungsmuster und der Motivation, die innerfamiliäre Beziehungsgestaltung zu erneuern, zu sprechen, lediglich ein Experte thematisiert die "Veränderungsnotwendigkeit" in Familien als Quelle von Ambivalenz (10; 11-12; 3.5).

#### **4. Folgerung**

Ambivalenz wird im psychotherapeutischen Diskurs besonders häufig als Gegensatz zwischen Nähe und Distanz oder Liebe und Hass in sozialen Beziehungen gesehen. Damit gewinnt dieses Spannungsfeld besondere Bedeutung als Aufgabe der Psychotherapie. Im psychotherapeutischen Kontext wird dieser Dimension insbesondere Bedeutung für das emotionale Erleben zugewiesen.

#### **5.5 Formen des Umgangs mit Ambivalenz in (Generationen-) Beziehungen**

In der Literatur gibt es Hinweise auf ein Deutungsmuster, das interpersonale Gegensätze von Kontrolle und Dominanz vs. Autonomie/Gewähren von Freiheit abbildet. Dieses ist im interpersonalen Kreismodell von Benjamin (1974) repräsentiert durch die vertikal zur horizontalen Liebe-Hass-Dimension angeordnete Achse. In Parkers Konzept des Parental Bonding (1989) spielt ebenfalls die Kontrolldimension (Protection) eine Rolle als Gegenstück zu einer Dimension der emotionalen Bindung (Care). Auch in den Faktoren des Expressed Emotion Konzepts lassen sich Formen der Kontrolle und Sorge erkennen.

Die befragten Psychotherapeuten verbinden die Begriffe Nähe, Bindung und Abhängigkeit / Dominanz sowie Distanz, Ausstoßung und Unabhängigkeit. / Autonomie und stellen damit den Zusammenhang zwischen interpersonaler Einflussnahme und Gefühlen der Zu- und Abgewandtheit heraus. Weiter thematisieren sie Formen des familiären Umgangs mit Ambivalenz, die sich in Hinblick auf deren offene Thematisierung vs. rigide Unterdrückung unterscheiden.

Damit sind zwei Punkte angesprochen: Zum einen wird als Grundlage des Umgangs mit Ambivalenz deren Wahrnehmung und Thematisierung gesehen. Zum anderen wird verstärkt darauf hingewiesen, dass der Umgang mit Ambivalenz auch als Herstellung von Machtverhältnissen in sozialen Beziehungen gesehen werden kann.

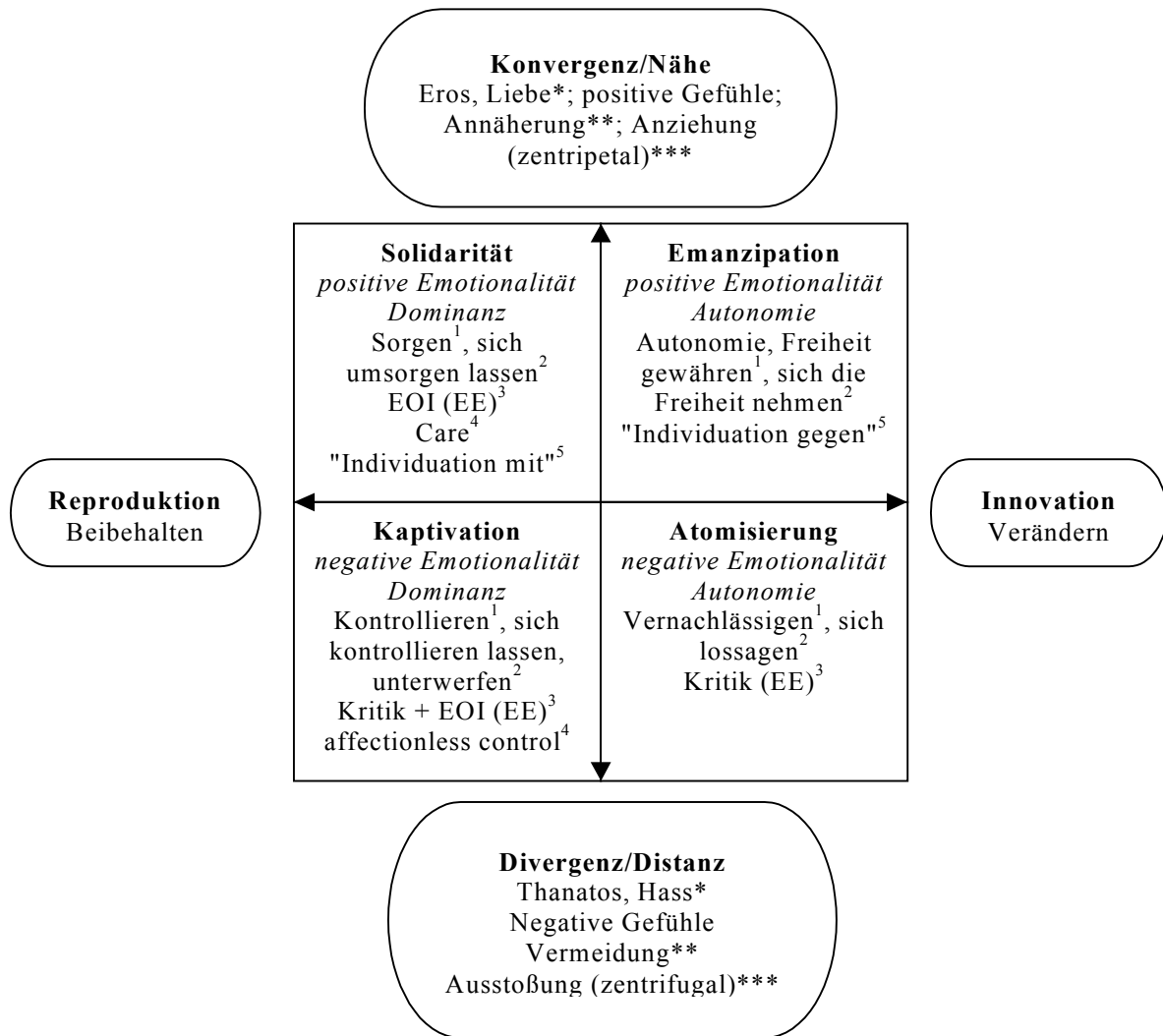
### **5. Folgerung**

a) Der Umgang mit ambivalenten Spannungen auf der personalen und der institutionellen Dimension wird im psychotherapeutischen Kontext zunächst durch das Ausmaß beschrieben, in dem diese transparent gemacht werden. Es ist zu vermuten, dass das Ausmaß, mit dem Ambivalenzen in Familien wahrgenommen und thematisiert werden, die Basis für den Umgang mit Ambivalenz ist.

b) Der Umgang mit Ambivalenz kann, ausgehend von psychotherapeutischen Deutungsmustern, auch als Herstellung von Dominanz und Autonomie, also von Machtbalancen,<sup>47</sup> verstanden werden. Psychotherapeutisch relevante Modelle und die Aussagen der befragten Praktiker können so in das Konstanzer Modell integriert werden (vgl. Abb. 9).

---

47 Dominanz und Autonomie können positiv und negativ konnotiert sein. Dominanz kann sich sowohl in emotional positiv gefärbter Sorge, als auch in emotional negativ gefärbter Kontrolle ausdrücken. Autonomie kann zum einen das Gewähren individueller Freiheit, zum anderen Vernachlässigung bedeuten.



<sup>1</sup> sensu Benjamin (1974): transitiv.  
<sup>2</sup> sensu Benjamin (1974): intransitiv.  
<sup>3</sup> sensu Brown et al. (1972).  
<sup>4</sup> sensu Parker (1989).  
<sup>5</sup> sensu Stierlin (1997).

\* psychoanalytische Diktion  
\*\* lerntheoretische Diktion  
\*\*\* systemtheoretische Diktion

Abbildung 9. Ambivalente Gegensätze und Strategien des Umgangs aus psychotherapeutischer Perspektive.

## **5.6 Der therapeutische Umgang mit Ambivalenz**

Im psychotherapeutischen Kontext interessiert insbesondere, welche konkreten Strategien im Umgang mit Ambivalenz besprochen werden sollten. Der psychotherapeutisch Tätige kann dabei nicht wertneutral sein, sondern muss Verhaltensempfehlungen geben, wobei als Kriterium für diese das allgemeine Ziel von Psychotherapie, psychosoziales Funktionieren des Einzelnen herzustellen, herangezogen werden kann. In 5.1 wurde bereits im Zusammenhang mit der Interpretation von Ambivalenz als lösbar bzw. unlösbar angesprochen, dass sowohl in der Literatur als auch im praktischen Wissen von Psychotherapeuten zwei Deutungsmuster zu Formen des Umgangs mit Ambivalenz auftauchen, die sich nicht gegenseitig ausschließen und möglicherweise aufeinander aufbauen: Zum einen ist dies die Reflexion und Thematisierung von Ambivalenz, zum anderen das Treffen von Entscheidungen in ambivalenten Situationen.

Die intrapsychische Reflektion und interpersonale Thematisierung von Ambivalenz wird von den befragten Psychotherapeuten positiv bewertet. In der Literatur findet sich diese Strategie des Umgangs mit Ambivalenz in Miller und Rollnicks "Motivational Interviewing" (2002), in Linehans Empfehlungen zu einer dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Störungen (1993), in Stierlins Konzeption der systemischen Psychotherapie (1997) sowie in Bauriedels beziehungsanalytischer Psychotherapie (1980). Besonders prägnant beschreibt diesen Umgangsmodus der Begriff "Ambivalenztoleranz", den Stierlin verwendet (1997, S. 45). Bauriedl wählt den Begriff "Spannungstoleranz" (1980, S. 31), Linehan nennt diese Strategie das "Ertragen von Zweideutigkeit" (1988, S. 221) und Miller propagiert "exploration of ambivalent feelings" (1996, S. 840) als Teil des "Motivational Interviewing". Weingardt (2000) schlägt bzgl. der Gestaltung der Therapiebeziehung ebenfalls vor, strukturelle Ambivalenzen transparent zu machen.

Konkreteren Handlungsbezug als die kognitive Toleranz im Umgang mit Ambivalenz hat die Strategie des Entscheidens in als ambivalent wahrgenommenen Situationen. Elf der befragten Psychotherapeuten geben an, dass sie Entscheidungen auch in ambivalenten Situationen für möglich halten und bewerten diese Strategie überwiegend positiv. Auf Entscheidungen als therapeutisches Mittel bei ambivalenten Konflikten wird in psychotherapeutisch relevanter Literatur insbesondere bei Miller und Rollnick (2002) und Dollard und Miller (1950) hingewiesen.<sup>48</sup>

## **6. Folgerung**

Im psychotherapeutischen Kontext erscheinen zwei Formen des Umgangs mit Ambivalenz als erstrebenswert: Zum einen ist dies das Erkennen und Aushalten von Ambivalenz ("Ambivalenztoleranz"). Zum anderen ist dies das Treffen von Entscheidungen trotz und mit Ambivalenzerleben. Das Aushalten und Ertragen von Ambivalenz kann als Voraussetzung für kreative Lösungen gesehen werden.

Das Deutungsmuster "Ambivalenztoleranz" lässt sich auch auf die vier Typen der Beziehungsgestaltung, wie sie das Konstanzer Modell vorschlägt – Solidarität, Emanzipation, Kaptivation und Atomisierung – anwenden. Es liegt nahe, anzunehmen, dass Ambivalenztoleranz eine kognitive Strategie ist, die dazu beiträgt, bei allen Differenzen und Veränderungen immer wieder persönliche Nähe herzustellen.<sup>49</sup> Nur wer Differenzen erkennt, kann sich wieder auf den anderen zu

---

<sup>48</sup> Ina Jekeli schlägt in ihrer kürzlich als Buch erschienenen Dissertation (2002) ebenfalls den Begriff der Ambivalenztoleranz vor, um zu beschreiben, wie sozial erzeugte Ambivalenzen intrapsychisch verarbeitet werden und sich wiederum in sozialer Interaktion äußern.

<sup>49</sup> Roszika Parker beschreibt dies für die Mutter-Kind-Beziehung folgendermaßen: "Perhaps this becomes clearer if we invent a hypothetical mother who does not experience ambivalence but regards her child only with hostile feelings, or conversely only with untroubled love. In neither case will she find it necessary to dwell on her relationship with her child,

bewegen. So wird Ambivalenztoleranz zur Voraussetzung von Emanzipation. Der Umgangsmodus "Entscheidung" ist weniger spezifisch – Entscheidungen oder Entschlüsse sind Teil des Handlungsprozesses<sup>50</sup> und liegen damit auch jedem möglichen Muster der Beziehungsgestaltung zu Grunde. Es ist allerdings anzunehmen, dass die Wahrnehmung von und Reflexion über Ambivalenz Einfluss auf die alltägliche Entscheidungsfindung hat.<sup>51</sup>

### **5.7 Die Rolle von Ambivalenz in Familien psychisch erkrankter Menschen**

In den im Rahmen dieser Arbeit geführten Expertengesprächen wurde immer wieder auf Situationen hingewiesen, die Ambivalenzerleben forcieren können. Als eine solche Situation wurde auch jene von Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen beschrieben. Psychisch kranke Menschen verändern sich in ihrem Erleben und Verhalten und zeigen bei episodischen Verläufen zudem starke Schwankungen über die Zeit. Es ist also anzunehmen, dass sich in Interaktionen mit ihren Angehörigen die Wahrnehmung von Unterschiedlichkeit und Antipathie erhöht, ihre Beziehungen sich also einerseits also auf den Pol der Divergenz hinbewegen. Andererseits erfordert die Erkrankung von den Angehörigen, in erhöhtem Maße für den Patienten Sorge zu tragen und in seiner Nähe zu sein. Ambivalente Spannung scheint hier vorprogrammiert.

---

because she will not know what is missing. It is the troubling co-existence of love and hate that propels a mother into thinking about what goes on between herself and her child"(1995, S. 7).

50 Vgl. dazu das Rubikonmodell der Handlungsphasen von Heckhausen und Gollwitzer (z.B. in der Darstellung von Gollwitzer, 1996).

51 Obliers, Vogel und von Scheidt (1996) sprechen im Zusammenhang mit Alltagshandeln von der "Ambivalenz der Schnittstelle zwischen dem Zur-Handlung-Gewordenen und dem, was im Bereich der Alternativen bleibt" (S. 86).



Folgt man Kavanagh (1992), so können Formen des emotionalen Ausdrucks, welche die Familienatmosphäre prägen, wie etwa häufige Kritik oder emotionales Überengagement, als Reaktion auf die besonders schwierige Situation dieser Familien verstanden werden. Eventuell repräsentieren Schwankungen zwischen Kritik und emotionalem Überengagement eben diese ambivalente Spannung zwischen Nähe und Distanz, Sorge und Kontrolle und dem Versuch, sich der veränderten Situation "innovativ" anzupassen, während bewährten Beziehungsmustern nachgetrauert wird. So wird Ambivalenz und der Umgang mit ihr zu einer Herausforderung insbesondere für Familien, die von der psychischen Erkrankung eines Mitglieds betroffen sind – und der Rekurs auf das Konzept der Expressed Emotion macht deutlich, dass dieser Umgang eine nicht unbedeutende Variable der Pathogenese von psychischen Störungen sein könnte. Denn je nach dem, ob er gelingt oder nicht, kann Ambivalenz zu einem psychosozialen Stressor werden.<sup>52</sup>

Die Aussagen der befragten Psychotherapeuten zu ihren Vorstellungen zu sozial-interaktioneller Ambivalenz in Patientenfamilien weisen ebenfalls auf diese Zusammenhänge hin. Der Großteil der Experten nimmt Patientenfamilien als durch Ambivalenzerfahrungen belastet wahr und als Gründe dafür werden die besondere Situation dieser Familien in Bezug auf das Nähe-Distanz-/Autonomie-Abhängigkeitsverhältnis, mangelnde Ressourcen und misslungener Umgang mit diesen ambivalenten Spannungen genannt. Ein gutes Drittel der Befragten weist dem Umgang mit Ambivalenz in Familien eine Rolle für den Verlauf der Störung zu.

---

52 Dies lässt sich mit dem Stressmodell von Lazarus (1974) vereinbaren, in dem der Stressor transaktional, unter Berücksichtigung der Copingmöglichkeiten, definiert wird.

## 7. Folgerung

Ambivalenzerfahrungen, der Umgang mit ihnen und für diesen zur Verfügung stehende (Coping-) Ressourcen in Familien können als psychosoziale Variablen mit Einfluss auf die Pathogenese psychischer Störungen im Rahmen eines biopsychosozialen Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modells<sup>53</sup> gesehen werden. Endstrecken dieses multifaktoriellen Prozesses sind die Symptomatik und das soziale Funktionsniveau des Einzelnen und die Belastung der Familie (vgl. Abb. 10).

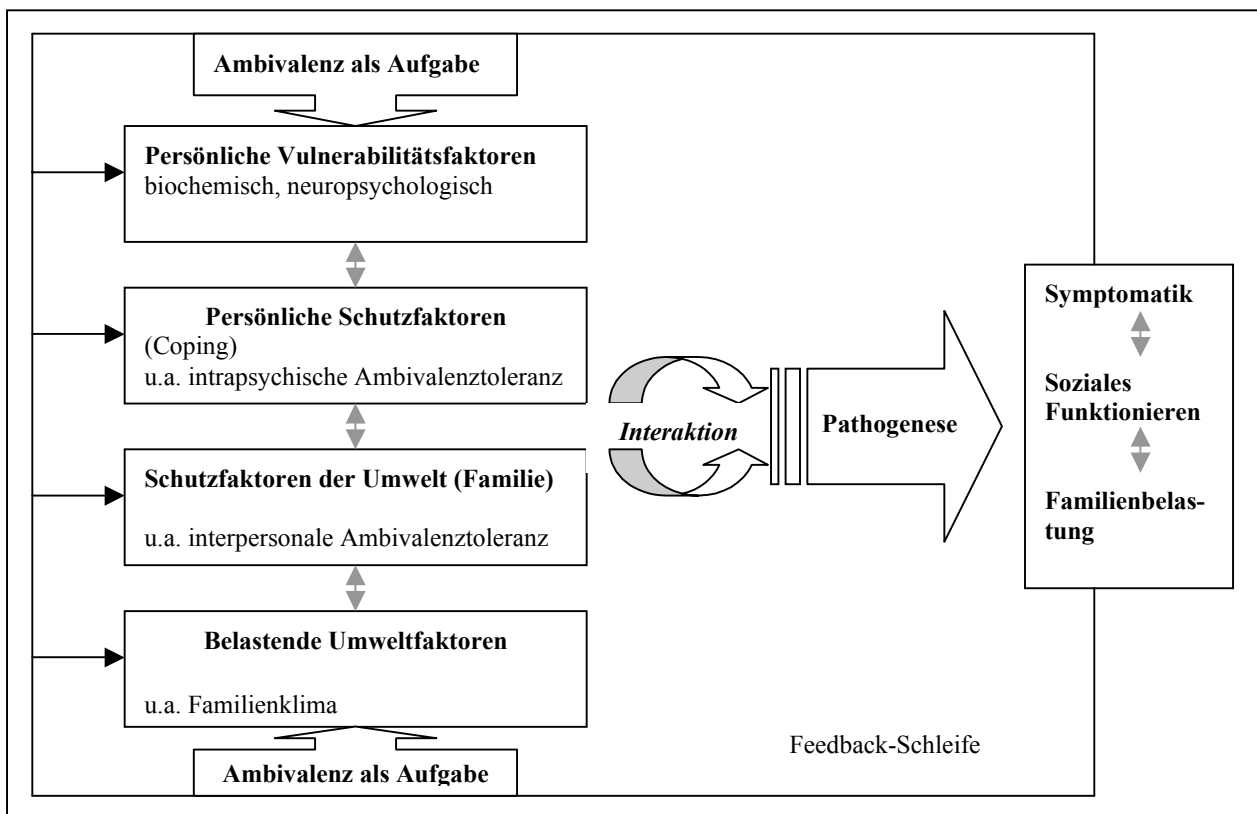


Abbildung 10. Ambivalenz als Aufgabe und Ambivalenztoleranz als Copingmöglichkeit in einem störungsübergreifenden Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenzmodell.

53 Vgl. dazu z.B. Hahlweg et al. 1995, in der Tradition von Zubin et al. (1977), Nuechterlein et al. (1984).

## **5.8 Ambivalenz als Aufgabe für die Gestaltung der Therapiebeziehung**

In der Psychotherapieliteratur und in sozial-strukturellen Betrachtungen der Therapeutenrolle wird vielfach ambivalente Spannung im Rahmen der Therapiebeziehung thematisiert. Auch die befragten Experten kommen auf diese Spannungen zu sprechen. Grawe et al. (1994) argumentieren, dass die Therapiebeziehung Mittel therapeutischer Veränderung ist und ihre Qualität großen Einfluss auf das Therapieergebnis hat, um die Relevanz der Beziehungsperspektive für die Psychotherapie zu unterstreichen. Damit sind auch zwei Gründe benannt, Ambivalenzen innerhalb der Psychotherapie als sozialer Interaktion Aufmerksamkeit zu schenken.

Aus der Literatur und den Ergebnissen der empirischen Expertenbefragung lässt sich als bedeutendster Gegensatz die Spannung zwischen Beibehaltung und Veränderung, innerhalb derer sich Psychotherapie bewegt, herauskristallisieren. Diese kann sowohl auf der Therapeuten- als auch auf der Patientenseite zu Ambivalenzerleben führen und ist Folge des therapeutischen Anspruchs auf Veränderung, wie er auch in der oben angesprochenen Therapiedefinition von Strotzka (1978) aufscheint. An dieser Veränderung sind mindestens zwei Personen, mit unterschiedlichen Wünschen und Rolleneigenschaften, beteiligt. Der Patient hat auf der einen Seite den Wunsch, mit seinen Kompetenzen wahrgenommen und respektiert und nicht im Zuge therapeutischen Vorgehens seiner persönlichen Freiheit beraubt zu werden, er strebt also danach, Persönlichkeitseigenschaften und Formen der Lebensführung, die er als funktional empfindet, beizubehalten. Auf der anderen Seite kommt er als Hilfesuchender, hat bestimmte Probleme erkannt und möchte Veränderung. Der Therapeut ist einerseits daran interessiert, eine positive Beziehung zum Patienten aufzubauen, dazu setzt er empathisches Interesse ein und wendet sich dem Patienten vorbehaltlos zu. Andererseits wird von ihm, kraft seiner Autorität, auch sachliche Analyse und direktives Eingreifen verlangt. Die Therapiebeziehung kann auf der institutionalen Ebene des Kon-

stanzer Modells in ihrer Spannung zwischen Reproduktion und Innovation betrachtet werden.

### **8. Folgerung**

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut bewegt sich auf dem schmalen Grat zwischen Beibehaltung und Veränderung und kann somit auf der institutionalen Dimension des Konstanzer Modells analysiert werden. Der Wunsch nach Akzeptanz und die Interpretation des eigenen Verhaltens als funktional auf Seiten des Patienten kann als Ausdruck des reproduktiven Pols der Lebensführung gewertet werden. Leidensdruck aufgrund behavioraler Dysfunktionen dagegen führt zum Streben nach Veränderung, repräsentiert durch den Pol der Innovation. Die professionelle Rolle des Psychotherapeuten ist somit wesentlich von der Aufgabe geprägt, mit diesen Spannungen umzugehen.

Der Umgang mit dieser Spannung im Rahmen des Einsatzes von Sorge, Kontrolle, Gewähren von Freiheit und Vernachlässigung wiederum steht in Zusammenhang mit Schwankungen auf der Dimension von Nähe und Distanz. Mangelnde Compliance und Widerstand auf Seiten des Patienten sowie Frustration und Burn-Out auf Seiten des Therapeuten können im Rahmen des Modells als Folgen misslungenen Umgangs mit Ambivalenz verstanden werden.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders. (3rd ed.)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders. (3rd ed. revised)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders. (4th ed.)*. Washington DC: Author.
- Angermeyer, M. C., Diaz Ruiz de Zárate, J., & Matschinger, H. I. (2000). Informations- und Unterstützungsbedarf von Angehörigen psychiatrischer Patienten. *Das Gesundheitswesen*, 62, 483-486.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Diagnostik in der Psychiatrie (1995). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.
- Backenstraß, M., Kronmüller, K.-T., Reck, C., Fiedler, P., & Mundt, C. (2001). Wie Paarbeziehungen den Krankheitsverlauf depressiver Patienten beeinflussen können. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 515-517.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. H., Wynne, L. C., Ryckoff, I. M. et al. (1992). *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bauriedl, T. (1980). *Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Behnsen, E., & Bernhardt, A. (1999). *Psychotherapeutengesetz: (PsychThG); erläuterte Textausgabe zu der seit dem 1. Januar 1999 geltenden berufsrechtlichen und krankenversicherungsrechtlichen Neuregelung der Psychotherapeutischen Versorgung*. Köln: Bundesanzeiger.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L. S. (1982). Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 190-214). New York: Pergamon Press.
- Benjamin, L. S. (1986). Adding social and intrapsychic descriptors to axis I of DSM-III. In T. Millon & G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 599-639). New York: Guilford.
- Benjamin, L. S., & Wonderlich, S. A. (1994). Social perceptions and borderline personality: The relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 610-624.

- Benjamin, L. S., Foster, S. W., Roberto, L. G., & Estroff, S. E. (1986). Breaking the family code: Analysis of videotapes of family interactions by Structural Analysis of Social Behaviors (SASB). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 391-439). New York: The Guilford Press.
- Benjamin, L.S. (1984). Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior. In R.A. Zucker, J. Aronoff & A. I. Rabin (Eds.), *Personality and the prediction of behavior* (pp. 121-174). London: Academic Press.
- Bleuler, E. (1910). Zur Theorie des schizophrener Negativismus. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 18, 171-176; 19, 184-187; 20, 189-191; 21, 195-198.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Bleuler, E. (1914). Die Ambivalenz. In Universität Zürich (Ed.), *Festgabe zur Einweihung der Neubauten* (pp. 94-106). Zürich: Schulthess.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bohus, M., & Berger, M. (1996). Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. *Nervenarzt*, 67, 911-923.
- Bourdieu, P. (1997). Verstehen. In P. Bourdieu & A. Accardo (Eds.), *Das Elend der Welt: Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft* (pp. 779-822). Konstanz: Universitätsverlag.
- Bowlby, J. (1980). *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehungen*. München: Kindler.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G., & Wing, J. K. (1962). The influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 16, 55.
- Ciompi, L. (1984). Is there really a schizophrenia? The long-term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*, 145, 636-640.
- Deeke, A. (1995). Experteninterviews - ein methodologisches und forschungspraktisches Problem. Einleitende Bemerkungen und Fragen zum Workshop. In C. Brinkmann, A. Deeke, & B. Völkel (Eds.), *Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen* (pp. 7-22). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.

- Dilling, H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Doane, J. A., Goldstein, M. J., & Rodnick, E. H. (1981). Parental patterns of affective style and the development of schizophrenia spectrum disorders. *Family Process*, 20, 337-349.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Faloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, L. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Fiedler, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Flick, U., Kardorff, E.v., Steinke, I. (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Florin, I., Nostadt, A., Reck, C., Franzen, U., & Jenkins, M. (1992). Expressed Emotion in depressed patients and their partners. *Family Process*, 31, 163-172.
- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consultative Clinical Psychology*, 64, 1120-1132.
- Goldstein, M. J. (1992). Commentary on "Expressed Emotion in depressed patients and their partners". *Family Process*, 31, 172-174.
- Gollwitzer, P. (1996). Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In C. F. Graumann & N. Bierbaumer (Series Eds.) & J. Kuhl (Vol. Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie: Vol 4. Motivation, Volition und Handlung* (pp. 531-582). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Dürr, H., & Müller, U. (1995). *Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hofmann, C. (1999). Trivialisierung psychologischer Konstrukte in pädagogischen Handlungsfeldern. In H. Drerup & E. Keiner (Eds.), *Popularisierung wissenschaftlichen Wissens in pädagogischen Feldern*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Hooley, J. M., & Hiller, J. B. (2001). Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies. In B. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal re-*

- relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 61-87). New York: Wiley.
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration. Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 7, 97-115.
- Hopf, C. (2000). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 349 - 359). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Jekeli, I. (2002). *Ambivalenz und Ambivalenztoleranz. Soziologie an der Schnittstelle von Psyche und Sozialität*. Osnabrück: Der Andere Verlag.
- Jonas, K., Brömer, P., & Diehl, M. (2000). Erlebte Ambivalenz als Moderator der Konsistenz zwischen Einstellungen und Verhalten. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 31, 153-165.
- Jungbauer, J., Bischof, J., & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105-114.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kernberg, O. (1979). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Knellessen, O. (1978). *Ambivalenz und Doppelbindung. Eine Untersuchung des psychoanalytischen Ambivalenzbegriffes*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Salzburg.
- Köhler, G. (1992). Methodik und Problematik einer mehrstufigen Expertenbefragung. In H. Hoffmeyer-Zlotnik (Ed.), *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1994). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and coping in adaption and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, 321-333.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: The Roland Press Company.
- Linehan, M. (1989). Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline Störungen. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2, 220-227.



- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Luckmann, T. (1989). Zum Verhältnis von Alltagswissen und Wissenschaft. In K. Rebel (Ed.), *Wissenschaftstransfer in der Weiterbildung: Der Beitrag der Wissenssoziologie*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lüscher, K. & Pajung-Bilger, B. (1998). *Forcierte Ambivalenzen. Ehescheidung als Herausforderung an die Generationenbeziehungen unter Erwachsenen*. Konstanz: Universitäts-Verlag.
- Lüscher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence. A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 413-425.
- Lüscher, K. (2002). Intergenerational ambivalences: Further steps in theory and research. *Journal of Marriage and Family*, 64, 585-593.
- Lüscher, K. (in press). Conceptualizing and uncovering intergenerational ambivalences. In: K. Pillemer & K. Lüscher, *Intergenerational ambivalences. New perspectives on parent-child relations in later life*. New York: Elsevier.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie-Verlags-Union.
- Mead, G. H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Meaney, M. J. (2001). Nature, nurture, and the disunity of knowledge. *Annals of the New York Academy of Science*, 935, 50-61.
- Merton, R. K. (1976). *Sociological ambivalence and other essays*. New York: The Free Press.
- Merton, R. K., Fiske, M., & Kendall, P. L. (1956). *The focused interview. A manual of problems and procedures*. Glencoe: The Free Press.
- Meuser, M., & Nagel, U. (1991). Experteninterviews: Vielfach erprobt, wenig bedacht. In D. Garz & K. Kraimer (Eds.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (pp. 441-471). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Miller, W. R. (1996). Motivational Interviewing: Research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1990). *Towards a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.

- Millon, T. (2000a). Reflections on the future of DSM axis II. *Journal of Personality Disorders, 14*, 30-41.
- Millon, T. (2000b). Sociocultural conceptions of the borderline personality. *The Psychiatric Clinics of North America, 23*, 123-136.
- Moscovici, S. (2001). *Social representations: Explorations in social psychology*. New York: University Press.
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A Motivational Interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Psychotherapy in Practice, 58*, 185-193.
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin, 2*, 300-312.
- Obliers, R., Vogel, G., & Scheidt, J. v. (1996). Alltagshandeln. In C. F. Graumann & N. Bierbaumer (Series Eds.) & J. Kuhl (Vol. Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie: Vol 4. Motivation, Volition und Handlung* (Vol. 4, pp. 69-100). Göttingen: Hogrefe.
- Olbrich, R. (1983). Expressed Emotion (EE) und die Auslösung schizophrener Episoden: Eine Literaturübersicht. *Der Nervenarzt (54)*, 113-121.
- Palmen, C. (1999). *I.M. Ischa Meijer In Margine In Memoriam*. Zürich: Diogenes.
- Parker, G. (1989). The Parental Bonding Instrument: Psychometric properties reviewed. *Psychiatric Deviance, 7*, 317-335.
- Parker, R. (1995). *Mother love/mother hate. The power of maternal ambivalence*. New York: Basic Books.
- Pervin, L. A. (2000). *Persönlichkeitstheorien*. München: Reinhardt.
- Pharoa, F. M., Mari, J. J., Streiner, D. (2002). Family interventions for schizophrenia. *The Cochrane Library, (1)*.
- Pichot, P. (1994). Nosological models in psychiatry. *British Journal of Psychiatry, 164*, 232-240.
- Pitschel-Waltz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalizations in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 73-92.
- Priester, J. P., & Petty, R. E. (2001). Extending the bases of subjective attitudinal ambivalence: Interpersonal and intrapersonal antecedents of evaluative tension. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 19-34.
- Rohde-Dachser, C. (1989). *Das Borderline-Syndrom*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rohr, S. (1993). *Über die Schönheit des Findens. Die Binnenstruktur menschlichen Verstehens nach Charles S. Peirce. Abduktionslogik und Kreativität*. Stuttgart: M&P.

- Rosenfarb, I. S., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Subotnik, K. L. (2000). Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1174-1179.
- Sarasin, A. (1999). *Dialogik als psychotherapeutisches Prinzip. Beitrag zur Suche nach einer Metatheorie im Bereich der Psychotherapie, insbesondere der Kinderpsychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Zürich.
- Saß, H. (1998). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schlippe, A. v. (1984). *Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Schlippe, A. v., & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, C. (2000). Analyse von Leitfadenterviews. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 447 - 456). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Segal, H. (1974). *Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk*. München: Kindler.
- Simon, F. B. (1998). Beyond bipolar thinking: Patterns of conflict as a focus for diagnosis and intervention. *Family Process*, 37, 215-232.
- Simon, F. B., & Stierlin, H. (1999). *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1966). Communications styles in parents of normals, neurotics and schizophrenics. Some findings using a new Rorschach scoring manual. *Psychiatry Research Reports American Psychiatric Association*, 20, 25-38.
- Stamm, R., & Bühler, K. E. (2001). Vulnerabilitätskonzepte bei psychischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69, 300-309.
- Stierlin, H. (1992). *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. (1994). *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. (1997). *Haltsuche in Haltlosigkeit. Grundfragen der systemischen Therapie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Stotz-Ingenlath, G. (2000). Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3, 153-159.
- Strotzka, H. (Ed.). (1978). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.

- Thommen, B., Ammann, R., & Cranach, M. v. (1988). *Handlungsorganisation durch soziale Repräsentationen: Welchen Einfluss haben therapeutische Schulen auf das Handeln ihrer Mitglieder?* Bern: Huber.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-37.
- Vogel, B. (1995). "Wenn der Eisberg zu schmelzen beginnt..." – Einige Reflexionen über den Stellenwert und die Probleme des Experteninterviews in der Praxis der empirischen Sozialforschung, In C. Brinkmann, A. Deeke, & B. Völkel (Eds.), *Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen* (pp. 73-84). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.
- Wakefield, J. C. (1999). Philosophy of science and the progressiveness of the DSM's theory-neutral nosology: Response to Folette and Houts, Part 1. *Behavior Research and Therapy*, 37, 963-999.
- Weingardt, K. R. (2000). Viewing ambivalence from a sociological perspective: Implications for psychotherapists. *Psychotherapy*, 37, 298-306.
- Wittgen, C., Watzl, H., & Cohen, R. (1989). Das 10-minütige "Kurzinterview" als Alternative zum Camberwell Family Interview. In G. Buchkremer & N. Rath (Eds.), *Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Meßinstrumente, Methoden, Konzepte*. Bern: Huber.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

## **Anhang**

### **A. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Modell einer dialektisch-ambivalenten Identitätskonfusion bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen sensu Linehan (1989), nach Fiedler (1998, S. 236) .....	21
Abbildung 2. Die Operationalisierung von Doppelbindung sensu Benjamin im SASB-Modell (Benjamin, 1982).....	24
Abbildung 3. Die Operationalisierung von Ambivalenz sensu Benjamin im SASB-Modell (Benjamin, 1982).....	25
Abbildung 4. Die Operationalisierung von Konflikt sensu Benjamin im SASB-Modell (Benjamin, 1982). .....	26
Abbildung 5. Graphische Darstellung eines Annäherungs-Vermeidungs-Konflikts nach Dollard und Miller (1950). Die Vermeidungstendenz ist in der Nähe des Zielobjekts, die Annäherungstendenz in größerer Entfernung vom Ziel stärker. ....	33
Abbildung 6. Die vier logischen Handlungsoptionen des Tetralemmas nach Simon (1998).....	37
Abbildung 7. Das Modell zur familiensoziologischen Analyse von Generationenambivalenzen (Lüscher, im Druck).....	56
Abbildung 8. Bedeutung als triadische Relation sensu Peirce .....	75
Abbildung 9. Ambivalente Gegensätze und Strategien des Umgangs aus psychotherapeutischer Perspektive.....	125
Abbildung 10. Ambivalenz als Aufgabe und Ambivalenztoleranz als Copingmöglichkeit in einem störungsübergreifenden Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenzmodell.....	130

## **B. Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Zusammensetzung der Gruppe der befragten Experten, aufgeschlüsselt nach Art der Psychotherapieausbildung und Patientenklientel. ....	70
Tabelle 2. Zusammensetzung der Gruppe der befragten Experten, aufgeschlüsselt nach Studienfach, Jahren an Berufserfahrung und Geschlecht .....	71

## C. Interviewleitfaden

Universität Konstanz  
Forschungsbereich "Gesellschaft und Familie"  
Projekt: Ambivalenz in der Psychotherapie

### **Leitfaden für Experteninterviews, Juni 2001**

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, mit uns dieses Expertengespräch zu führen. Zunächst wollen wir / möchte ich Ihnen zusichern, dass die schriftlichen Unterlagen und auch Tonträger nicht mit Angabe von Namen veröffentlicht werden, sondern sämtliche persönlichen Angaben unter die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen gestellt werden.

#### **1. Reflexion der Therapeuten über Ambivalenz**

- 1.1 In Zusammenhang mit welchen Verhaltensweisen/Gefühlen/Beziehungen verwenden Sie in Ihrer Arbeit den Begriff Ambivalenz?
- 1.2 Orientieren Sie sich dabei eher an einem umgangssprachlichen Verständnis – oder an einer bestimmten Fachrichtung oder theoretischen Sichtweise?
- 1.3 Wie würden Sie Ambivalenz umschreiben?
  - 1.4 Verwenden Sie für Sachverhalte, die Sie Ambivalenz zurechnen, auch andere Begriffe? (Bitte Sachverhalte und Begriffe nennen.)
  - 1.5 Häufig wird zwischen Ambivalenzen des Fühlens, Denkens und Wollens unterschieden. Verwenden Sie diese oder andere Unterscheidungen?
- 1.6 Welchen Stellenwert hat Ambivalenz in der theoretischen Ausrichtung Ihrer therapeutischen Arbeit?
- 1.7 In welchem Zusammenhang kommt der Begriff Ambivalenz in Ihren Fallbesprechungen oder Patientenberichten vor?
- 1.8 Beobachten sie ambivalente Phänomene bei Patienten mit bestimmten Diagnosen häufiger als bei anderen?
  - 1.9 Können Sie gestützt auf Ihre beruflichen Erfahrungen Personen oder Beziehungen nennen, bei denen Ambivalenzerfahrungen besonders oft vorkommen?  
  
Haben Sie dafür ein besonders sprechendes Beispiel?

## 2. Ambivalenz bei Patienten

2.1 Welche Schilderungen (Stichworte/Themen/Erzählungen/Beziehungsbeschreibungen) seitens der Patienten nehmen Sie als Hinweis für Ambivalenzen?

2.2 Welche Verhaltensweisen sind Ihrer Meinung nach Indikatoren für Ambivalenz?

2.3 Gibt es besondere Bedingungen oder Ereignisse, die bei Ihren Patienten zu belastenden Ambivalenzerfahrungen führen?

Beispiel?

2.4 Wie oft oder intensiv werden Ambivalenzen im Vergleich zu anderen Themen Gegenstand der therapeutischen Gespräche?

2.5 Wer thematisiert die ambivalente Situation – Sie, die Angehörigen oder der Patient bzw. die Patientin?

- Bedeutet das für Sie einen Unterschied im Umgang mit der Thematik?

2.6 In der Literatur wird die Erfahrung von Ambivalenzen teils als Ausdruck von "Störungen", teils als eine "normale" Gegebenheit umschrieben.

Wie sehen Sie das?

Wenn Sie hier eine Abgrenzung vornehmen, anhand welcher Kriterien würden Sie sie treffen?

2.7 Welche Strategien im Umgang mit Ambivalenzen beobachten Sie bei Ihren Patienten?

2.8 Konnten Sie in Ihrer bisherigen Praxis feststellen, dass die Schilderung oder Wahrnehmung von ambivalenten Erfahrungen seitens der Patienten sich im Therapieverlauf verändert

(z. B. bzgl. Häufigkeit, Ausführlichkeit oder Eindringlichkeit)?

Beispiel?

2.9 Gibt es Möglichkeiten, einen "misslungenen" Umgang therapeutisch positiv zu beeinflussen?

2.10 Wenn ja: Welche Strategien im Umgang mit Ambivalenzerfahrungen versuchen Sie bei Ihren Patienten anzuregen?



### 3. Ambivalenz in Familien

3.1 Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihrer Patienten ein, bei denen das Thema "Ambivalenzen zwischen Patient und Mitgliedern seiner Familie" einen wesentlichen Gesprächs- oder Problemanteil einnimmt ?

3.2 Welchen Stellenwert haben familiäre Beziehungen in Ihren therapeutischen Gesprächen bzw. für den Therapieverlauf?

- Zwischen Eltern und Kindern?

(Vertiefen: Alter : Erwachsene, Jugendliche )

- Über mehr als zwei Generationen?

- Zwischen den (Ehe-) Partnern?

- Geschwisterbeziehungen?

- Im Verhältnis zu Freunden, Arbeitspartnern, Fremden?

3.3 Eine weitverbreitete alltagspsychologische Annahme ist die, dass Ambivalenzen zur Lebendigkeit einer Familie beitragen..

Wenn man davon ausgeht, dass Ambivalenzerfahrungen überall vorkommen: Schätzen Sie Ambivalenzen in *Patientenfamilien* auf Dauer als eher gefährdendes oder eher die normale Lebendigkeit förderndes Merkmal ein?

3.4 Stellen Sie besondere Anforderungen bzgl. eines Umgangs mit Ambivalenzen innerhalb von Familienbeziehungen von Patienten fest?

3.5 Würden Sie sagen, dass es so etwas wie einen "gelingenden" oder "misslingenden" Umgang mit Ambivalenzen in "normalen" Familienbeziehungen gibt?

3.6 Wie würden Sie diesen umschreiben?

3.7 Ist misslungener Umgang mit Ambivalenzen in Familien mit einem kranken Angehörigen häufiger oder der Natur nach anders?

Beispiele?

3.8 Können sie sich vorstellen, dass der Umgang mit Ambivalenzerfahrungen, wie er in einer Familie gepflegt wird, Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung hat?

-Wie könnte ein solcher Zusammenhang aussehen? (Beispiel)

#### **4. Abschluss: Ambivalenzerfahrungen in der Rolle als Therapeut – Zeitdiagnose – Offene Stellungnahme zum Interview**

##### **(A) Ambivalenzerfahrungen in der Therapeutenrolle**

Wir haben jetzt viel über Ambivalenz und den Umgang damit in Familien und bei Patienten gesprochen; zum Abschluss wollen wir Sie noch in Ihrer Rolle als Therapeut ansprechen:

4.1 Machen Sie in Ihrer Rolle als Therapeut oder in Ihrer Beziehung zu Patienten (auch) Ambivalenzerfahrungen?

Haben Sie ein besonders sprechendes Beispiel dafür?

4.2 Gibt es Rahmenbedingungen, denen Sie dies zuschreiben?

4.3 Wie gehen Sie mit diesen Ambivalenzen um?

##### **(B) Zeitdiagnose**

4.4 Gibt es Ihrer Ansicht nach gesellschaftliche Bedingungen, die ambivalente Situationen generieren oder ambivalente Beziehungen fördern?

Inwieweit kommt es dabei zu Überforderungen?

4.5 Würden Sie sagen, dass der Umgang mit Ambivalenzerfahrungen für Ihre therapeutische Arbeit in den letzten Jahren wichtiger geworden ist?

**(C) Stellungnahme zum Interview**

- 4.6 Sind im Laufe dieses Gesprächs Themen gekommen, die Sie nicht erwartet haben?
- 4.7 Gibt es umgekehrt Themen, die Sie vermissen?
- 4.8 Haben Sie Anmerkungen, Kritik oder Kommentare zu unserem Interview?
- 4.9 Würden Sie es als lohnend erachten, die Thematik in einem weiteren Gespräch (einzeln oder gemeinsam in einer Gruppe) zu vertiefen, wenn die ersten Ergebnisse vorliegen?

(Falls keine sicheren Angaben vorliegen oder es sich nicht im Laufe des Gesprächs ergeben hat):

- 4.10 Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch ein paar formale Fragen stellen:

Wie lange arbeiten Sie schon als Therapeut?

Welche Ausbildung haben Sie gemacht?

Wie lange arbeiten Sie schon auf dieser Station/in dieser Klinik...?

Danke für Ihre Offenheit, uns an Ihrer therapeutischen Erfahrung teilhaben zu lassen.

**Anmerkungen des Interviewers:**

Interviewdauer:

Sonstige Gesprächsdauer:

Atmosphäre/Sonstige Anmerkungen:

In der Reihe der Arbeitspapiere sind zuletzt erschienen:

- Nr. 34.1: Kurt Lüscher/Brigitte Pajung- Bilger/Frank Lettke/Sabrina Böhmer: Generationenambivalenzen operationalisieren: Konzeptuelle, methodische und forschungspraktische Grundlagen. April 2000.
- Nr. 34.2: Sabrina Böhmer: Generationenambivalenzen operationalisieren: Grundmuster der Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern. April 2000.
- Nr. 34.3: Frank Lettke: Generationenambivalenzen operationalisieren: Von der Messung zur Klassifizierung von Ambivalenz. April 2000.
- Nr. 34.4: Kurt Lüscher/Brigitte Pajung- Bilger/Frank Lettke/Sabrina Böhmer/Anika Rasner in Zusammenarbeit mit Karl Pillemer: Generationenambivalenzen operationalisieren: Instrumente. April 2000.
- Nr. 35: Kurt Lüscher: Kinderpolitik konzipieren. August 2000.
- Nr. 36: Kurt Lüscher/Frank Lettke/Bertram J. Cohler: Keyword: Intergenerational Ambivalences. Dezember 2000.
- Nr. 37: Kurt Lüscher: Widersprüchliche Vielfalt. Neue Perspektiven zum juristischen und soziologischen Verständnis von Ehe und Familie. Juli 2001.
- Nr. 38: Andreas Lange: Die Lebensführung von Jugendlichen: Ein Theorie- und Forschungsprogramm. Juli 2001.
- Nr. 39: Andreas Lange in Zusammenarbeit mit R. Herbrink, S. Bartsch, U. Bielez, B. Burkhard u. B. Gümüs: "So ein komischer 7-Tage-Dings-Da-Betrieb": Konzeptuelle und empirische Annäherungen an die Lebensführung von Jugendlichen. November 2001.
- Nr. 40: Kurt Lüscher: Widersprüchliche Mannigfaltigkeit – nachhaltige Leistungen. Ehe, Familie und Gesellschaft heute. Dezember 2002.

Kontakt: Dr. Frank Lettke

Universität Konstanz

Fach D 33

D-78457 Konstanz

Tel.: +49 (0)7531 88 2887

Fax: +49 (0) 7531 88 3038

Email: frank.lettke@uni-konstanz.de

Verschiedene Arbeitspapiere können von unserer homepage heruntergeladen werden: <http://www.uni-konstanz.de/FuF/SozWiss/fg-soz/ag-fam/famsoz-i.html>