

**Zur Psychodynamik und klinischen Bedeutung
von Geschwistererfahrungen -
hat die Geschwisterdynamik einen Einfluss
auf seelische Erkrankungen?**

Ein Beitrag zur klinisch-psychoanalytischen Forschung
mit einem extra-klinisch-empirischen Teil

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades des Doktors der Philosophie

Dr. phil.

im Fach

Psychoanalytische Psychologie

des Fachbereichs Erziehungswissenschaft / Humanwissenschaft
der Universität Kassel

vorgelegt von

Dorothee Adam-Lauterbach

Tag der mündlichen Prüfung am 09. Mai 2012

Erstgutachter: Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber

Zweitgutachter: Prof. Dr. Andreas Hamburger

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren angewendet worden.

Berlin, den 20. Januar 2012

Inhalt

Einleitung	7
1 Empirische Geschwisterforschung.....	12
1.1 Die Bedeutung der Geburtenrangfolge in der Forschung.....	12
1.2 Studien zur Entwicklung und der Qualität von Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter	16
1.3 Empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Geschwisterbeziehung und psychischer Erkrankung	18
2 Psychoanalytische Konzepte zur Geschwisterdynamik.....	21
2.1 Zum Konzeptbegriff in der Psychoanalyse	21
2.2 Die Rolle der Geschwister bei Vertretern der klassischen Psychoanalyse.....	21
2.3 Neuere psychoanalytische Auffassungen zur Geschwisterbeziehung.....	30
3 Entwicklungspsychologie und Psychodynamik der Geschwisterbeziehung	32
3.1 Einleitung: Entwicklung und Erleben aus psychoanalytischer Sicht	32
3.2 Intrapsychische und interpersonelle Aspekte einer entwicklungspsychologischen Betrachtung des Aufwachsens mit Geschwistern.....	34
3.3 Frühe Affekt- und Wahrnehmungsentwicklung.....	36
3.3.1 Unterschiede zwischen Erstgeborenen bzw. Einzelkindern und später Geborenen im ersten Lebensjahr	37
3.3.2 Der Einfluss älterer Geschwister auf die frühe Entwicklung.....	41
3.4. Individuations- und Autonomieentwicklung.....	44
3.4.1 Der Einfluss der Geschwisterbeziehung auf die Bildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen	45
3.4.2 Einflüsse der Geburtsposition auf die Autonomie- und Individuationsentwicklung	49
3.5 Bindung und Mentalisierung unter Geschwistern	50
3.6 Aspekte der Geschwisterdynamik in der ödipalen Entwicklung.....	53
3.6.1 Präödipale Triangulierungsprozesse	54
3.6.2 Ödipale Triangulierung und ödipale Konflikte in Geschwisterbeziehungen	55
3.6.3 Zur Identitätsentwicklung als Schwester.....	57
3.6.4 Zur Rolle des Penisneides in Schwester-Bruder-Konstellationen.....	62

3.6.5	Die Entwicklung der Identität als Bruder.....	64
3.6.6	Die Rolle von Kastrationsängsten in Geschwisterbeziehungen.....	67
3.7	Identifikationsprozesse zwischen Geschwistern in der Latenz	69
3.8	Geschwisterdynamik in der Adoleszenz	72
3.8.1	Aspekte der Geschwisterposition und -konstellation in der Adoleszenz	76
3.9	Die Rolle der Sexualität in Geschwisterbeziehungen	80
3.10	Geschwisterdynamik im Erwachsenenalter.....	82
4	Klinische Aspekte persistierender Geschwisterkonflikte im Erwachsenenalter – Fragestellung der Arbeit.....	85
4.1	Die Entstehung von psychogenen Erkrankungen aus psychoanalytischer Sicht.....	85
4.2	Krankheitsmanifestation.....	87
4.3	Geschwisterkonflikte und psychische Erkrankung	88
4.3.1	Der Einfluss der Eltern	91
4.4	Fragestellung	95
5	Methodisches Vorgehen.....	97
5.1	Forschungsverständnis der Psychoanalyse.....	97
5.2	Methodik.....	99
5.2.1	Die Einzelfallstudie als wissenschaftliche Forschungsmethode in der Psychoanalyse	99
5.2.2	Methodisches Vorgehen bei der Erstellung eigener Einzelfallstudien.....	101
5.2.3	Empirischer Teil	103
5.2.4	Die Dokumentenanalyse als Methode zur Exploration der Geschwisterdynamik anhand von Krankenakten einer stationären psychotherapeutischen Einrichtung.....	104
5.3	Formulierung eines Beitrages zum psychoanalytischen Verständnis der Geschwisterdynamik	105
6	Qualitative Untersuchung	107
6.1	Einleitung: Die psychoanalytische Behandlungsmethode als Grundlage der Einzelfallstudien.....	107
6.2	Auswahl der Einzelfälle und Art der Darstellung	108
6.2.1	Einzelkind, Frau A.: „Ich bin dazu da, dass es meiner Mutter gut geht.“	109
6.2.2	Erstgeborene Schwester von fünf Geschwistern, Frau B.: „Ich hatte die alle fest im Griff!“	118
6.2.3	Erstgeborene von zwei Schwestern, Frau C.: „Ich fühlte mich ausgeschlossen und wollte doch nur dazu gehören!“	127

6.2.4	Erstgeborener Bruder einer Schwester, Herr D.: „Ich lerne meine Schwester jetzt erst kennen.“	137
6.2.5	Jüngste von zwei Schwestern, Frau E.: „Nur wenn es meiner Schwester gut geht, habe ich das Gefühl, darf ich leben!“	144
6.2.6	Jüngster von drei Brüdern, Herr F.: „Für mich war es der Joker, dass ich der Kleine war!“	154
6.2.7	Zwillingsschwester, Frau G.: „Ich betete, dass ich nicht größer werde als mein Bruder!“	163
6.2.8	Mittlere Schwester mit zwei Brüdern, Frau H.: „Ich bin geschlechtsspezifisch erzogen!“	173
7	Extra-klinisch-empirischer Teil: Aktenanalysen	182
7.1	Stichprobenauswahl und Auswahl der Daten	182
7.1.1	ICD-10 Diagnosen	183
7.1.2	Psychoanalytisch orientierte Diagnostik – OPD	186
7.1.3	Erhebung psychodynamischer Geschwisterkonflikte	188
7.2	Zielvorstellungen der Studie	192
7.3	Darstellung der Ergebnisse	192
7.3.1	Allgemeine Daten	192
7.3.2	Psychogene Störungen nach ICD-10	196
7.3.3	Psychodynamische Konflikte nach OPD	201
7.3.4	Psychodynamische Konflikte	207
7.4	Zusammenfassung	219
8	Diskussion und Ausblick	223
8.1	Weitergehende konzeptuelle Überlegungen zum psychoanalytischen Verständnis der Geschwisterbeziehung und ihrer pathologischen Entwicklungen	223
8.2	Schluss: Kritische Einschätzung der vorliegenden Studie und Implikationen für weitere Forschung	231
	Literatur	234
	Anhang	244

Einleitung

Auch wenn gemeinhin angenommen wird, dass das Aufwachsen mit Geschwistern heute aufgrund des Geburtenrückgangs kaum noch eine Rolle spielt, so wachsen 75 % der Kinder immer noch mit Geschwistern auf. Der Geburtenrückgang ist vor allem auf die Paare zurückzuführen ist, die überhaupt keine Kinder mehr haben möchten (Mikrozensus 2010). Immerhin sind 40 Prozent der in Deutschland aufwachsenden Kinder Erstgeborene und Einzelkinder, 30 Prozent wachsen als Zweitgeborene, 15 bis 16 Prozent sind drittgeborene Kinder (Kasten 2009).

In den letzten Jahren ist ein wachsendes Interesse an der Untersuchung von Geschwisterbeziehungen sowohl in Forschung als auch in populärwissenschaftlichen Publikationen zu verzeichnen. Für die psychoanalytische Geschwisterforschung kamen wichtige Impulse aus den USA Ende der 80er Jahre. So weisen Agger (1988), Parens (1988), Graham (1988), Volkan und Ast (1997) auf die bedeutende Rolle persistierender Geschwisterkonflikte in der Psychopathologie erwachsener Patienten hin.

Die Literatur zu dieser Thematik basiert überwiegend auf Einzelfallstudien, die die psychoanalytische Betrachtung der Geschwisterbeziehung auch im deutschsprachigen Raum erweitert haben (Diepold 1988; Cierpka 1992; Wellendorf 1995; Lehmkuhl 1995; Hirsch 1999; Sohni 1999; Mitchell 2001, 2003; Adam-Lauterbach 2007; Heenen-Wolff 2008).

Klinische Erfahrungen legen die Vermutung zwar nahe, dass Geschwisterkonflikte auch im Erwachsenenalter wirksam sind und psychopathologische Auswirkungen haben können, psychoanalytisch orientierte quantitative empirische Studien der klinischen Bedeutung der Geschwisterdynamik und ihre Wirkungen im Erwachsenenalter gibt es bislang nicht. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zur klinisch-psychoanalytischen Forschung und fokussiert auf dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorie Geschwistererfahrungen in ihrem möglichen Einfluss auf psychische Störungen.

Aufgrund der Vielfältigkeit von Geschwisterbeziehungen, die in Bezug auf ihr Geschlecht, auf Altersabstände und Anzahl der Geschwister sehr variieren können, beziehe ich mich für die Studie unter Einbeziehung geschlechtsspezifischer Merkmale auf die Geschwisterkonstellation und auf die Variable der Geschwisterposition. Die Geschwisterposition eignet sich deshalb für die Erkundung klinischer Aspekte verinnerlichter Geschwistererfahrungen, weil sie ein universales strukturelles Merkmal ist, das jede Geschwisterbeziehung kennzeichnet und

eine standardisierte Darstellung der Forschungsergebnisse erlaubt (Kasten 1999, 23; Zukow 1989).

Die Variable Geschwisterposition soll hier aber nicht strukturell, sondern vor allem psychodynamisch erfasst werden. Psychodynamik wird als das Zusammenspiel von bewussten und unbewussten Beziehungsmustern, Konfliktkonstellationen und strukturellen Bedingungen eines Menschen verstanden, die das Erleben, das Verhalten und die Art seiner Beziehungsgestaltung bestimmen (Mertens 2004; Ermann 2007).

Aus diesem Grund sollte die Geschwisterposition meines Erachtens nicht unabhängig von der durch die Geschlechtszugehörigkeit bestimmten Geschwisterkonstellation verstanden werden. So macht es z.B. aus psychoanalytischer Sicht einen Unterschied, ob die ödipale Phase des Mädchens durch einen älteren Bruder, der dann als ödipales Objekt fungieren kann oder durch einen jüngeren Bruder, der für das Mädchen ein Babymodell darstellen könnte, durchlaufen wird. Dieses Beispiel zeigt exemplarisch, dass die Psychoanalyse, die, wie kaum eine andere Theorie, für das Verständnis von Beziehungen und menschlichen Handelns einen theoretischen Bezugsrahmen liefert, geeignet ist, die Frage der Geschwisterdynamik in seiner Tiefendimension theoretisch zu erfassen. Aufgrund einer fehlenden Theorie der Geschwisterbeziehung ist die Einbeziehung verschiedener psychoanalytischer Bezugssysteme unabdingbar, um psychodynamische Aspekte der Geschwisterbindung ableiten zu können.

Die lebenslange Bedeutung der Geschwistererfahrung für die psychosexuelle Entwicklung in ihren spezifischen Entwicklungsaufgaben und -konflikten wird in der vorliegenden Arbeit vor dem Hintergrund der Objektbeziehungs- und Selbstpsychologie, der Intersubjektivitätstheorie und unter Einbeziehung von Studien aus der empirischen Säuglings- und Entwicklungspsychologie theoretisch erfasst. In Einzelfallstudien aus der eigenen Praxis der Verfasserin als auch in einer extraklinisch-empirischen Erhebung von Akten stationärer Psychotherapiepatienten werden klinische Aspekte von Geschwistereinflüssen auf dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen beschrieben. Letztendlich verfolgt die Arbeit damit das Ziel, psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen durch die Einbeziehung der Geschwisterebene effizienter gestalten zu können.

In Kapitel 1 der Arbeit wird zunächst der Stand der empirischen Geschwisterforschung dargestellt. Stand in den 60er und 70er Jahren die Birth-Order Forschung im Vordergrund, also die Erforschung der Geburtsfolge als Ursache von zu verallgemeinernden Charakterzügen der Persönlichkeitsentwicklung, so lässt sich seit den 80er Jahren eine Neuorientierung in der

Geschwisterforschung verzeichnen. Auch Studien zu der Entwicklung von Geschwisterbeziehungen im Lebensverlauf rückten in den letzten Jahren in den Vordergrund (Cicirelli 1995). Diese Untersuchungen weisen die große Bedeutung nach, die Geschwisterbeziehungen auch im Erwachsenenalter haben. Dabei zeigt sich, dass trotz der relativen Bedeutungslosigkeit der Birth-Order Forschung, das Beibehalten struktureller Variablen wie Geschwisterposition und –konstellation zur Untersuchung von Geschwisterbeziehungen durchaus noch relevant ist, was den methodischen Zugang der Arbeit, nämlich eine entwicklungspsychologische und psychodynamische Perspektive dieser Variablen zu verfolgen, rechtfertigt.

Da der theoretische Bezugsrahmen psychoanalytisch orientiert ist, soll im Kapitel 2 der Beitrag der Psychoanalyse zur Geschwisterdynamik dargestellt werden. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche Konzepte innerhalb des pluralistischen Wissenschaftsverständnisses der Psychoanalyse (Leuzinger-Bohleber 2007; Deserno & Hau 2004) vorliegen, die sich mit dem Einfluss der Geschwistererfahrung beschäftigen. Hier wird eine historisch orientierte Sichtweise der Konzeptentwicklung verfolgt. Ausgehend von den Arbeiten Sigmund Freuds werden die Ausführungen von Anna Freud und Alfred Adler zur Psychoanalyse der Geschwisterbeziehung dargestellt.

In der nachfolgend psychoanalytischen Theoriebildung spielt die Bedeutung der Geschwister durch den Einfluss der Objektbeziehungstheorie und der Ichpsychologie mit der starken Fokussierung auf die Mutter-Kind-Beziehung kaum noch eine Rolle. Es zeigt sich, dass erst im Laufe der Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theorie auch der Geschwisterdynamik einen zunehmend von den Eltern unabhängigen Einfluss zugesprochen wird. (Sharpe & Rosenblatt, 1994; Volkan & Ast 1997; Lehmkuhl & Lehmkuhl 1995; Mitchell 2001, 2003; Adam-Lauterbach 2007; Heenen-Wolf 2008).

In Kapitel 3 werden entwicklungspsychologische Überlegungen bezüglich der Geschwistererfahrung dargestellt. Dabei interessiert vor allem die Frage, welche psychodynamischen Konflikte aus der Geschwisterbeziehung für die intrapsychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu vermuten sind. Dazu werden entwicklungspsychologische Aspekte und psychoanalytische Befunde aus direkten Kinderbeobachtungen, als auch empirische Untersuchungen, Einzelfallstudien und Katamnesen dargestellt und anhand eigener Überlegungen auf das psychoanalytische Entwicklungsmodell übertragen. Die weibliche und männliche Entwicklung werden aus ihrer jeweiligen Geschwisterposition verfolgt. Dieses metaanalytische

Vorgehen ist durch den Pluralismus der Psychoanalyse gerechtfertigt (Leuzinger-Bohleber 2007).

In Kapitel 4 wird die klinische Fragestellung der Arbeit entwickelt. Die vorangegangene theoretische Auseinandersetzung zielt darauf ab, die maßgebliche Bedeutung von Bindung und psychischer Differenzierung in der psychosexuellen Entwicklung des Kindes nicht nur in Hinsicht auf die Eltern, sondern auch hinsichtlich der Geschwisterbeziehung herauszustellen. Da psychische Erkrankungen aus psychoanalytischer Sicht als Aktualisierung unbewusster Konflikte bzw. als Folge struktureller Defizite verstanden werden, müssten Geschwisterkonflikte neben Konflikten und Defiziten, die aus der Beziehung zu den Eltern resultieren, auch einen Einfluss auf psychische Störungen im Erwachsenenalter haben. Im Mittelpunkt der Arbeit steht deshalb die Frage, ob bei psychogenen Störungen Geschwistererfahrungen klinische Relevanz haben und wenn ja, wie sich die in der Kindheit erlebte Geschwisterposition und -konstellation psychodynamisch im Erwachsenenalter auswirken können.

Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Methodik werden in Kapitel 5 herangezogen. Die Verbindung von klinischer Forschung und deren Ergänzung durch einen extraklinisch-empirischen Teil versucht dem modernen Wissenschaftsverständnis der Psychoanalyse insofern zu entsprechen, als das über den Einzelfall hinaus gegangen wird (Leuzinger-Bohleber 1995, 2007).

In Kapitel 6 illustrieren acht Einzelfälle aus psychoanalytischen Behandlungen erwachsener Psychotherapiepatienten die langandauernden Effekte konfliktbesetzter Geschwistererfahrungen. Im Anschluss daran werden in Kapitel 7 die Ergebnisse einer explorativen Pilotstudie von 215 Patientenbehandlungen aus einer psychosomatischen Klinik vorgestellt.

Ziel der Arbeit ist es dazu beizutragen, das psychoanalytische Verstehen von Geschwisterbeziehungen weiter zu konzeptualisieren und für die klinische Praxis nutzbar zu machen. Diskussion und Ausblick auf weitere Forschungsfragen stellen den Schluss in Kapitel 8 dar.

Ich möchte an dieser Stelle dem ehemaligen Leiter der Psychosomatischen Klinik im Theodor-Wenzel-Werk Berlin, Herrn Dr. W. Keller, danken, der mir die Akten zur Verfügung gestellt hat und ohne dessen Unterstützung die Studie nicht durchgeführt hätte werden können. Frau Mirijam Ströing hat dankenswerter Weise bei der statistischen Aufbereitung der Daten

geholfen. Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Ellen Bittersmann für die redaktionelle Arbeit.

Das Aufwachsen mit meiner Schwester und die Begleitung der Entwicklung der Geschwisterbeziehung meiner Söhne haben mir die wichtige Bedeutung der Geschwisterbeziehung nahe gebracht. Darüber hinaus möchte ich meinen Patienten danken, die mir einen vertieften Einblick in die Komplexität und Vielfältigkeit ihrer Geschwistererfahrungen gewährten.

Ganz besonderen Dank gilt meinem Mann, der mit viel Geduld und Ermutigung die Arbeit begleitet hat.

1 Empirische Geschwisterforschung

1.1 Die Bedeutung der Geburtenrangfolge in der Forschung

Die Fragestellungen der großen Anzahl empirischer Untersuchungen zu Geschwistervariablen lassen sich grob in biologisch-physiologische, soziale, psychologische und persönlichkeitsbezogene Untersuchungen und in solche, die psychische und psychiatrische Auffälligkeiten verfolgen, unterteilen.

Seit dem späten 19. Jahrhundert beschäftigt die Wissenschaft, ob die Geburtenrangfolge einen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung hat. Schon 1874 hat Sir Francis Galton, der Erfinder der Regressionsanalyse, Datenmaterial publiziert, das die Beziehung zwischen Geburtenfolge, Leistung und Errungenschaft zum Gegenstand hatte. Obwohl die Psychoanalyse Geschwistern wenig Beachtung geschenkt hat, so ist es dennoch der Psychoanalytiker Alfred Adler (1920 [2006]), der Anfang des 20. Jahrhunderts davon ausgegangen ist, dass die Stellung des Kindes in seiner Geschwisterreihe dazu beiträgt, bestimmte Charaktereigenschaften und Lebensstile zu entwickeln. Letztendlich blieben seine Überlegungen zwar unbewiesen, aber sie haben der empirischen Sozialforschung wichtige Anstöße gegeben.

In den 60er und 70er Jahren hat man in der empirischen Forschung den Geburtenrang in Bezug auf Unterschiede von Meinungen, Erfolg, Ausbildung, Kreativität, Berufswahl, Geschlechtsrollenidentität und Partnerwahl (Toman 1965), aber auch bezüglich psychiatrischer Probleme wie z.B. Schizophrenie und Alkoholismus untersucht (Vockell, Felker & Miley 1973).

Ernst & Angst (1983) haben in einer Metaanalyse Forschungsarbeiten auf ihre Signifikanz überprüft, die sich mit der Frage beschäftigten, ob die Geburtenfolge und die Position innerhalb der Geschwisterreihe Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung haben oder nicht. Dazu haben sie 1000 Studien, die weltweit zwischen 1946 und 1980 veröffentlicht wurden, untersucht. Die meisten Untersuchungen halten der kritischen statistischen Überprüfung jedoch nicht stand. Die Autoren sehen sich mit widersprüchlichen Untersuchungsergebnissen konfrontiert. Schon allein, weil es mehr Erstgeborene (inklusive Einzelkinder) gibt, kommt es zu Stichprobenfehlern, die zu systematischen Auswertungsfehlern führen. Die „*Greenwood-Yule-Korrektur*“ (Rompel 1962) ist eine statistische Methode, die die Anzahl der Merkmals-träger gewichtet, indem sie sie durch die Familiengröße dividiert (Ernst & Angst 1983, 4). Aber auch darin besteht eine Fehlerquelle, da man von der Annahme ausgeht, dass die Ge-

birthspositionen in Stichproben aus Familien gleicher Größe stabil sind. Schwankungen der Fertilität werden z.B. nicht berücksichtigt. Die zweifelhafte Annahme einer stabilen Fertilität ist als Voraussetzung der Greenwood-Korrektur von daher wissenschaftlich angreifbar. Die Autoren fordern, dass theoretische Verbindungen zwischen dem Indizierten und der abhängigen Variable hergestellt werden müssen, ansonsten käme es zu einer Vermischung von Ursache und Wirkung (Ernst & Angst, a.a.O.). Bei den Forschungsbemühungen handelt es sich in der Regel um Querschnittsuntersuchungen, die nichts über die Weiterentwicklung und Dynamik der Geschwisterkonstellation aussagen. Aspekte der Eltern-Kind-Interaktionen werden mit Eigenschaften des Kindes vermengt, die als Folge von Interaktionen zu verstehen sind und nicht als Folge der Geburtsposition.

Trotz der vom wissenschaftlichen Standpunkt her kontroversen und methodisch strittigen Birth- Order Forschung ist bemerkenswert, dass sich auch die kulturvergleichende Geschwisterforschung an dem Kriterium des Geburtsrangplatzes orientiert. Alter bzw. Altersabstand, Geschlecht und Geschlechtskombinationen innerhalb der Geschwisterreihe werden als Universalien bezeichnet (Zukow 1989). In vielen Kulturen spielen Geburtsrangplatzunterschiede in der sozialen Stellung des Kindes eine große Rolle. Es ist aber nicht immer die Position des Erstgeborenen, die mit besonderen Privilegien und Sonderrechten ausgestattet ist. Im schweizerischen Emmental ist z.B. das Erbrecht für den Hof dem letztgeborenen Sohn vorbehalten (Marschall 2000). Oft spielt aber auch die Geschlechtszugehörigkeit eine größere Rolle in den Verwandtschaftsbeziehungen als die Geburtsposition (Kasten 1999). Marschall kommt zu dem Schluss:

„ (...) , dass es keine `natürliche` Beziehung zwischen Geschwistern gibt, sondern, dass diese durch Muster der gesellschaftlichen Organisation vorgegeben und durch Rechtsprechung, Sanktionen, Mythen und Traditionalismus als natürlich dargestellt und aufrecht erhalten werden.“ (Marschall 2000, 38)

Eine groß angelegte Längsschnittuntersuchung legt der Historiker Sulloway 1990 (dt. 2000) mit seinem Buch „*Rebell der Familie*“ vor. Sulloway zielt darauf ab, die Überlegungen Adlers empirisch zu überprüfen und bringt sie in einen sozialdarwinistischen Zusammenhang. Er geht davon aus, dass Geschwister um die Anerkennung und Zuwendung der Eltern kämpfen und sich Nischen innerhalb der Familie suchen, in denen sie sich entfalten und entwickeln können. Anhand der Untersuchung von 6000 Lebensläufen, angefangen von der protestantischen Reformation bis heute, versucht er unter Beweis zu stellen, dass die jüngsten Geschwis-

terkinder Geschichte machen, indem sie durch unkonventionelle Ideen und Risikobereitschaft Revolutionen initiieren und naturwissenschaftliche Entwicklungen vorantreiben. Während sich die Erstgeborenen an den Eltern und an eher konservativen Vorstellungen orientieren, suchen sich, so seine These, die Spätgeborenen eine Nische, in der die Älteren sich noch nicht hervor getan haben. Aber auch Sulloways Arbeit werden statistische Mängel und falsche mathematische Berechnungen nachgewiesen (Townsend 1997).

Die Variable der Geschwisterposition ist im Verlauf der Entwicklung der Geschwisterforschung differenzierter betrachtet worden und kann nicht zuletzt durch die Entwicklung differenzierter empirischer Forschungsmethoden anders erfasst werden. Seit den 80er Jahren ist eine gewisse Neuorientierung in der Geschwisterforschung zu verzeichnen. Es kam zu einer Anzahl von Untersuchungen, die nicht mehr Effekte einfacher struktureller Variablen wie Geburtsrang oder Geschwisterzahl untersuchten, sondern sich mit dahinter liegenden Prozessen und Wechselwirkungen beschäftigten (Lamb & Sutton-Smith 1982). So ist der Einfluss der älteren auf die jüngeren Geschwister wesentlich größer ist als andersherum (Kasten 1999; Sutton-Smith 1982). Psychologische Tests zeigen, dass Erstgeborene überwiegend von den Eltern, jüngere Kinder hingegen von den Geschwistern lernen (Moore & Cox 1990).

Von Interesse sind dabei auch die elterlichen Wahrnehmungen und Zuschreibungen den Kindern gegenüber. Hier zeigt sich, dass Positions- und Statuseffekte von Geschwistern auf elterliche Haltungen und Attribuierungen zurückzuführen sind. Musun-Miller stellt in einer Untersuchung fest, dass Erstgeborene von den Eltern positiver wahrgenommen werden als Zweit- und Drittgeborene:

„Parents of more than one child tend to describe their firstborn children more positively than their lastborn children and more positively than do the parents of only children.“ (Musun-Miller 1993, 195)

Trotz ähnlicher Erziehungsstile fühlen sich Kinder demnach häufig im Vergleich zu den Geschwistern von ihren Eltern ungleich behandelt. Auch Zervas & Sherman (1994) haben in diesem Zusammenhang in einer Studie von 91 männlichen und weiblichen Studenten herausgefunden, dass die Probanden überzeugt sind, dass ihre Eltern ein Kind in der Familie bevorzugt hätten. Von Interesse ist, dass die Geburtspositionen und das Geschlecht ausschlaggebender sind als Fähigkeiten oder Charaktereigenschaften. Probanden, die sich als zurückgesetzt wahrnehmen, leiden stärker unter Selbstwertproblemen, Depressionen und Ängsten als diejenigen, die sich von einem oder beiden Elternteilen bevorzugt fühlen.

Der Zusammenhang zwischen elterlichem Feedback und Geschwisterposition ist ebenfalls Gegenstand in der Geschwisterforschung geworden. Hier wird in der Literatur häufig auf eine Untersuchung von Claxton (1994) hingewiesen. Er zeigt in einer Studie von 152 Studenten auf, dass Erstgeborene stärker Prozessfeedback in der Kindheit bekamen, während jüngeren mehr Outcome feedback zuteil geworden ist. Letztgeborene bekommen am wenigsten Feedback. Auch wenn in dem vorliegenden Rahmen auf die damit verbundene psychologische Theorie des Feedbacks nicht näher eingegangen werden kann, so bleibt festzuhalten, dass die Art, wie Eltern auf Kinder reagieren, durch deren Geburtsrang beeinflusst ist und sich dadurch Effekte der Geburtsposition erklären lassen:

„One resulting implication is that aspects of parental feedback may contribute to birth order-based differences in achievement among siblings. Last born respondents reported receiving significantly less process feedback and less outcome feedback from parents than did firstborn or middle born respondents.“ (Claxton 1994, 482)

Die Erforschung von Geschwisterkonstellationen zeigt ebenfalls übereinstimmende Ergebnisse (Kasten 1999, 64). In einem Rating, in dem das Verhalten von sechsjährigen Kindern als typisch männliche bzw. weibliche Stereotypen klassifiziert werden, ist deutlich geworden, dass Zweitgeborene aus gleichgeschlechtlichen Geschwisterdyaden deutlich stärker mit ihrer männlichen bzw. weiblichen Geschlechtsrollenidentität identifiziert sind als Geschwister, die in gegengeschlechtlichen, dyadischen Konstellationen aufwachsen (Sutton-Smith 1982, 158f).

Im deutschsprachigen Raum liegen Untersuchungen vor, die die Bedeutung des Geburtsranges in Bezug auf die Machtverteilung zwischen Geschwistern herausstellen:

„Auch die Machtverteilung zwischen Geschwistern muss abhängig von den Variablen Alter und Geschlecht gesehen werden, denn jüngere Mädchen ordnen sich älteren Geschwistern eher unter als Jungen.“ (Onnen-Isemann & Rösch 2005, 8)

Aber auch diese Unterschiede können wiederum nicht unabhängig vom Einfluss der Eltern gesehen werden kann (Seiffge-Krenke 2000, 179f). Die Einbeziehung des Beitrags der Eltern in der Betrachtung der Geschwisterposition hat die von Ernst & Angst (1983) formulierte Kritik an der quantitativen Birth-Order Forschung zwar relativiert, unterstreicht aber umso mehr, dass Aussagen über den Zusammenhang der Entwicklung eines Kindes und seiner Stellung in

einer Geschwisterreihe mit Hilfe statistischer Methoden kaum zu erfassen sind (Lempp 2000, 228)¹.

1.2 Studien zur Entwicklung und der Qualität von Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter

Die Erforschung der Geschwisterbeziehung im Erwachsenenalter hat relativ spät begonnen (Troll 1993). Erst eine veränderte und differenzierte Blickweise auf die Geschwisterbeziehung und die Entwicklung neuer Forschungsmethoden haben dazu geführt, dass die Qualität dieser Beziehung auch in ihrer lebenslangen Bedeutung in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt ist (Cicirelli 1995; Klagsbrunn 1993; Onnen-Isemann & Rösch 2005). Dabei handelt es sich um z.B. um retrospektive Erhebungen in Form von Befragungen (Klagsbrunn 1993). Cicirelli (1995) hat empirische Ergebnisse von Querschnitts- und Längsschnitterhebungen der Geschwisterbeziehungen in verschiedenen Lebensphasen zusammen getragen und weist so die große Bedeutung nach, die die Geschwister auch im Erwachsenenalter haben. Von Interesse sind dabei Veränderungen in Bezug auf die Beziehungsqualität. Auch hier fällt auf, dass die Autoren Fragen des Geburtsranges und der durch das Geschlecht bestimmten Variable der Geschwisterkonstellation als Differenzierungskriterien einbeziehen.

Cicirelli (1995) sieht strukturelle Geschwistervariablen als organisatorischen Rahmen, d.h. nicht als Ursache, sondern als Voraussetzung für das Wirken von Faktoren. Die Stellung innerhalb der Geburtsrangfolge hat den Untersuchungen zufolge zwar keinen eindeutig kausal-linearen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung, aber sie prägt vermutlich im Zusammenspiel mit anderen Faktoren die Geschwisterbeziehung.

„However, sibling structure should be looked upon as an organizational framework, as age is for developmental psychology. Sibling structure is not a cause but a condition that sets the conditions within which other causal factors operate.“ (Cicirelli 1995, 47).

Die ersten Instrumente zur Erhebung quantitativer Daten über Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter wurden 1997/2000 mit dem „*Adult Sibling Relationship Questionnaire*“ (ASRQ) (Stocker et al. 1997) entwickelt. Für Stocker, Fuman & Lanther stellte sich die Frage,

¹ Auf die methodischen Probleme der Geschwisterforschung wird in Kap. 5.2.3.1 noch einmal eingegangen.

ob die Beziehungsdimensionen „*Konflikt*“, „*Rivalität*“, „*Nähe*“, „*Akzeptanz*“, „*Wärme*“ und „*Zuneigung*“ auch für Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter gültig seien. Weitere Fragen wie Einfluss auf das andere Geschwister und der relative Status zwischen einzelnen Geschwistern fließen ebenfalls in die Entwicklung des Geschwisterbeziehungsfragebogens ASRQ ein.

Heyeres (2006) hat dies für den deutschsprachigen Raum nutzbar gemacht und untersuchte die Qualität erwachsener Geschwisterbeziehungen bei 388 befragten Probanden. Er kann keinen Einfluss der Familiengröße und des Geburtsranges der Geschwister auf das Erleben von „*Wärme*“, „*Konflikt*“ oder „*Rivalität*“ in Geschwisterbeziehungen des Erwachsenenalters nachweisen. Unterschiede ergeben sich aber in Bezug auf Altersunterschiede. Ähnlich wie im Kindesalter (Kasten 2009) scheinen auch erwachsene Geschwisterbeziehungen mit einem hohen Altersabstand von über drei Jahren weniger konfliktanfällig zu sein als Beziehungen von Geschwistern mit einem geringen Altersabstand (Lempp 2000). Geschwister mit geringer Kontakthäufigkeit haben signifikant weniger Werte für „*Wärme*“. Auch zeigt sich eine signifikant größere Ausprägung von „*Rivalität*“ bei Probanden, die keinen Kontakt zu ihren Geschwistern haben, als bei denen, die wenig, mäßig oder oft Kontakt zu ihren Geschwistern pflegen (Heyeres 2006, 221). Diese Ergebnisse decken sich mit der o.g. amerikanischen Studie von Stocker, Furman & Lanther (1997), wonach die Qualität der Geschwisterbeziehung vor allem von der Häufigkeit der Kontakte abhängt. Probanden, die in räumlicher Nähe zueinander wohnen, berichten über eine stärkere Ausprägung von Konflikten als Probanden, die räumlich weit voneinander entfernt sind (vgl. dazu auch Cicirelli 1995, 96). Während bei Geschwistern mit geringer Kontakthäufigkeit weniger Wärme und eine größere Ausprägung bei Rivalität nachzuweisen sind (Heyeres 2006, 221).

Hinsichtlich der Variable Geschwisterkonstellation zeigen sich zum Teil Übereinstimmungen mit Ergebnissen der oben beschriebenen Längsschnittstudie von Geschwisterbeziehungen im Lebensverlauf von Cicirelli (1995). Brüder erleben im Erwachsenenalter weniger Wärme in ihren Beziehungen als Schwesternpaare. Gemischtgeschlechtliche Geschwisterpaare haben weniger Konflikte, Brüderpaare mehr Rivalität (Cicirelli 1995, 55f).

Die Variablen zur Erfassung der Qualität der Geschwisterbeziehung bewegen sich in den Dimensionen von Nähe, Distanz, Konflikte und Rivalität. Auch Kasten (2009) benennt Nähe und Rivalität als übergreifendes Konstrukt in der Geschwisterforschung. Für den vorliegenden Forschungszusammenhang sind diese Studien von daher von Interesse als dass sie zeigen,

dass Geschwistereinflüsse langandauernde Effekte haben und auch im Erwachsenenalter nachweisbar sind.

1.3 Empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Geschwisterbeziehung und psychischer Erkrankung

Aufgrund des klinischen Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit sollen im Folgenden klinische Ansätze in der empirischen Geschwisterforschung dargestellt werden. Zwar ist die Beziehung zwischen Psychopathologie und Geburtsposition relativ gut erforscht, aber aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse werden hier nur einige Studien vorgestellt.

Erstgeborene scheinen häufiger psychische Probleme in der Kindheit und eine größere Anfälligkeit gegenüber Stress zu haben. Sie werden öfter in psychiatrischen und klinischen Einrichtungen vorgestellt, was aber wohl damit zu tun hat, dass Eltern sich um älteste Kinder stärker sorgen und sie eher pathologisieren, was Skinner (1997) mit Hilfe von Persönlichkeitstests und Fragebögen erhoben hat.

Eine Befragung unter College Studenten im Alter zwischen 18 und 25 Jahren bringt den Nachweis, dass jüngere Geschwister eher depressiv erkranken, weniger Selbstwertgefühl haben und mehr Ängste zu entwickeln als ältere (Gates, Lineberger, Crockett & Hubbard 1988). Auf der anderen Seite gibt es bislang keine nachweisbaren Zusammenhänge zwischen einer depressiven Erkrankung und der Geschwisterposition. In einigen Studien zeigt sich aber hinsichtlich von Alkohol- und psychiatrischen Erkrankungen die Tendenz, dass Erstgeborene und mittlere Geschwister hier oftmals überrepräsentiert sind. In kleinen Geschwistergruppen überwiegen oftmals neurotische Erkrankungen (Ernst & Angst 1983, 211).

Erstgeborene werden häufiger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig (Ernst & Angst 1983, 237f). Meiners (1978 zit. nach Zimmermann 2002) kommt in einer Untersuchung von über 1000 Patienten einer psychosomatischen Abteilung zu dem Ergebnis, dass Kinder mit mehreren Geschwistern häufiger in stationärer Behandlung sind als Einzelkinder oder Kinder mit einem Geschwisterkind.

Tölle (1982) untersucht ebenfalls den Zusammenhang zwischen Geschwisterposition und psychischer Erkrankung und findet überdurchschnittlich viel mittlere und vorletzte Geborene unter an Neurosen und Schizophrenie erkrankten Patienten.

Langemeyer (1987) postuliert, dass die Geburtsposition letztendlich wenig mit neurotischer Belastung zu tun habe, aber die Art und Weise, wie Personen auf psychische und soziale Belastungen reagieren, weise eine Korrelation mit dem Rangplatz in der Geschwisterreihe auf. So würden Erstgeborene eher zu schizoiden, jüngste Geschwister eher zu depressiven Strukturen neigen.

Geschwister von behinderten und kranken Kindern weisen ein größeres Risiko auf, psychisch zu erkranken (Bischoff & Tingstrom 1991, Seiffge-Krenke 2000). Besonders traumatisierend ist der Tod eines Geschwisterkindes (Bank & Kahn 1994, 219ff, Hirsch 1999b).²

In Bezug auf Gewalt und Missbrauch gibt es Untersuchungen, die aufzeigen, dass in erwachsenen Geschwisterbeziehungen ein hohes Gewaltpotential vorherrschen kann, was häufig unterschätzt und tabuisiert wird (Cicirelli 1995, 158f).

Ernst & Angst (1983) haben auch Studien in Bezug auf den Zusammenhang zwischen psychischen und psychiatrischen Erkrankungen und Geschwisterposition in ihre Metaanalyse einbezogen. Trotz ihrer Kritik an der Birth-Order Forschung postulieren die Autoren, dass die Einflüsse der Geschwisterposition dennoch nicht irrelevant sein, aber letztendlich käme es auf eine individuelle Betrachtung dieser Fragestellung an:

„It seems increasingly important to consider the interaction of each individual person with his or her individual environment.“ (Ernst & Angst 1983, 242)

In den mir bekannten Studien gibt es kaum psychodynamisches und biographisches Verständnis zur Geschwisterkonstellation und ein Missverhältnis zwischen der Inadäquatheit des methodischen Ansatzes zur Geschwisterpositionsforchung im Verhältnis zur hermeneutischen Methode des Kliniklers. In diesem Zusammenhang schreibt Berger:

„Vielmehr eröffnet die fallorientierte Aufmerksamkeit für diese Thematik wichtige psychodynamische Einsichten und klinische Bearbeitungsmöglichkeiten, sowohl individual- wie familiendiagnostisch gesehen, weil Geschwisterbeziehungen zu den „Universalien“ der Biographie von Eltern und Kindern.“ (Berger 1985, 125)

Im klinischen Bereich findet die Erforschung der Qualität der Geschwisterbeziehung zunehmend Eingang. So hat Lackner-Seifert (2005) in einer klinischen Studie nachgewiesen, dass

² Auf diese Aspekte wird ausführlicher in Kap. 4 eingegangen

anorektische Patientinnen eine höhere emotionale Nähe in der Geschwisterbeziehung erleben als die Vergleichsgruppe der an Bulimie erkrankter Patienten. Einflüsse von Geschwistervariablen auf Essstörungen sind in den letzten Jahren für die Forschung von Interesse (Kilius 2002; Zimmermann 2002).

Zusammenfassend kann formuliert werden, dass die Entwicklung der empirischen Geschwisterforschung seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts von der Untersuchung von strukturellen Variablen hin zu Fragen der Beziehungsqualität gelangt ist. Die Regulierung von Nähe in Beziehungen, das Vorhandensein von Konflikten, wie z.B. Rivalität und die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte weisen auf die schon von Ernst & Angst (1983) formulierte Notwendigkeit hin, stärker theoriegeleitet zu forschen und die Beziehungsdynamik und nicht Persönlichkeitseigenschaften in den Vordergrund zu stellen.

Da die Psychoanalyse für das Verständnis von Beziehungen und menschlichen Handelns einen theoretischen Bezugsrahmen liefert, ist sie geeignet, die Frage der Geschwisterdynamik in ihrer Tiefendimension theoretisch zu erfassen. Von daher wird in dieser Arbeit auf der Grundlage der psychoanalytischen Theorie ein klinisch-psychoanalytisches Vorgehen entwickelt, das den Einfluss der Geschwisterbeziehung auf psychische Störungen illustrieren soll.

2 Psychoanalytische Konzepte zur Geschwisterdynamik

2.1 Zum Konzeptbegriff in der Psychoanalyse

In der Psychoanalyse gibt es keine Theorie der Geschwisterbeziehung. Der Großteil klinischer Einzelfallstudien, die psychodynamischen Aspekten der Geschwisterbeziehung nachgehen, erlaubt diesbezüglich jedoch von Konzeptualisierungsversuchen zu sprechen. Psychoanalytische Konzepte sind sprachliche Mittel, um empirische Phänomene, insbesondere auch klinische Beobachtungen aus psychoanalytischen Behandlungen theoretisch zu erfassen (Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006; Dreher 2004). Bei der Konzeptforschung geht es um die systematische Erforschung der Bedeutungen, der Verwendungen und Veränderungen psychoanalytischer Konzepte in Theorie und Praxis (Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006). Nach Dreher (2004) sollte jede Überprüfung eines psychoanalytischen Begriffs oder einer psychoanalytischen Hypothese zunächst historisch getätigt werden. Auch Perron (2004,78) hebt hervor, dass man damit beginnen müsse, so exakt wie möglich deren Ursprünge, Entstehung und Dauer wiederzugeben.

Aus diesem Grund möchte ich den Beitrag der Psychoanalyse zur Geschwisterdynamik zunächst aus historischer Perspektive darstellen. Im Anschluss daran werden neuere psychoanalytische Perspektiven der Geschwisterbeziehung beschrieben, die sich erst in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, nicht zuletzt durch die lange Fokussierung der Psychoanalyse auf die dyadische Mutter-Kind-Beziehung in der Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie entwickeln konnten (Rohde-Dachser 1992, 205f).

2.2 Die Rolle der Geschwister bei Vertretern der klassischen Psychoanalyse

In den Konzepten der Geschwisterbeziehungen in der klassischen Psychoanalyse kommen Ausführungen Sigmunds Freuds, Alfred Adlers und Anna Freuds zum Tragen, dabei werden im Sinne der Konzeptforschung bei der Darstellung ihrer Theorien auch biographische Einflüsse benannt.

Sigmund Freud

Freud hat der Geschwisterbeziehung keine eigene Arbeit gewidmet, aber das Thema taucht in seinen Schriften immer wieder auf. Hinweise zu Geschwisterkonflikten finden sich in den Krankengeschichten, in den Traumanalysen sowie in seinen Ausführungen zu Kunst und

Literatur, z.B. im „*Motiv zur Kästchenwahl*“ (1913) oder in „*Eine Kindheitserinnerung aus Dichtung und Wahrheit*“ (1917). In der „*Psychologie des Gymnasiasten*“ (1914) betont er, dass die Geschwisterbeziehung ebenso wie die Elternbeziehung verantwortlich dafür sei, welche sozialen Beziehungen später im Leben aufgebaut werden:

„Die Personen, an welche er sich in solcher Weise fixiert, sind seine Eltern und Geschwister. Alle Menschen, die er später kennenlernt, werden ihm zu Ersatzpersonen dieser ersten Gefühlsubjekte (...) und ordnen sich für ihn in Reihen an, die von den „Imagines“, wie wir sagen, des Vaters, der Mutter, der Geschwister usw. ausgehen.“ (Freud 1914 [2000], 238f).

In dem Aufsatz „*Ein Kind wird geschlagen*“ (1919) wird die enge Verstrickung der Geschwister- mit der Elternbeziehung herausgestellt. Die darin beschriebene sexuell akzentuierte Fantasie von Patienten, die unter einer hysterischen- oder Zwangsneurose leiden, beinhaltet die Vorstellung, dass der Vater das vom Patienten verhasste Kind, zumeist ein Geschwisterkind, schlägt. Diese infantile Fantasie, dass (meist) ein Geschwisterkind geschlagen wird, war in der Kindheit Träger einer starken, sexuellen Erregung und vermittelte dem Kind onanistische Befriedigung. Sie kann auch im Erwachsenenleben als Perversion wirksam sein. Die grundlegende Erfahrung ist dabei die von Freud erfahrene Demütigung und Zurückweisung des älteren Kindes durch die Geburt eines Geschwisterkindes:

„Es gibt in der Kinderstube noch andere Kinder, um ganz wenige Jahre älter oder jünger, die man aus allen anderen Gründen hauptsächlich darum nicht mag, weil man die Liebe der Eltern mit ihnen teilen soll, und die man darum mit der ganzen wilden Energie, die dem Gefühlslieben dieser Jahre eigen ist, von sich stößt. Ist es ein jüngeres Geschwisterchen (...) so verachtet man es, außerdem dass man es haßt, und muß doch zusehen, wie es jenen Anteil von Zärtlichkeit an sich zieht, den die verblendeten Eltern jedes Mal für das Jüngste bereit haben. Man versteht bald, dass Geschlagen werden, auch wenn es nicht sehr wehe tut, eine Absage der Liebe und der Demütigung bedeutet. So manches Kind, das sich für sicher thronend in der unerschütterlichen Liebe seiner Eltern hielt, ist durch einen einzigen Schlag aus allen Himmeln seiner eingebildeten Allmacht gestürzt worden. Also ist es eine behagliche Vorstellung, daß der Vater dieses verhasste Kind schlägt, (...). Es heißt: „Der Vater liebt dieses andere Kind nicht, er liebt nur mich.“ (Freud 1919 [2000], 238)

Dieses Zitat ist aufgrund der verdichteten Aussagen zu den Geschwistern in seiner ganzen Länge wieder gegeben worden. Denn Freud benennt hier zum einen das Konzept der Entthro-

nung, das das ältere Kind erlebt, wenn ein jüngerer geboren wird, zum anderen die in der Geschwisterbeziehung vorherrschende Feindseligkeit aufgrund von Neid und Rivalität.

Den Ödipuskomplex sieht Freud mit dem Auftauchen von Geschwistern zu einem Familienkomplex erweitert. Sexuelle Gefühle, die den Elternobjekten gelten, können aktiv oder passiv auf Geschwister verschoben werden:

„Der Knabe kann die Schwester zum Liebesobjekt nehmen als Ersatz für die treulose Mutter; zwischen mehreren Brüdern, die um ein jüngerer Schwesterchen werben, ergeben sich schon in der Kinderstube die für ein späteres Leben bedeutsamen Situationen einer feindseligen Rivalität. Ein kleines Mädchen findet im älteren Bruder einen Ersatz für den Vater, (...), oder sie nimmt eine jüngere Schwester zum Ersatz für das Kind, das sie sich vergeblich vom Vater wünscht.“ (a.a.O.)

Gemeinsam ist all seinen Ausführungen die Überzeugung, dass die ursprünglich negativen Gefühle im Laufe der Entwicklung durch Abwehrmechanismen in positive Gefühle umgewandelt bzw. überlagert werden würden. 1922 schreibt er in *„Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität“*, dass die Eifersucht aus dem Ödipus- oder aus dem Geschwisterkomplex der ersten Sexualperiode stamme und dass bei der Genese der Homosexualität in der frühen Kindheit Beziehungen zu älteren Brüdern eine wichtige Rolle spielen würden. (Freud 1922 [2000], 219, siehe auch Kap. 3. 7).

In *„Massenpsychologie und Ich-Analyse“* (1921) wird beschrieben, dass die Abwehr von Hass, Neid und Eifersucht gegenüber einem Geschwister letztlich zu einem Gemeinschaftsgefühl führen. Die ursprünglich negative Beziehung wird mit Hilfe der Identifizierung in eine positiv getönte Bindung umgewandelt. Geschwisterbeziehungen sind aufgrund dieser Abwehroperationen des Ichs als wichtiger Faktor für die Entwicklung sozialer Haltungen anzusehen (Freud 1921 [2000], 111f).

In *„Totem und Tabu“* (1912-13) beschäftigt sich Freud in Bezug auf die Geschwister mit dem Inzesttabu, der Ambivalenz in ihren Gefühlsbeziehungen und als zentrales Thema dem Zusammenschluss der Bruderhorde und deren Mord am Urvater als Grundlage der Kulturentwicklung (Freud 1912-13 [2000], 303ff).

Trotz dieser Beschreibungen haben Geschwisterbeziehungen keinen Eingang ins Strukturmodell gefunden und sind kein hervorgehobenes Thema in metapsychologischen Überlegungen

geworden. Obwohl Freud die Heftigkeit der Affekte vor allem von Neid und Rivalität zwischen Geschwistern betont, wird dieses Thema nicht vertieft, was Agger (1988) und Wellendorf (1995) in Freuds eigenen ungelösten Geschwisterkonflikten verursacht sehen.

Wie schon eingangs erwähnt, ist eine historische Betrachtung der psychoanalytischen Theoriebildungen und die psychoanalytische Rekonstruktion persönlicher Bedingungen bei deren Entwicklung ebenfalls Gegenstand der Konzeptforschung (Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006). Die Reflexionen und Überlegungen zu den Motiven und biografischen Hintergründen der Verfasser psychoanalytischer Theoriebildung ist in der Psychoanalyse gängige Praxis und soll hier kurz berücksichtigt werden.

Betrachten wir deshalb die Familienkonstellation, in die Freud geboren wurde. Freud hatte aus der ersten Ehe des Vaters zwei Halbbrüder, die in demselben Alter wie seine Mutter waren. Er fand, dass die Halbbrüder besser zur Mutter passten als der Vater (Gay 2004, 14). Freud hatte sieben Geschwister, aber sein erster Spielgefährte war einer der Söhne eines Halbbruders. Freud war also ein Onkel von ihm. Diese Beziehung schien von starker Ambivalenz geprägt gewesen zu sein. Die Generationsgrenzen in der Familie waren verwischt und vermutlich auch verwirrend waren. Besonders nachhaltig schien aber die Erfahrung des Todes seines Bruders Julius im Alter von sechs Monaten gewesen zu sein, als Freud knapp zwei Jahre alt war. In einem Brief an Fließ (1897) schreibt er, dass er den Tod seines Bruders Julius mit „bösen Wünschen und echter Kindereifersucht begrüßt hatte.“ Dieser Bruder und sein Neffe John „bestimmen nun das Neurotische, aber auch das Intensive an allen meinen Freundschaften“ (zit. nach Gay 2004, 19).

Grubrich-Simitis (1991, 37) weist darüber hinaus hin, dass unmittelbar vor dem Tod von Julius die Mutter, die in dieser Zeit mit dem dritten Kind schwanger war, auch den Verlust ihres verstorbenen Bruders verkraften musste und ihrem erstgeborenen Sohn aufgrund dieser Belastungen vermutlich weniger Zuwendung vermitteln konnte. Die Autorin vermutet, dass Freud, zusätzlich belastet durch den Verlust seiner Kinderfrau, aufgrund dieser traumatischen Erfahrungen Geschwisterbeziehungen unter überwiegend negativen und feindseligen Aspekten erfasst habe. Maciejewski (2006) analysiert ebenfalls die Studien Freuds über Moses die Fol-

gen der traumatischen Erfahrung des Geschwisterverlusts.³ Eine ähnliche Verbindung zieht auch Agger, die davon ausgeht, dass für Freud aufgrund seiner Geschwistererfahrung die Entdeckung inzestuöser und mörderischer Gefühle den Elternobjekten gegenüber weniger bedrohlich war, wenn er sie in ihrer Verbindung zu den Geschwistern erfahren hätte, wo die sadistischen Komponenten und die Kastrationsängste ungleich intensiver wären:

“To discover incestuous wishes and murderous fantasies toward parents may have been less distressing than to experience them in connection with siblings where the sadistic component and castration anxiety may be more intense.” (Agger 1988,12)

Desgleichen geht Wellendorf davon aus, dass Freud aufgrund eigener unbewusster Geschwisterkonflikte den ödipalen Konflikt in den Vordergrund seiner Theorie stellte und die Geschwisterbeziehung aus Abwehrgründen vernachlässigte:

„Freud stieß in seiner Selbstanalyse also auf zwei Kerne der Neurose: auf die sexuellen Wünsche gegenüber der Mutter und die Feindseligkeit gegen den Vater; und auf die Ambivalenz und die Todeswünsche gegen den Bruder. Und er fällt eine Entscheidung. Er wird in seinem Lebenswerk dem ödipalen Konflikt und seinen präödipalen Vorläufern, nicht aber dem Bruderkonflikt nachgehen.“ (Wellendorf 1995, 301)

Die Abwehr der Geschwisterkonflikte wird auch in der besonderen Vormachtstellung, die Freud gegenüber seinen Geschwistern innehatte, vermutet. Einerseits hatte er aufgrund seiner privilegierten Position Distanz zu seinen Geschwistern, andererseits könnte es sein, dass er Neid und Rivalität befürchtete und deshalb abwehrte. Die Geschwisterlinie wird zwar häufig betont, aber letztlich zugunsten des Ödipuskonfliktes ausgeblendet. Dies zeigt sich z.B. in der Fallgeschichte von „Dora“ (Freud 1905 [2000]), bei deren Bearbeitung King (1995) nachweist, dass die Beziehung Doras zu ihrem Bruder keinen Eingang in Freuds Überlegungen gefunden habe:

„Die Frage nach der Bedeutung der Bruder-Schwester-Beziehung in der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik zwischen Freud und Dora hatte sich für Freud in der Analyse und seinen nachträglichen Reflexionen offenbar nicht gestellt.“ (King 1995, 159)

³ Auf der anderen Seite werden Freuds ungeheure Produktivität und Kreativität mit den Verlust Erfahrungen und dem Erleben der schwangeren, in diesem Sinne „produktiven Mutter“ in Zusammenhang gebracht (Grubrich-Simitis 1991, 39; King 1995, 306f).

Die erste größere Konzeptualisierung und theoretische Einordnung der Geschwistererfahrung in der Psychoanalyse geht auf Alfred Adler zurück.

Alfred Adler

In der Individualpsychologie Adlers wird die Bedeutung der Geschwisterposition und -konstellation stark hervorgehoben. Adler hat eine Typologie des ältesten, jüngsten und mittleren Kindes entworfen, in dem er einen Zusammenhang zwischen bestimmten Charakterzügen eines Kindes mit seiner Stellung in der Geschwisterreihe herstellt. Die Unterschiede seien zwischen dem ersten und zweiten Kind am größten:

„So entsteht ein grundlegender Unterschied in der seelischen Entwicklung eines Erstgeborenen gegenüber dem Zweitgeborenen oder den letzten Kindern. Auch die Eigenart von einzigen Kindern ist leicht festzustellen. Seelisch macht es sich oft sehr geltend, wenn in einer Familie nur Knaben oder nur Mädchen oder ein Knabe unter lauter Mädchen oder ein Mädchen unter lauter Knaben aufwächst.“ (Adler 1920 [2006], 309).

Adler macht die Konkurrenz unter den Geschwistern dafür verantwortlich, dass es zu spezifischen Erfahrungen und Persönlichkeitsentwicklungen kommt. Die Typologie für die verschiedenen Geschwisterpositionen wird im Folgenden kurz dargestellt:

Das älteste Kind wächst bis zur Geburt eines Geschwisters als Einzelkind auf. Es erfährt die Geburt des Bruders bzw. der Schwester als Entthronung und Gefahr, da es nun die bis dahin ungeteilte Aufmerksamkeit teilen muss. Älteste Kinder würden aufgrund dessen häufig Interesse an der Vergangenheit zeigen, als sie noch im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit standen, womit eine Neigung zu konservativen und autoritären Verhaltensweisen verbunden sei. Die Erstgeborenen können aber auch ein besonderes Organisationstalent durch die Übernahme der Verantwortung für jüngere Kinder entwickeln.

„Ich habe fast regelmäßig erfahren, dass der Erstgeborene in seiner Haltung ein konservatives Element aufweist. Er rechnet mit der Stärke, paktiert mit der Macht und zeigt eine gewisse Verträglichkeit.“ (Adler 1920 [2006], 309)

Das jüngere Kind sei aufgrund seiner Erfahrung kooperativer eingestellt. Der Erste diene ihm als Ansporn in seiner Entwicklung, aber auch als Quelle von Unterlegenheitsgefühlen. Damit verbunden seien häufig neurotische Entwicklungen im Erwachsenenalter.

Adler hebt die Beteiligung der Geschwisterposition an psychischen Störungen erstmals eindeutig hervor, wenn er schreibt:

„Ist der Zweite entwicklungsfähig, so wird er unbedingt in einer fortwährenden Anspannung leben, um den Ersten zu überflügeln. Er wird förmlich wie unter Dampf arbeiten, rastlos. Und in der Tat findet man unter den rastlosen Nervösen in einer auffallenden Häufigkeit zweitgeborene Kinder, (...) (a.a.O.)

Die Zweiten würden häufiger revolutionäre Züge aufweisen, da Anpassung und Unterordnung schwer fielen. Die jüngsten Kinder hingegen erleben keinen Nachfolger. Sie erleben die anderen Geschwister aber überlegen. Das könne zum Ansporn werden. Häufig würden sie die anderen überflügeln. Problematisch seien aber eine Infantilisierung und „*Verzärtelung*“ in ihrer Entwicklung, die zu Unselbständigkeit und Passivität verführen:

„In der Haltung des Jüngsten ist in einem vielleicht vorherrschenden Typus etwas Infantiles gegeben, Zurückhaltung und Zögern, so als ob er sich nennenswerte Leistungen nicht recht zutrauen würde (...) Wir verstehen sofort, welchen Schaden dies für seine ganze geistige Entwicklung in sich birgt: Er wird alles von den anderen erwarten. Ein zweiter Typ des Jüngsten aber ist der „Joseftypus“. Rastlos nach vorne strebend überflügelt er alle mit seiner Initiative (...) (Adler 1920 [2006], 309f)

Einzelkinder werden von Adler ebenfalls typologisiert. Sie hätten häufig einen Mutterkomplex und würden in der Angst leben, doch noch ein Geschwisterkind zu bekommen, das ihre privilegierte Position gefährden könne.

Adler geht nicht nur auf die Geschwisterposition, sondern auch auf Aspekte der Geschwisterkonstellation ein. Als einziger Junge oder als einziges Mädchen in einer Geschwisterreihe käme es entweder zu einer sehr starken oder sehr schwachen Ausprägung geschlechtsspezifischer Eigenschaften. Problematisch seien dabei vor allen Dingen narzisstische Kränkungen, die mit dieser Konstellation verbunden seien:

„Das Mädchen wird fortwährend benörgelt werden, auf Schritt und Tritt Anweisungen, Belehrungen erhalten. Bei solchen Kindern ist besonders Empfindlichkeit gegenüber Tadel festzustellen, fortwährend Versuche, sich keine Blöße zu geben, absolut fehlerfrei dazustehen, und gleichzeitig Furcht, in ihrer Bedeutungslosigkeit erkannt zu werden. Auch diese Mädchen stellen ein häufiges Kontingent zu späteren nervösen Erkrankungen oder Fehlschlägen.“ (a.a.O.)

Über die Situation des einzigen Jungen unter Schwestern schreibt Adler:

„Solche einzeln stehende Knaben leiden oft wie unter einer weitgehenden Verschwörung. Jedes Wort wird von den Schwestern belacht, man nimmt sie nie ernst, man trachtet ihre Vorzüge herabzusetzen, sucht ihre Fehler aufzubauschen, so daß es häufig geschieht, daß der Knabe bald seine ganze Fassung, seinen Glauben an sich selbst verliert und meist schlechte Fortschritte im Leben zeigt.“ (Adler 1920 [2006], 310)

Auch in Bezug auf Adlers Biografie ist bekannt, dass seine Geschwistererfahrung einen Einfluss auf seine Theorie hatte. Er war das zweite von insgesamt sieben Kindern. Als Kind hätte er unter der Dominanz seines älteren Bruder gelitten. Als zusätzliches Motiv der intensiven Beschäftigung Adlers mit der Rolle der Geschwistererfahrung in der Persönlichkeitsentwicklung wird auch die Kindheitserfahrung des Todes seines jüngeren Bruders gesehen (Rattner 2006). Noch heute misst die Individualpsychologie der Geschwisterposition und -konstellation eine besondere Bedeutung in der Entwicklung der Persönlichkeit bei. Lehmkuhl & Lehmkuhl (1995, 201) betonen explizit, dass es bei der Analyse der Geschwistererfahrung um das Erkennen von neurotischen Dispositionen gehe, die im individualpsychologischen Verständnis als Hemmung von Ich-Funktionen in der plastischen Entwicklungsphase begriffen werden.

Anna Freud

Anna Freud hebt ebenfalls den Ich-fördernden Einfluss von Geschwisterbeziehungen hervor. In Bezug auf ihre Aussagen zu Geschwisterbeziehungen wird meist ihre Schrift *„Gemeinschaftsleben im frühen Kindesalter“* zitiert, die sie zusammen mit Sophie Dann veröffentlichte (Freud, A. & Dann 1961/1962).⁴ Das Interesse an empirischer Forschung hat A. Freud zu der Arbeit der direkten Kinderbeobachtung geführt. Sie kommt in Bezug auf die Geschwisterereinflüsse zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie Sigmund Freud:

„Nach den Ergebnissen der Kinderanalyse und nach den Rekonstruktionen aus Erwachsenenanalysen ist die Beziehung des Kindes zu seinen Geschwistern seiner Beziehung zu den

⁴ Da es sich bei den von Ihnen untersuchten Kindern um eine Gruppe von Waisen handelt, die den Holocaust überlebten, ist die Übertragung ihrer Ergebnisse auf Geschwisterbindungen, wie es vielfach gemacht wird (z.B. von Diepold 1988, 275) aus meiner Sicht jedoch problematisch. Denn es handelt sich nicht um eine Geschwistergruppe.

Eltern untergeordnet und von dieser abhängig. Geschwister sind normalerweise ein Zubehör der Eltern, die Beziehungen zu ihnen werden beherrscht von Rivalität, Neid, Eifersucht und Wettstreit um die Liebe der Eltern. Die Aggression, die den Eltern gegenüber gehemmt ist, kommt den Geschwistern gegenüber offen zum Ausdruck; sexuelle Wünsche, die in der ödipalen Beziehung nicht manifest werden können, werden passiv oder aktiv an älteren oder jüngeren Brüdern oder Schwestern ausgelebt. (...).“ (Freud, A. & Dann 1961/1962, 241)

Die Bindung des Kindes an die Eltern gilt als vorrangig, Rivalität und Neid, damit verbunden eine ubiquitäre Entwicklung eines Gerechtigkeitsgefühls charakterisieren die Geschwisterbeziehung:

„Die tiefer liegende Beziehung unter Geschwistern ist somit eine negative, die aus der Frühkindheit, in der alle Geschwister um die Liebe der Mutter rivalisieren, datiert (...). Während dieser Entwicklung der Geschwisterbeziehung entsteht im Kind erstmalig die Idee der Gerechtigkeit, wenn der Anspruch bevorzugt zu werden, sich wandelt zur Forderung, niemand soll bevorzugt werden (...).“ (a.a.O.).

Auch Diepold (1988) bringt die mangelnde Auseinandersetzung des Geschwisterthemas in der Psychoanalyse ebenfalls mit der besonderen Rolle, die Anna Freud in der Familie innehatte, in Zusammenhang. Sie ist das sechste Kind in einem Zeitraum von acht Jahren gewesen. Der Altersunterschied zwischen den drei Jüngsten betrug weniger als ein Jahr. Young-Bruehl (1995) hat herausgestellt, dass das Streben nach Anerkennung vom Vater und die Hinwendung zu ihm schon früh ein Ersatz für eine defizitäre Beziehung zu ihrer Mutter gewesen sei. Zudem hätte Anna Freud die Position als jüngstes Kind der Familie sehr belastend empfunden. So schrieb sie in einem Brief an Muriel Gardiner:

„...die Erfahrung des Ausgeschlossenwerdens durch die Großen, die sich mit mir langweilten, und mein Gefühl der Langeweile und des Verlassenseins.“ (zit. nach Young-Bruehl 1995,50)

Die Entwicklung der Objektbeziehung- und der Ich-Psychologie in den vierziger- und fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts hat dazu geführt, dass die Betrachtung der horizontalen Beziehungsebene zwischen den Geschwistern durch die starke Fixierung auf die Rolle der Mutter bei der Entwicklung präödipaler Störungen gänzlich in den Hintergrund getreten ist. Zwar hebt Melanie Klein (1962) den Neid unter den Geschwistern hervor, aber dennoch beschränkt sich die frühe kinderanalytische Literatur darauf, in Einzelfallstudien eine neuroti-

sche Entwicklung durch die Erfahrung der Geburt eines jüngeren Geschwisterkindes zu erklären. (z.B. Bornstein 1949; Sperling 1952). Einzelfallstudien erwachsener Patienten, die pathogene Wirkungen des Entthronungserlebnisses herausstellen, gibt es z.B. von Jacobson (1950) und Greenarce (1950).

Festzuhalten bleibt, dass in der klassischen Psychoanalyse in Bezug auf die Geschwisterbeziehungen vor allem zwei Konzepte vorhanden sind. Zum einen wird Neid und Rivalität unter Geschwistern um die Aufmerksamkeit der Eltern hervorgehoben. Dabei interessieren vor allem Konflikte rund um die Geburt eines neuen Geschwisterkindes, was als Konzept der Entthronung gilt, zum anderen wird die Rolle der Geschwister als Ersatzobjekte und als Verschiebung ödipaler Strebungen konzeptualisiert.⁵

2.3 Neuere psychoanalytische Auffassungen zur Geschwisterbeziehung

Erst in den achtziger Jahren entstanden an der Yale University in New Haven Forschungsarbeiten, die aus der Perspektive der Ich-Psychologie und der Narzissmustheorie wichtige Beiträge zur Theorie der Geschwisterbeziehungen liefern (Abend 1984; Neubauer 1983; Kris & Ritvo 1983). Dabei rückten traumatische Ereignisse wie sexueller Missbrauch, starke Feindseligkeit unter Geschwistern, Tod und Krankheit eines Geschwisterteils und deren Auswirkungen auf die spätere Pathologie erstmals ins Zentrum der Betrachtung (Pollock 1978).

In diesen Forschungsarbeiten wurde aber auch der entwicklungsfördernde Einfluss der frühen Geschwistererfahrung in den Vordergrund gestellt (Leichtmann 1985; Parens 1988). Psychodynamische Wirkungen von Geschwistereinflüssen im Jugend- und Erwachsenenalter und ihre therapeutischen Implikationen werden von Graham (1988), Agger (1988) und Balsam (1988) am klinischen Material psychoanalytischer Langzeitbehandlungen untersucht. Wegweisend sind die Arbeiten von Bank & Khan (1994), die in achtjähriger Forschungsarbeit die

⁵ Darüber hinaus ist noch erwähnenswert, dass Jones auf die wichtige Bedeutung der Schwester für die männliche Entwicklung hinweist und die Liebe des Jungen zur Schwester als ebenso bedeutsam begreift, wie die zur Mutter: „Wenn sich im frühen Leben des Knaben die Inzestschranke entwickelt, beschränkt sie sich zunächst auf die Beziehung zur Mutter und erstreckt sich erst später auch auf die zur Schwester; erotische Erfahrungen zwischen Brüdern und Schwestern sind denn auch in der frühen Kindheit häufig anzutreffen. Die Schwester ist meist die erste Stellvertreterin der Mutter als erotisches Objekt. Durch sie lernt der Knabe, den Weg zu anderen Frauen finden. Die Beziehung zur Schwester entspricht der Beziehung der Eltern, und er spielt denn auch später oft eine Vaterrolle für sie (Fürsorge, Schutz und so weiter)“ (Jones 1910, 157f., zit. nach Bank & Khan 1994, 141)

Geschwisterbindung als intrapsychisches und interaktionelles Geschehen beschrieben haben. Sharpe & Rosenblatt (1994) stellen ödipale Konflikte unter Geschwistern als relativ unabhängig von den Elternobjekten heraus.

In Deutschland haben zuerst Diepold (1988), Wellendorf (1995) und Sohni (1999, 1998, 2004), nicht zuletzt durch den Einfluss der Arbeiten aus den USA, auf die mangelnde Berücksichtigung der psychoanalytischen Betrachtung der Geschwisterproblematik hingewiesen.

Werden Geschwisterkonflikte in der psychoanalytischen Literatur überwiegend als Verschiebung von Konflikten aus der Eltern-Kind-Beziehung auf die Geschwisterebene gedeutet, so gibt es mittlerweile mehr Beiträge, die betonen, dass psychische Störungen in der Behandlung Erwachsener nicht nur durch die vertikale Dynamik, also durch die Eltern-Kind-Ebene verursacht sind, sondern auch durch die horizontale Dynamik hervorgerufen werden können (Volkan & Ast 1997; Lehmkuhl & Lehmkuhl 1995; Mitchell 2001, 2003; Adam-Lauterbach 2007; Heenen-Wolf 2008).⁶ Wenn die Suche nach einem Platz in der Familie und im geschwisterlichen Subsystem als zentrale Determinanten in der kindlichen Identitätsentwicklung herausgestellt werden (Lehmkuhl & Lehmkuhl 1995; Seiffke-Krenke 2001), stellt sich die Frage, ob es zwischen Geschwistern eine eigene Entwicklungslinie gibt, die unabhängig von dem Wunsch nach elterlicher Aufmerksamkeit existiert oder ob die Geschwisterbeziehung und ihre Dynamik stärker von den Einflüssen der Eltern abhängt.

⁶ Auf die klinischen Aspekte der Geschwistererfahrung wird in Kap. 4 eingegangen.

3 Entwicklungspsychologie und Psychodynamik der Geschwisterbeziehung

In diesem Kapitel wird auf die Bedeutung der Geschwistererfahrung für die psychosexuelle Entwicklung fokussiert. Unter Einbeziehung empirischer Forschungsergebnisse werden vor dem Hintergrund psychoanalytischer Entwicklungsvorstellungen Annahmen formuliert, die für die Generierung von Hypothesen und für eine weitergehende Konzeptualisierung der Geschwisterdynamik fruchtbar gemacht werden könnten.

3.1 Einleitung: Entwicklung und Erleben aus psychoanalytischer Sicht

Die Entstehung der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie ging von Beginn an mit der Psychoanalyse einher. Standen zunächst die aus der Behandlung erwachsener Patienten gewonnenen Erkenntnisse als Möglichkeit der Rekonstruktion der Kindheit zur Verfügung, so etablierte sich seit den 40er Jahren die Direktbeobachtung von Kindern. Neben der Bindungsforschung (Bowlby 1973; Ainsworth et al. 1978) waren vor allem die Forschungsarbeiten von Magret Mahler et al. (dt. 1980) bahnbrechend, die in den 60er und 70er Jahren den Trennungs- und Individuationsprozess des Kindes untersuchten. Durch die Weiterentwicklung experimenteller Forschungsmethoden veränderte die Säuglingsforschung in den 80er Jahren durch Daniel Sterns (u.a. 1992) Forschungsbefunde auch das psychoanalytische Verständnis der frühen Entwicklung. Die Auffassung, dass nicht nur sexuelle und aggressive Triebbe-setzungen menschliches Verhalten motivieren, wurde v.a. von Lichtenberg (1989) weiter ausgearbeitet. Demzufolge sind Bindung, Exploration, Sexualität und Selbstbehauptung hauptsächliche Motivationssysteme der menschlichen Entwicklung.

Vor allem die Betonung der Bedeutung der Interaktion in der Affektentwicklung (Krause 1997) und in der kognitiven Entwicklung ist bezeichnend für die neuere Auffassung der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (Hamburger 1999, 33). Die Affektabwehr ist von Beginn an in der Psychoanalyse Dreh- und Angelpunkt des Verständnisses psychischer Erkrankungen. Affekte haben im Unterschied zur klassischen Auffassung der Trieblehre eine biologische als auch soziale Dimension. Als angeborene primäre Affekte gelten Interesse, Freude, Überraschung, Traurigkeit, Ärger, Ekel, Schuld, Scham und Furcht (vgl. Mertens 2005, 54). Das psychoanalytische Verständnis der affektiven Entwicklung wurde durch die Einbeziehung der Kognitionswissenschaften (Moser & Zeppelin 1996) und durch die neuropsychologische Forschung in einen größeren wissenschaftlich-empirischen Rahmen gestellt

(Leuzinger-Bohleber & Pfeiffer 2002). Der Niederschlag im Gedächtnis von sensorischen-affektiven Koordinatoren belegt den Einfluss der frühen Kindheit und die Bedeutung von frühen Internalisierungsvorgängen. Von daher scheint es legitim, auf Geschwistereinflüsse in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fokussieren, was aber nicht bedeutet, dass hier ein „*simpler biographischer Reduktionismus*“ (Mertens 2005, 36) verfolgt werden soll.

Psychoanalytische Entwicklungstheorien fokussieren nicht nur auf das beobachtbare Verhalten, sondern auch darauf, wie ein Kind eine Erfahrung in einem bestimmten Entwicklungsstand emotional-kognitiv verarbeitet. Von Interesse ist vor allem, wie Erfahrungen psychische Realität werden und wie diese Repräsentationen spätere Wahrnehmung und Handlungen beeinflussen. Dabei sind Erfahrungen aus zwischenmenschlichen Beziehungen und deren Verarbeitung in der Fantasie zentrale Aspekte psychodynamischen Verstehens. Diese Erfahrungen werden als bewusste und unbewusste psychische Repräsentanzen verinnerlicht. Man unterscheidet in der Regel Selbst-Repräsentanzen als Vorstellungen von der eigenen Person, Objektrepräsentanzen als Vorstellungen von anderen. Der Aufbau von Repräsentanzen wird in den frühen Phasen der Entwicklung angelegt (vgl. u.a. Ermann 2007).

In der modernen Psychoanalyse geht man von Grundkonflikten in der Entwicklung aus, deren Bewältigung sich ebenfalls als Repräsentanzen niederschlagen und sowohl die Psychodynamik als auch das Entwicklungsstrukturniveau bestimmen (Ermann 2007; Mentzos 2009; Mertens 2005; Rudolf 1996, 2004). So hat z.B. Mentzos (1982) eine Entwicklungslinie von primären Grundkonflikten beschrieben und macht darüber hinaus Bipolaritäten in der menschlichen Entwicklung fest, die es auszubalancieren und zu integrieren gilt. Er unterscheidet als Kindheitskonflikte symbiotische Verschmelzung versus Subjekt-Objektdifferenzierung, Abhängigkeit versus Autonomie und dyadische versus triadische Beziehung. Die Konflikte im Jugend- und Erwachsenenalter betreffen Genitalität und Identität versus Bindungen und Identitätsdiffusion. Am bedeutsamsten ist nach Mentzos die Bipolarität zwischen selbst- und objektbezogenen Tendenzen,

„(...) also zwischen der Tendenz zu autonomer Identität, Autarkie, Selbstständigkeit einerseits und der Tendenz zu Bindung, Kommunikation, Solidarität, Vereinigung mit dem Objekt andererseits“ (Mentzos 2009, 30).

Der Affekt, der mit den Konflikten verbunden ist die Konfliktangst. Durch die Konfliktabwehr wird die Angst vermindert und unbewusst. Die Abwehrmechanismen durchlaufen nach

diesem Verständnis selbst eine Entwicklung. Man unterscheidet frühe Abwehrmechanismen wie Idealisierung und Entwertung, Projektion und projektive Identifizierung von reiferen Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verschiebung und Reaktionsbildung. Identifizierung, Regression und Verleugnung können auf allen Ebenen und Phasen der Entwicklung vorkommen, was auch für die Abwehroperationen gilt, die mit einer Traumatisierung einhergehen. Objektbeziehungstheoretisch bildet der Affekt das Bindeglied zwischen Selbst- und Objektpräsentanzen. In der Selbstpsychologie wird die regulative Funktion des frühen affektiven Austauschs zwischen der Mutter und dem Kind für die Entwicklung des Selbst in den Vordergrund gestellt.

Entwicklung umfasst letztendlich den gesamten Lebensverlauf, dennoch determinieren lebensgeschichtlich frühe Erfahrungen die späteren Entwicklungsaufgaben und Einflüsse. Üblicherweise werden die Grundkonflikte im Kontext der Mutter bzw. Eltern-Kind- Beziehung reflektiert und werden erst in den letzten Jahren zunehmend in einem interpersonalen Feld verortet (Mertens 2005, 55). Von daher stellt sich die erstens die Frage, wie sich diese Konfliktthemen auf das Aufwachsen mit Geschwistern übertragen lassen und zweitens, welchen Einfluss Geschwister auf die Ausgestaltung dieser benannten Grundkonflikte haben könnten?

3.2 Intrapsychische und interpersonelle Aspekte einer entwicklungspsychologischen Betrachtung des Aufwachsens mit Geschwistern

In der zeitgenössischen Psychoanalyse stehen v.a. durch die Hinwendung zur Intersubjektivität Beziehungsaspekte im Vordergrund. Entwicklung und Erleben vollziehen sich aus intersubjektiver Sicht im wechselseitigen Austausch in einem gemeinsamen Kontext (vgl. dazu u.a. Orange, Stolorow & Atwood 2001). Nicht das intrapsychische, sondern das interpersonelle Geschehen steht im Fokus des analytischen Verstehens. Die intersubjektive Sichtweise hat sich gerade auch durch die Befunde der Säuglings- und Bindungsforschung (Stern 1992, 2005; Dornes 1995) weiterentwickelt, die auf „*die primäre Intersubjektivität des Seelenlebens*“ (Altmeyer & Thomä 2006, 21; Stern 2005, 95) hinweisen.

Auch wenn sich eine intersubjektive Sichtweise der Geschwisterdynamik anbietet, soll aber nicht einseitig interpersonelle Subjektivität hervorgehoben werden und Intrapsychisches in den Hintergrund rücken. In diesem Zusammenhang problematisiert Bohleber:

„Ein im intersubjektiven Paradigma üblich gewordenes Denken, das vom ganzheitlichen Subjekt spricht, verdunkelt die differenzierte Psychodynamik, der die Strukturtheorie Rechnung

trägt. (...). Theoretisch verschwunden ist ein Ich, das zwar abhängig von unbewussten Kräften ist, aber dennoch ein bestimmtes Maß an Autonomie erworben hat.“ (Bohleber 2006, 209)

Die moderne Intersubjektivitätstheorie versucht nach Jaenicke (2006, 70) durch „*Kontextualisierung des Psychischen*“ beiden Seiten Rechnung zu tragen. Auch Altmeyer & Thomä betonen, dass intersubjektives Denken nicht heißen muss, intrapsychische Aspekte zu vernachlässigen:

„Stattdessen muss man sich im Diskurs der zeitgenössischen Psychoanalyse auf eine neue Balance zwischen einer intra- und einer intersubjektiven Perspektive einstellen.“ (Altmeyer & Thomä 2006, 26)

Die Geschwisterdynamik entwickelt sich, wenn eine Geschwisterbeziehung entsteht, d.h. wenn ein weiteres Kind in der Familie geboren wird. Diese, vielleicht etwas banal erscheinende Tatsache wird hier betont, um die intrapsychische Entwicklung im Kontext der gegenseitigen Bezogenheit der Geschwister begreifbar zu machen. Vertreter der Intersubjektivitätstheorien verstehen Geschwisterpaare explizit als „*intersubjektives Feld aus der Bezogenheit zwischen Subjektivitäten*“ (Orange et al. 2001, 15; vgl. dazu auch Heenen-Wolf 2008). Dennoch handelt es sich um Individuen mit ihrer jeweiligen individuellen Psyche und ihrer eigenen Geschichte.

In diesem Kapitel soll sowohl die intrapsychische als auch die intersubjektive Dimension der Entwicklung durch das Aufwachsen mit Geschwistern berücksichtigt werden. Entlang der für die Entwicklung entscheidenden psychodynamischen Konflikte werden diejenigen auf die Geschwisterbeziehung übertragen, in denen sich diese Beziehung vermutlich entwickelt und in der die Dynamik zwischen Geschwistern zirkuliert und intersubjektiv erfahrbar wird. Untermuert werden die entwicklungspsychologischen Überlegungen durch Hinzuziehung psychoanalytisch orientierter Befunde aus Einzelfallstudien, direkten Kinderbeobachtungen und empirischen Untersuchungen aus der Geschwisterforschung. Ziel ist es, psychodynamische Annahmen der jeweiligen Geschwisterpositionen in ihren vielfältigen Konstellationen zu formulieren. Deshalb wird versucht, den interpersonellen bzw. intersubjektiven Kontext der Geschwisterbeziehung aus der Perspektive der jeweiligen Position und Konstellation des Kindes zu reflektieren. Aufgrund der hohen Komplexität und Vielfältigkeit der Geschwisterbeziehungen wird auch der Anteil der Eltern aufgezeigt. Ein gewisses Oszillieren zwischen den verschiedenen Perspektiven, Ebenen und den theoretischen Richtungen ist im Folgenden nicht zu vermeiden.

3.3 Frühe Affekt- und Wahrnehmungsentwicklung

Die sensorische Entwicklung umfasst das erste Lebensjahr und ist von den Aufgaben bestimmt, Nähe und Distanz zu regulieren und Kommunikation herzustellen. Der Hauptkonflikt in dieser Phase wird von Mentzos (2009, 31) als Konflikt zwischen autistischem Rückzug versus Fusion mit dem Objekt ausgemacht. Es geht sowohl um den Wunsch nach Nähe und gegenseitiger Anerkennung (Benjamin 1988), als auch um Angst vor Verschmelzung und Fragmentierung. Aufgrund der starken Abhängigkeit des Kindes von seinem primären Objekt stehen orale Bedürfnisse im Vordergrund, die Bedürfnisse nach Sicherheit, Spiegelung und Angenommensein beinhalten. Die Passung der Bedürfnisbefriedigung ist für das auftauchende Kernselbst wesentlich (Stern 1992).

Von Geburt an wird dem emotionalen Austausch zwischen Mutter und Säugling für die soziale und kognitive Entwicklung des Kindes eine große Bedeutung zugeschrieben. In der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie erscheint die Mutter-Kind-Dyade oft wie ein geschlossenes Universum, indem andere bedeutsame Personen kaum eine Rolle zu spielen scheinen (Rohde-Dachser 1991, 208).⁷ Buchholz versteht das Festhalten der Psychoanalyse an dem Primat der dyadischen Beziehung im ersten Lebensjahr als Illusion, denn das Kind erfahre von Anfang an triadische Strukturen:

„Nicht Symbiose und Triade stehen gleichsam in Opposition zueinander; es geht vielmehr darum, Entwicklung als Abfolge verschiedener triadischer Entwicklungsstadien zu sehen.“ (Buchholz 1999, 18)

Kennzeichnend für die sensorische Phase ist die Orientierung der Eltern an den kindlichen Signalen. Sie verhelfen dem Säugling bei den Regulations- und Entwicklungsprozessen, was der Förderung des Selbstwertgefühls dienlich ist. Dabei spielen gegenseitige affektive Aspekte eine große Rolle. Stern betont die frühen Formen der Intersubjektivität, die schon im Säuglingsalter zu beobachten seien:

„(...) die entwicklungspsychologischen Befunde zeigen, dass der Säugling mit seiner Geburt in eine intersubjektive Matrix eintritt.“ (Stern 2005, 103)

⁷Abelin (1986) hat mit dem Konzept der frühen Triangulierung allerdings schon früh auf die wichtige Bedeutung des Vaters im ersten Lebensjahr hingewiesen, worauf im Kap.3.7 eingegangen wird.

Ein ausgewogener Grad an Synchronizität, moderate positive und schwache negative Affekte helfen dem Kind bei seiner Entwicklung (Schmücker & Buchheim 2002). Wenden wir uns zunächst der Geburt eines Kindes zu, das noch nicht mit der Anwesenheit von Geschwistern konfrontiert ist.

3.3.1 Unterschiede zwischen Erstgeborenen bzw. Einzelkindern und später Geborenen im ersten Lebensjahr

Besonderes Gewicht bei der Betrachtung der Erstgeborenen-Situation gilt dem Erleben einer zweiten Schwangerschaft der Mutter und die Geburt eines Bruders oder einer Schwester. Bei Erstgeborenen ist, wie schon erwähnt, die Entthronung ein populäres Konzept in der Psychoanalyse (vgl. Kap.2). Besaß das Kind bis jetzt die ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuwendung der Eltern, so muss es sich diese Aufmerksamkeit durch die Geburt eines zweiten Kindes teilen und wird „*entthront*“.

Baydar (1997) weist in einer Studie von Vorschulkindern, die bis zum Alter von sechs Jahren in ihrem Verhalten beobachtet und bezüglich ihrer kognitiven Entwicklung getestet wurden, nach, dass die Erstgeborenen während der zweiten Schwangerschaft der Mutter und der Geburt des Geschwisters eine erhöhte Bereitschaft zur Regression, ein Anstieg von Angst und Aggression haben. Auch nehmen die positiven Interaktionen zwischen Mutter und Erstgeborenen in dieser Zeit häufig ab.

Auch Bischoff & Tingstrom (1991) beobachten verstärkte Regressionsneigung, Angst und Aggression bei älteren Kindern zum Zeitpunkt der Geburt eines Geschwisterkindes. Neuropsychimmunologischen Studien zeigen, dass sich bei der Geburt eines jüngeren Geschwisters physiologisch nachweisbare Veränderungen einstellen, die man mit Reaktionen auf psychische Traumata vergleichen kann. Kinder haben in dieser Zeit eine nachweisbar erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten. Das „*Entthronungserlebnis*“ macht sie anfälliger für Stress (Rosaschino F. et. al. 1991/92).

Dennoch werfen diese Ergebnisse, die das Konzept der Entthronung bestätigen zu scheinen, Fragen auf. Handelt es sich bei diesen Beobachtungen Erstgeborener wirklich um eine Regressionsneigung und die Suche nach Aufmerksamkeit und Zuwendung? Erlebt das Kind den Säugling als Eindringling und Rivalen?

Ich vermute, dass das Kind diese Symptome zeigt, weil es die Mutter anders erlebt als vorher und Angst vor Objektverlust hat. Schließlich zeigen Untersuchungen, dass Eltern im Umgang mit erstgeborenen Kindern unsicherer und ängstlicher sind als beim zweiten und dritten Kind.

Hendrick & Ounsted (1977) haben in einer medizinischen Panelstudie 209 Mütter interviewt, die gerade ihr erstes Kind entbunden hatten, um einen Eindruck davon zu bekommen, wie sie sich an die neue Situation nach der Geburt gewöhnten. Die erste Untersuchung fand einen Tag nach der Entbindung und die Folgeuntersuchung nach zwei Monaten statt. Parallel dazu wurden die Säuglinge medizinisch untersucht. Es zeigt sich, dass bei den Babys ein hoher Anteil von Still- und Fütterungsproblemen auftraten. Nach zwei Monaten ist nur noch ein Drittel der Kinder gestillt worden. Annähernd die Hälfte der Babys hatten medizinische Probleme wie Entzündungen der oberen Atemwege und Hautausschläge. In den standardisierten Interviews berichten viele Mütter von Schlafstörungen ihrer Kinder. 55 Prozent der Mütter empfanden sich als besonders ängstlich ihren Kindern gegenüber:

„Women having their first baby are in many ways a special group.“ (Ounsted & Hendrick 1977, 449)

Einerseits erleben Erstgeborene und Einzelkinder also eine Situation, in der die Aufmerksamkeit der Eltern ihnen gegenüber ungeteilt ist, andererseits kann diese Achtsamkeit auch nachteilig sein. Falbo (1984) stellte in einer Metaanalyse empirischer Studien zur Einzelkindsituation einen stärkeren Narzissmus der Eltern bei dem Erstgeborenen im Unterschied zu nachfolgenden Geschwistern fest. Eltern seien dem ersten Kind gegenüber kontrollierender und überprotektiv. Sie besetzen es narzisstischer und nehmen z.B. den Erstgeborenen als intelligenter wahr als die nachfolgenden Kinder. Unsicherheit der Eltern bei gleichzeitig verstärkter narzisstischer Besetzung des Kindes ist sicher eine häufig vorkommende Erfahrung der Erst- und Einzelkindsituation. Aber es lässt sich vermuten, dass die frühen Erfahrungen dadurch gekennzeichnet sind, dass das Erreichen einer narzisstischen Homöostase und die Affektregulation für Erstgeborene häufig problematischer verlaufen als für später Geborene. Orale Konflikte bzw. Fixierungen könnten ausgeprägter sein als bei später Geborenen und die Fähigkeit zur Selbstregulation wäre eventuell schwächer.

Wird nun ein zweites Kind geboren, sind nicht nur die Kinder, sondern auch die Eltern in einer psychisch sensiblen Phase. Auch für sie gibt es einen kritischen Übergang von einer Ein-kind - zur Zweikindfamilie. Baydar (1997) weist nach, dass positive Interaktionen zwischen Mutter und Erstgeborenen in dieser Zeit oft abnehmen. Die oft beobachtete Eifersucht und Unsicherheit bei den Erstgeborenen bei der Geburt eines Geschwisterkindes haben von daher eventuell viel mehr mit dem Verlusterleben der Elternobjekte zu tun als mit der Tatsache, einen Bruder oder eine Schwester zu bekommen.

Arbabanel (1983) präsentiert eine Intensivstudie von zwei schwangeren Müttern und ihrer Beziehungen zu den 12 bis 24 Monate alten Töchtern. Die einstündigen Besuche in den Familien fanden zweimal monatlich statt, kurz vor der Entbindung wöchentlich und nach der Geburt noch zweimal in größeren monatlichen Abständen. In den psychoanalytisch orientierten Tiefeninterviews ging es um Themen der Familiengeschichte, der Ehebeziehung und Schwangerschaft sowie um die Entwicklung der erstgeborenen Töchter. Die Beobachtung und Analyse gemeinsamer Spielszenen mit den Töchtern erlauben weitere Aussagen zu der Beziehungsqualität zwischen Mutter und erstgeborener Tochter. Arababanel postuliert, dass in der ersten Schwangerschaft die Beziehung zur Mutter wiederbelebt, während die eigene Geschwistererfahrung in der zweiten Schwangerschaft der Mutter aktiviert wird. Die Beobachtungen und die narrativen Interviews, die die Analytikerin mit den Müttern geführt hatte, spiegeln nach Ansicht der Autorin wider, dass ungelöste Konflikte der Geschwisterbeziehungen der Mütter auf das erstgeborene Kind unbewusst übertragen werden:

„Expecting a sibling is one of the major themes of a second pregnancy. (...) The mother's own sibling experiences will colour her ability to prepare herself and her firstborn for the new sibling.” (Arbabanel 1983, 376)⁸

Die Erstgeborenen würden zudem von den Müttern in die Selbstständigkeit gedrängt und seien im Umgang mit den Kindern distanzierter. Die erhöhte Anfälligkeit der Erstgeborenen um den Zeitpunkt der Geburt eines Geschwisterkindes ist also vermutlich eine Folge projektiver Prozesse aufgrund unbewusster mütterlicher Konflikte als auch eine Reaktion auf mangelnde mütterliche Zuwendung bei gleichzeitiger Überforderung. Die Entthronung hat von daher weniger mit dem „*Eindringen des Rivalen*“ als vielmehr mit der mangelnden Verfügbarkeit der Mutter zu tun.⁹ Aggressive Strebungen dem neugeborenen Bruder oder Schwester, Rivalität und Neid haben dann per se nichts mit der Geschwistererfahrung zu tun, sondern können als verschobene Affekte aus der Mutter-Kind-Interaktion verstanden werden.

Unterstützt werden diese Überlegungen durch eine Studie von Nadelman & Begun (1982). Sie untersuchten 53 Familien vor und nach der Geburt eines zweiten Kindes. Die erstgeborenen Kinder in der Untersuchungsgruppe waren zwischen 2 ¼ und 5 ½ Jahre alt. Außerdem

⁸ Dieser Aspekt weist auf die transgenerationale Weitergabe von Geschwisterkonflikten hin (vgl. Kap.3.11)

⁹ Vgl. dazu die von Grubrich-Simitis (1991) formulierte Annahme der mangelnden Zuwendung von Freuds Mutter während ihrer dritten Schwangerschaft, die sie mit der Trauer um den verstorbenen Sohn und ihrem Bruder in Verbindung bringt (vgl. Kap.2.1).

wurde eine Kontrollgruppe von 17 Familien gebildet, die kein zweites Kind erwarteten. Als Messinstrumente wurden standardisierte Fragebögen („*mother`s questionnaire*“) benutzt, die sich sowohl auf direkte Beobachtungen als auch auf das von den Müttern erlebte alltägliche Verhalten des Kindes bezogen. Es konnte zwar nicht bestätigt werden, dass die Geburt eines Geschwisters für das erstgeborene Kind zwangsläufig mit mehr Stress einhergeht, wohl aber, dass die Mütter mehr Stress und negative Gefühle gegenüber den Erstgeborenen empfanden. Die Wahrnehmung der negativen Gefühle und Einstellungen war einige Wochen nach der Geburt des Geschwisterkindes am höchsten. Die untersuchten Mütter meinten, dass sich die Jungen stärker zurückzogen, während die Töchter als unabhängiger wahrgenommen wurden.

Leichtmann (1985) beobachtete ein Geschwisterpaar drei Jahre lang in deren häuslicher familialer Umgebung. Er untersuchte den Einfluss einer älteren Schwester auf die Entwicklung eines Bruders seit dessen Geburt und problematisiert, dass Kinder oft zu einem Zeitpunkt geboren werden, wo sich die erstgeborenen Geschwister in der sensiblen Wiederannäherungskrise befinden und Konflikte hier entwicklungspsychologisch nachhaltige Probleme mit sich bringen können. Er beobachtete zudem Rivalität und Konkurrenz weniger um den Zeitpunkt der Geburt herum als vielmehr dann, wenn das jüngere Kind autonomer und expansiver und vom älteren Kind dann als Eindringling erlebt wird.

Abelin (1986, 65) zeigt anschaulich, dass dem Kind seine symbiotische Beziehung zur Mutter erst durch ein drittes Objekt bewusst wird. Mit dem Begriff der „*Madonnakonstellation*“ weist er auf ein „*unentbehrliches Urtrauma*“ hin, das mit der Geburt eines Geschwisters einhergehen kann (vgl. Kap.3.6.1).

Trotz dieser Belastungen profitieren Erstgeborene in ihrer Entwicklung auch von der Geburt eines Geschwisters und erfahren häufig einen Entwicklungsschub:

„Perhaps the kinds of „negative“ changes that parents report at this juncture in the family life cycle represent for some children necessary disequilibrium preceding positive developmental outcome.“ (Nadelmann & Begun 1982, 35)

Dunn & Kendrick (1982) haben in einer Längsschnittstudie 40 Familien an vier verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt des zweiten Kindes untersucht. Das Verhalten der Kinder wurde jeweils zwei Stunden beobachtet und kategorisiert. Bei den Müttern wurden halbstandardisierte Interviews hinsichtlich ihrer Einschätzung der Beziehung ihrer Kinder durchgeführt. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Reaktionen des älteren Geschwisterkindes auf

das Neugeborene entscheidend dazu beitragen, wie sich die Qualität der Geschwisterbeziehung entwickelt (Dunn & Kendrick 1982, 57).

Kohut (1976, S. 165f.) versteht aus einer rekonstruktiv, an Befunden aus Erwachsenenanalysen gewonnenen Erkenntnis die Geburt eines Geschwisters als narzisstische Kränkung. Das Eindringen eines Babys in das besondere Band zur Mutter, in der kein Dritter Platz habe, wäre dann traumatisch, wenn die Geburt eines Kindes als Eindringen in die archaische Welt des ursprünglichen Narzissmus erfolge. Das nachgeborene Kind bilde nun die narzisstische Einheit, die dem älteren verwehrt würde.

Die Geburt eines Geschwisters vor dem dritten Lebensjahr kann mit einem Risiko der Mutter-Kind-Beziehung verbunden sein, da sich die Objektkonstanz in diesem Alter noch nicht entwickelt hat. Wenn sich das Kind mit dem Erreichen der emotionalen Objektkonstanz aus der Dualunion mit der Mutter gelöst hat und mit dritten Personen stabile Beziehungen herstellen kann, wird es die Geburt eines Geschwisterkindes vermutlich weniger als Entthronung erleben.

Das Konzept der Entthronung könnte dahingehend modifiziert werden, dass Feindseligkeit dem jüngeren Geschwisterkind gegenüber Ausdruck einer defizitären bzw. konflikthaften Beziehung zwischen dem Kind und seinem mütterlichen Objekt ist.

3.3.2 Der Einfluss älterer Geschwister auf die frühe Entwicklung

Der für diese frühe Phase formulierte Grundkonflikt der Nähe versus Angst vor Überwältigung (Ermann 2007, 36) soll nun in Hinblick auf denkbare Einflüsse durch Geschwister nachgegangen werden. Dabei finden Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung (Stern 1992, 2004; Dornes 1994, 1995) Berücksichtigung. Die Säuglingsforschung ist überwiegend experimentell ausgerichtet und untersucht z.B. die visuelle Präferenz für verschiedene Gesichter und die Interaktionskompetenz des Säuglings.¹⁰

¹⁰ Die Übertragung der Befunde der Säuglingsforschung auf spätere pathologische Zustände ist von Dornes (1995) und Mertens (2005) kritisiert worden. Für die vorliegende theoretische Auseinandersetzung und für die klinische Ausrichtung der Arbeit ist dennoch diese Vereinfachung naheliegend, um sich der frühen Psychodynamik der Geschwisterbeziehung nähern zu können.

Geschwister werden schon sehr früh als bedeutsame Objekte wahrgenommen und tragen vermutlich auch zum Aufbau von Urvertrauen bei. Dornes (1995, 47) hebt das aktive Interesse des Säuglings in seiner Hinwendung zu anderen Personen und seiner Umwelt hervor. Stern (1992) führt das Konzept der „*Repräsentanz generalisierter Interaktionen*“ (RIGs) ein. RIGs dienen der Orientierung und Regulierung in zwischenmenschlichen Beziehungen und sind letztendlich Repräsentationen verinnerlichter Beziehungserfahrungen. Stern (1992) wendet sich gegen die Vorstellung einer anfänglich autistischen und symbiotischen Phase, wie sie von Mahler et. al (1980) vertreten werden, sondern spricht dagegen von „*self-with-other*“ (Stern 1992). Die Separation, also das Erleben von Getrenntheit, existiert nach Stern vielmehr von Anfang an und impliziert das Vorhandensein eines intersubjektiven Selbst und einer intersubjektiven Bezogenheit.

Daraus lässt sich die Annahme einer eigenständigen Entwicklungslinie der Geschwisterbeziehung ableiten, die auch im Rahmen der Objektbeziehungstheorie Bestand haben könnte:

“These lead to a conclusion that there is a separate sibling line of separation-individuation from earliest childhood which operates along and/or is intricately linked with infantile attachments to and separations from the both parents.” (Graham 1988, 107)

Objektbeziehungstheoretisch betrachtet sind frühe Internalisierungsvorgänge eng mit oraler Aktivität verbunden. Nach Stern (1992, 329) ist Internalisierung darüber hinaus mit visueller Aktivität verknüpft. Das Beziehungserleben des Säuglings ist in dieser Zeit vor allem funktionsbezogen, d.h. es handelt sich um Teil-Objekt-Beziehungen, wo sich erste Repräsentanzen von Personen entwickeln und voneinander unterscheiden.

Das Kind entdeckt nach Stern schon früh, dass es innere Erfahrungen mit anderen teilen und kommunizieren kann. Da das sich entwickelnde Selbst des Säuglings von Anfang an sozial bezogen ist und die Erfahrung des auftauchenden Selbst nur mit und im Austausch mit anderen überhaupt möglich ist, dürften RIGs nicht nur mit den Eltern, sondern auch mit Geschwistern eine wichtige Rolle spielen.

Dornes (1994, 1995) postuliert, dass der Säugling verschiedene Sinneseindrücke koordiniert und im ersten halben Jahr ein einheitliches Objektkonzept entwickelt. Es sind vor allem die Alltagserlebnisse mit wenig hoher Spannung, die konstituierend seien. Überträgt man diese Beobachtung auf die frühe Geschwistererfahrung, so besteht bei Geschwistern von Beginn an

die Möglichkeit einer intensiven körperlichen Intimität und Nähe¹¹. Auch wenn die zentrale Bezugsperson in der Regel die Mutter ist, so ist die reale Anwesenheit von anderen konkreten Personen - und das kann eben auch eine Schwester oder ein Bruder sein - an der Beziehungsregulation des Säuglings mitbeteiligt. Sie verbringen oftmals viel Zeit mit dem Säugling, werden auch aktiv in die Betreuung und Pflege einbezogen, spielen und beschäftigen sich mit dem Kind. Aus diesem Grund könnten ältere Geschwister in die frühen Regulationsprozesse des Säuglings involviert sein. Das körperliche Ich-Erleben des Säuglings ist dann nicht nur von der Interaktion mit der Mutter bzw. den Eltern beeinflusst, sondern darüber hinaus auch von der körperlichen Erfahrung mit einem oder mehreren bedeutsamen Geschwistern.

Auch Dunn & Kendrick (1982) betonen in ihrer Studie die Dichte der Interaktionen zwischen Geschwistern im ersten Lebensjahr und den Modellcharakter des Älteren für das jüngere Kind:

„These imitative sequences demonstrated both the attention paid by each child to the other and the power of the older as model for the younger“. (Dunn & Kendrick 1982, 42)

Die Aktionen des Geschwisters werden vom jüngeren Kind oft imitiert und selten ignoriert. Man kann diese Erfahrungen auch auf die von Stern (1992, 191) beschriebene Gemeinsamkeit affektiver Zustände am Ende des ersten Lebensjahres geltend machen, die für die Entwicklung des Kindes von herausragender Bedeutung sind. Die „Affekt Abstimmung“ (Stern u.a. 2005, 97) also die affektive Einstimmung der Mutter auf den Gefühlszustand des Kindes, müsste folglich auch auf die Geschwisterbeziehung übertragen werden können. Kommt es zu einer Passung in der Affektkommunikation zwischen den Geschwistern hätte dies eine entwicklungsfördernde Funktion. Da aber die Beziehungsgestaltung von Kindern starken Schwankungen und Instabilitäten unterworfen ist, erleben Babys in der Beziehung zum älteren Geschwisterkind vermutlich auch Störungen, mangelndes Tuning und Diskontinuitäten. Das kindliche Verständnis von Konstanz und Sicherheit könnte gestört werden, wenn das Geschwisterkind das Baby oft anders beantwortet als die Eltern oder wenn das ältere Kind aufgrund eigener unkontrollierter Affekte den Säugling überfordert. Diese Konflikte können noch nicht symbolisiert werden. Überwältigungs- und Fragmentierungsängste, die als Kernangst in dieser Entwicklungsstufe gelten dürften, können somit bei einer negativen Entwick-

¹¹ Dieses gilt natürlich besonders bei Zwillingen, die schon intrauterin eine gemeinsame körperliche Erfahrung teilen.

lung durch ein Geschwisterkind induziert werden. Diesbezügliche Konflikte und Abwehroperationen strukturieren die innere psychische Welt des Kindes (Ermann 2007; Mentzos 2009). Die bei Geschwistern oftmals noch im Erwachsenenalter zu beobachtende Spaltung der Gefühle und Ambivalenz (siehe Kap. 3.4.1) haben ihren genetischen Ursprung möglicherweise in dieser frühen Zeit, wo Spaltung als Hauptabwehrmechanismus der sensorischen Entwicklung gilt (Ermann 2007, 54).

In der Säuglingsforschung werden Wünsche nach Symbiose als symbolische Überarbeitungen einer gestörten Selbstregulierungsfähigkeit des Säuglings verstanden (vgl. dazu Dornes 1995, 77). Persistierende symbiotische Wünsche an ein bedeutsames Geschwisterkind können also aus Defiziten und Störungen in der Beziehung zur Mutter resultieren und haben kompensatorische Aspekte, was als Kompensationshypothese bezeichnet wird (Bank & Khan 1994). Das würde einen positiven Einfluss auf den Grundkonflikt der sensorischen Entwicklung haben und kann dem Säugling Differenzierungsprozesse erleichtern und Trennungsreaktionen mildern. Die Entwicklung von Nähe, von Kommunikation und Beziehung wird somit unter Umständen durch das Geschwisterkind unterstützt und trägt zur Entwicklung der Ich-Funktionen bei (Bank & Khan 1994; Leichtmann 1985; Parens 1980).

3.4. Individuations- und Autonomieentwicklung

Im ersten bis zum vierten Lebensjahr steht die Individuations- und Autonomieentwicklung des Kindes im Vordergrund (Mahler et al. 1980). In der Phase der Individuationsentwicklung, die Mahler zwischen dem sechsten und dem 18. Lebensmonat ansiedelt, stehen weitere Integrations- und Differenzierungsprozesse, vor allem Bedürfnisse nach Bindung im Mittelpunkt, da Verlassenheit und Getrenntheit erfahren und vorstellbar geworden sind.

Die gleichbleibende, haltende Zuwendung führt in einer normalen Entwicklung dazu, dass die Getrenntheit von der Mutter als Person außerhalb des eigenen Selbst anerkannt werden kann. Mit 18 Monaten erfährt das Kind konstante Vorstellungen von sich und anderen, auch wenn diese nicht real anwesend sind. Scheitert die Individuationskrise, bestehen Verlassenheits- und Verfolgungängste weiter, psychische Funktionen und Selbst-Gefühl bleiben an die reale Anwesenheit konkreter Personen gebunden. Der depressive Grundkonflikt wird nach dieser Auffassung hier fixiert.

Am Ende des zweiten Lebensjahres entwickelt das Kind durch die Beherrschung der Ausscheidungsfunktionen, des Laufens und des Spracherwerbs zunehmende Unabhängigkeit. Objekt- und Selbstrepräsentanzen werden stabiler. Der diese Phase bestimmende Konflikt ist

der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt. Es geht während der Autonomieentwicklung vor allem um die Überwindung von Trennungs- und Selbstbehauptungsambivalenz, um die Stabilisierung der Regulation des Selbstwertgefühls und um die Überwindung der passiven Versorgungswünsche der frühen Entwicklung. Wenn der Autonomiekonflikt toleriert wird, entsteht die Fähigkeit zum Alleinsein. Pathologische Lösungen führen zu Fixierung des Abhängigkeitserlebens und zur selbstverleugnenden Anpassung an die Bedürfnisse des anderen. Überlegungen zu den Geschwistereinflüssen auf die Individuations- und Autonomieentwicklung des Kindes sollen nun erfolgen.

3.4.1 Der Einfluss der Geschwisterbeziehung auf die Bildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen

Ich beziehe mich auf die in Kapitel 2.3. genannten klinischen Studien, die in den 80er Jahren am Child Study Center der Yale Universität gemacht wurden. Während die britische Objektbeziehungstheorie den Geschwistern wenig Aufmerksamkeit zuteil worden ließ, ist es v.a. die amerikanische Ich-Psychologie und Narzissmustheorie, die den entwicklungsfördernden Einfluss von Geschwister auf die Individuations- und Separationsentwicklung herausstellt. In dieser psychoanalytischen Betrachtung wird die Geschwisterbeziehung als Objektbeziehung beschrieben, die aufgrund kinderanalytischer Studien und Beobachtungen die Interaktion zwischen Geschwistern als auch Fantasien und intrapsychische Repräsentanzen in den Vordergrund stellt, die durch Vorgänge der Introjektion, Internalisierung und Identifikation angenommen werden. Agger spricht explizit von Geschwisterrepräsentationen:

„While the mother is usually the first love object and the immediate source for identification and early learning, the existence of actual siblings as well as internal sibling representations (Hervorhebung von mir) within the mother's psyche exert a sizeable effect upon the child's ego development.“ (Agger 1988,3)

Auch der Psychoanalytiker Graham (1988, 91) spricht von „*sibling objects*“. Er postuliert, dass in der intrapsychischen Organisation die Eltern die Primärobjekte und die Geschwister „*developmental companion*“ und „*transferential shaper*“ sind, die als Objekte das kindliche Universum erweitern und gleichermaßen Identitätsstiftend sind.

Parens (1980), der mehrere Vorschulkinder auf dem Hintergrund einer psychoanalytisch orientierten klinischen Studie untersucht hat, geht ebenfalls von der Existenz von Geschwisterobjekten aus und stellt sie in ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung als fast gleich-

rangig mit den Elternobjekten heraus. Geschwister können ihm zu Folge komplementäre Primärobjekte darstellen.¹²

Im deutschsprachigen Raum betont z.B. auch Cierpka, dass die Geschwisterbeziehung eine bedeutsame Objektbeziehung sein kann, die die innere Repräsentanzenwelt des Kindes erweitert und unter Umständen negative Objekterfahrungen mit den Eltern korrigiert (Cierpka 2001, 44). Sohni spricht von „*Brückenobjekten*“. In einer Familie mit mehreren Geschwistern existieren von Beginn an weitere Dyaden, die jedoch gleichzeitig - und das mache die Komplexität aus - triadischer Natur sein (Sohni u.a. 1998).

Aufkommende Verlassenheitsängste zum Primärobjekt führen also unter Umständen zu einer stärkeren Bindung unter Geschwistern, aber die damit einhergehenden symbiotischen Bindungen, die in dieser präödiptalen Zeit entstehen, können auch bedrohlich sein. Denn aufgrund der Unreife des Geschwisterkindes ist vorstellbar, dass das Erleben von Willkür und Unzuverlässigkeit zunehmen. Mal entsteht intensive Nähe, dann wieder Abgrenzung und Distanz, was zu verstärkter Aggressivität und Zunahme zerstörerischer Impulse führen kann. Negative Gefühle, die z.B. eine emotional abwesende und zurückweisende Mutter ursprünglich induziert hat, können unter Umständen auf das Geschwisterkind projiziert werden, kehren aber wegen der noch mangelnden Ich-Abgrenzung als negative Selbstrepräsentanz wieder zurück. Diese werden nach außen projiziert, was als Verfolgungsangst zurückkehrt. Dieser Abwehrvorgang, von Melanie Klein (1962 [1994]) als paranoid-schizoide Position beschrieben, könnte zwischen Geschwistern eine größere Rolle spielen.

Um das Primärobjekt zu schützen, bietet sich eine Verschiebung der als negativ erlebten Impulse auf nicht so bedeutsame Personen wie Bruder oder Schwester an. Da die Spaltungsprozesse jetzt besonders ausgeprägt sind, kann der Bruder oder die Schwester als ausschließlich gut oder böse erlebt werden. Es ist zu vermuten, dass Geschwisterobjekte sich für die Projektion negativer Selbstanteile anbieten, da dies weniger bedrohlich erscheint als gegenüber der primären Bezugsperson, von dem das Kind abhängiger ist als von einem Geschwisterkind. Da dieser Abwehrmechanismus für beide Kinder mehr oder weniger gleichermaßen wirksam ist,

¹²Aufgrund dieser Konzeptualisierungen werde ich analog zu dem in der Psychoanalyse üblichen Termini der Elternobjekte und Elternrepräsentanzen, von Geschwisterobjekten und Geschwisterrepräsentanzen sprechen, was deskriptiv zu verstehen ist und in Anlehnung an die moderne Gedächtnisforschung keine abgrenzbare innerseelische Struktur meint (vgl. Leuzinger-Bohleber & Pfeiffer 2002).

könnte es hier zu projektiven Identifikationen kommen, die eine relativ, vom mütterlichen Objekt unabhängige und überdauernde Dynamik bekommen.

Die Entstehung starker positiver und negativer Gefühle zwischen Geschwistern, das oftmals beschriebene enge Beieinanderliegen zwischen Liebe und Hass (s.u.), sind also nicht nur mit der frühen affektiven Entwicklung verankert, sondern gehen mit der Separations- und Individuationsentwicklung¹³ weiter einher. In der von Mahler et al. (1978) beschriebenen Separations-Individuationsentwicklung ist der Hauptabwehrmechanismus der Spaltung. Aus Objekt- und Ich-Psychologischer Perspektive muss das Kind, um Ambivalenzfähigkeit zu erlangen, liebende und aggressive Affekte in der Beziehung zum Objekt integrieren lernen (Kernberg u.a. 1997). Auf diese Weise kann sich das Kind des bösen Objektes entledigen, so dass die narzisstische Besetzung des Selbst stimuliert wird. Erst dann können Autonomie und Abgrenzung für die Entwicklung der eigenen Identität fortschreiten. Die persistierende Ambivalenz unter Geschwistern könnte bedeuten, dass die Entwicklung dieser Beziehungsfähigkeit gegenüber den Geschwistern oftmals schwieriger zu bewerkstelligen ist als den primären Objekten gegenüber. Den Abwehrmechanismus der Spaltung in präödiptalen Geschwisterbeziehungen stellen auch Sharpe & Rosenblatt heraus:

„If these defenses become too fixed and rigid at any developmental point, the child may become polarized at one end of the loving-hating continuum in relation to his sibling and develop a rather fixed idealization or devaluation of the sibling.“ (Sharpe & Rosenblatt 1994, 496)

Unscharfe Selbst-Objekt Grenzen und der Gebrauch primitiver Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion und projektive Identifizierung verstärken idealisierende bzw. abwertende Geschwistervorstellungen (Sharpe & Rosenblatt a.a.O.). Die starke Ambivalenz unter Geschwistern wird nach Kasten in vielen Studien als typisch für ihre Dynamik herausgestellt:

„Ambivalente, zwiespältige Geschwisterbeziehungen, die durch gleichzeitiges Vorhandensein von Akzeptanz, Zuneigung und Neid, Liebe und Haß gekennzeichnet sind, kommen relativ häufig vor. Einige Geschwisterforscher betrachten Zwiespältigkeit oder Ambivalenz sogar als ein wesentliches Merkmal der Geschwisterbeziehung.“ (Kasten 1999, 59)

Die Geschwisterobjektbeziehung kann also Konflikte zum Primärobjekt abschwächen, aber im Zuge dieses Prozesses können sich gleichzeitig pathogen wirkende Repräsentanzen entwi-

¹³ Hier wird aus objektbeziehungstheoretischer Sicht derselbe Vorgang beschrieben, der unter 3.1 für die frühe Affekt- und Wahrnehmungsentwicklung geltend gemacht wurde.

ckeln. Eventuell vorhandene strukturelle Defizite würden dann dazu führen, dass sich Kernängste verstärken, die die Ich-Organisation und die Art der Objektverwendung schwächen. Die für diese Phase definierte Aufgabe der Lösung des Abhängigkeits-Autonomie-Konfliktes, der in der Regel ausschließlich in der Beziehung zum Primärobjekt erfasst wird (Mertens 2004), sollte m.E. auf bedeutsame Geschwisterbeziehungen erweitert werden.

Diese Überlegung verweist auf das Konzept der Übergangsobjektbeziehung. Winnicott (1969, 667) hat diese Funktion zwar einer Puppe oder einem Stofftier zugeschrieben, aber nach Meinung von Kinderanalytikern können auch Geschwisterbeziehungen Aspekte einer Übergangsobjektbeziehung haben (Bank & Khan 1994, 36; Leichtmann 1985). Diese Übergangsbeziehung kann sowohl für das ältere als auch für das jüngere Kind frustrierend sein. Das Allmachtsgefühl eines z.B. dreijährigen Kindes, wenn es dem jüngeren gegenüber Dominanz ausübt, kann als Sicherheit, Autonomie und Kontrolle erlebt werden. Es könnte aber auch zum Erleben von Unterdrückung, Feindseligkeit, Aggression und Frustration führen. Bedrohliche Objektrepräsentationen wären die Folge einer konflikthaften, aggressiv aufgeladenen Geschwisterdynamik sein, wie sie für die Übergangsobjektbeziehung typisch sein kann (vgl. Bank & Khan 1994, 37).

Häufig erleben Jüngere, dass die Älteren sich ihnen entziehen oder offen zurückweisen. Für ein jüngeres Kind kann es dann schwierig sein, progressive Entwicklungsschritte zu machen. Denn wenn das ältere eine warme, positive Beziehung zum jüngeren Geschwisterkind sucht und mit dessen verspielten, regressiven Seiten identifiziert ist, wird es die sich entwickelnden reiferen Qualitäten des jüngeren Kindes weniger tolerieren, das dann in der Rolle des Kleinen gefangen bleibt. Haben Geschwister füreinander die Funktion einer Übergangsobjektbeziehung, so kann dies eine weitere Quelle für die starke Ambivalenz sein, die Geschwisterbeziehungen kennzeichnet:

„Solche und zahlreiche andere mögliche Frustrationen bilden den strukturellen Unterbau für die gespaltenen Gefühle von gut/böse, Ich/nicht Ich, Nähe/Distanz, die so viele Geschwisterbeziehungen in der späten Kindheit und bis ins Erwachsenenalter hinein charakterisieren. Völlige Verschmelzung mit dem Bruder und der Schwester bis hin zum Verlust des Selbst und völlige Vermeidung mit dem Ergebnis lebenslanger Fremdheit sind die zwei extremsten Lösungen für dieses Dilemma der Bindung an das Übergangsobjekt.“ (Bank & Khan 1994, 37)

3.4.2 Einflüsse der Geburtsposition auf die Autonomie- und Individuationsentwicklung

Leichtmanns (1985, vgl. Kap. 3.3.1) Beobachtungen sind eine Bestätigung dafür, dass kleine Kinder eine enge Bindung an die älteren Geschwister aufbauen und somit die physische und psychologische Distanz zur Mutter erhöhen. Während der Übungsphase haben die Älteren seiner Meinung nach einen enormen Einfluss auf die Babys, da diese sich mit den Geschwistern identifizieren. Die jüngeren versuchen die älteren Geschwister zufrieden zu stellen und suchen ihre Nähe. Die jüngeren entwickeln größere Frustrationstoleranz und seien zwar leichter zufrieden zu stellen, werden aber im ersten und zweiten Lebensjahr oft Opfer der älteren Geschwister. Im zweiten und dritten Lebensjahr erlebt das jüngere Kind erstmalig Rivalität dem älteren gegenüber. Die kognitiven und repräsentalen Fähigkeiten führen zur Einsicht von Unterschieden. Das Kind neidet jetzt alles, was das ältere kann. Die negativen Gefühle den älteren Geschwistern gegenüber gehen mit Bewunderung und Idealisierung einher. Leichtmann kommt zu dem Schluss, dass der Einfluss älterer Geschwister auf die Autonomie- und Identitätsentwicklung der jüngeren Geschwister sehr hoch sein kann:

„(...) the general effects across stages with normal children from mothers and influencing identity formation on the basis of increasingly ambivalent identifications with older brothers and sisters.“ (Leichtmann 1985, 157)

Es kommt nach Beobachtung des Autors aber nicht nur in der Beziehung zur Mutter zu einem Bestreben nach Autonomie und Individuation, sondern auch im Kontext der Geschwisterbeziehung. Wenn jüngere Kinder in der Beziehung zu dem älteren Geschwister Teil mehr Autonomie und Individuation entwickeln, erleben sie häufig eine Krise, die im Vorschulalter ihren Höhepunkt erreicht:

„ (...) that 'separating' and 'individuating' from older sibling constitutes an important developmental task in the preschool years.“ (Leichtmann 1985, 113)

Für das erstgeborene Kind könnte dies bedeuten, dass die hohe Bereitschaft des Bruders oder der Schwester sich mit ihm zu identifizieren, dazu führt, dass er nicht nur von den Eltern (vgl. Kap. 3. 3. 2), sondern auch vom jüngeren Geschwisterkind mehr narzisstische Zufuhr bekommt. Distanzierungswünsche des Jüngeren können zusätzlich dazu führen, dass sein bis dahin erreichtes narzisstisches Gleichgewicht gestört wird. Da Erstgeborene vor allen von Eltern und jüngere Kinder überwiegend von Geschwistern lernen (Moore & Cox 1990), aber Eltern gleichzeitig im Umgang mit den Erstgeborenen unsicherer und ängstlicher sind als bei

später Geborenen (vgl. Kap. 3.3.2) ist folglich von einer stärkeren narzisstischen Vulnerabilität bei Erstgeborenen auszugehen.

Eine Folge dieser Problematik könnte sein, dass sie aus einer eigenen psychischen Bedürftigkeit heraus unter Umständen versuchen, das jüngere Geschwisterkind stärker an sich zu binden und Dominanz auszuüben, was von Geschwisterforschern auch konstatiert wird (Bank & Khan 1994; Leichtmann 1985, Volkan & Ast 1997). Jüngere erfahren stärker aggressive und feindselige Tendenzen, die nachhaltig traumatisierende Wirkungen haben können:

“In our experience the youngest child`s unconscious fantasies pertaining to elder siblings occur more often when the former has experienced a trauma such as being threatened or beaten by the older child, (...)” (Volkan & Ast 1997, 9).

Persistierende symbiotische Bindungen der jüngeren Kinder an die Mutter können aus dieser Sicht als Schutz und Abwehr gegen feindselige und konflikthafte Geschwistereinflüsse verstanden werden. Weitergehende bindungstheoretische Überlegungen stehen im Folgenden im Mittelpunkt der Überlegungen.

3.5 Bindung und Mentalisierung unter Geschwistern

Angesichts der Enge und Nähe zwischen Geschwistern ist davon auszugehen, dass enge Bindungsqualitäten unter ihnen entstehen können. Dunn & Kendrick (1982) beobachteten Bindungsqualitäten zwischen Geschwistern im ersten und zweiten Lebensjahr, die sich besonders dann entwickeln, wenn die älteren fürsorglich und liebevoll zu den jüngeren Geschwistern sind:

„(...) and it seemed quite appropriate to describe their relationship with their elder sibling as having the quality of an attachment, in the terms of Bowlby (1969) and Ainsworth (1973).”
(Dunn & Kendrick 1982, 43)

Bank & Khan (1994, 33) gehen davon aus, dass Bindungsmuster zwischen Geschwistern enger werden, wenn die Beziehungen zu den Eltern instabil sind (Bank & Khan 1994, 33). Die Autoren problematisieren, dass diese Bindungsmuster unbefriedigend, instabil und von Ängsten begleitet seien. Ihren kompensatorischen Effekt würden sie verlieren, wenn die Abhängigkeitsbedürfnisse des Kindes zwangsläufig durch Geschwister frustriert werden. Die älteren Kinder zeigen gleichermaßen, oft auch gleichzeitig unterstützendes als auch feindseliges Verhalten (vgl. dazu auch Cicirelli 1995, 43).

Teti & Ablard (1989) haben in einer experimentellen Studie die Entwicklung von Attachment zwischen Geschwistern im Verlaufe der frühen Kindheit untersucht. Sie finden Anhaltspunkte dafür, dass die jüngeren Geschwister mehr Bindungsverhalten bezüglich der älteren Geschwister zeigen als umgekehrt. Gleichzeitig ist eine sichere und verlässliche Bindung beider Kinder an die Mutter dem Aufbau von Anhänglichkeit zwischen den Geschwistern förderlich. Dies widerspricht der Kompensationshypothese von Bank & Khan (1994), die behaupten, dass eine enge Bindung unter Geschwistern vor allem bei als defizitär erlebten Eltern entsteht. Ein älteres Geschwisterkind könnte unter Umständen für den Säugling in der Hierarchie der Bindungspersonen weit oben stehen und zu einer sicheren Bindungsrepräsentanz beitragen, wenn es z.B. in die Fürsorge und Pflege des Säuglings eingebunden ist. Die zitierten empirischen Untersuchungen haben gezeigt, dass jüngere Kinder zu einem älteren Geschwisterkind stärkere Bindungen haben als andersherum.

Eng mit der Bindungstheorie verbunden ist das Konzept der Theory of mind (Fonagy et al. 2004). Mentalisierung ist angelehnt an das Konzept der „*Theory of Mind*“ und meint die sich entwickelnde Fähigkeit des Kindes, mentale Zustände bei anderen Menschen zu vermuten und zu verstehen. Fonagy & Target (u.a. 2004) stellen einen systematischen Zusammenhang zwischen Bindungsforschung, Psychoanalyse und dem Mentalisierungskonzept her. Der Fähigkeit, emotionale Zustände bei sich und anderen unterscheiden zu können, misst die Forschergruppe um Fonagy für eine gesunde psychische Entwicklung eine große Bedeutung bei.

Die zunehmende Fähigkeit des Kindes, sich selbst als Urheber zu begreifen, äußert sich darin, dass das Kind mentale Zustände differenzierter wahrnimmt. Es ist eine Grundvoraussetzung dafür, soziale Interaktionen emotional und kognitiv zu verstehen und erklären zu können. Als notwendige Bedingung für diese Entwicklung sehen Fonagy & Target eine sichere Bindung des Kindes an seine Bezugspersonen.

Danach lernen Kinder zwischen drei und fünf Jahren, Überzeugungen einer anderen Person einzubeziehen. Davor verstehen sie nicht, dass subjektive Überzeugungen von der Realität abweichen können und berücksichtigen somit auch keine Handlungsvorhersage.

Fonagy & Target problematisieren, dass die Forscherperspektive in der Entwicklungspsychologie stark auf die Eltern bzw. Mutter-Kind-Interaktion ausgerichtet sei und ziehen Forschungsergebnisse heran, die den wichtigen Beitrag älterer Geschwister für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit unterstreichen:

„Wie stark die Familie am Erwerb der Theorie des Mentalen durch das Kind beteiligt ist, belegt auch die Beobachtung, dass Kinder, die ältere Geschwister haben, bei Aufgaben zu „falschen Überzeugungen“ offenbar deutlich besser abschneiden als andere, die ohne Geschwister aufwachsen.“ (Fonagy et al. 2004, 39)

Die Entwicklung der kommunikativen Fähigkeiten hat vermutlich innerhalb der Geschwisterbeziehung eine andere Qualität als in der Kommunikation und Interaktion zwischen Kind und Erwachsenen. Aber aus einer lernpsychologischen Perspektive können Geschwister die Mentalisierungsfähigkeit eines Kindes erhöhen.

Leider führen Fonagy et al. die Perspektive auf die Geschwister nicht fort. Eine Unterstützung der Vermutung, dass Mentalisierungsprozesse unter Geschwistern eine Rolle spielen, zeigt sich in Untersuchungen, nach dem Kinder zwischen drei und fünf Jahren einfühlsame Bemerkungen über die Bedürfnisse und Gefühle vor allem jüngerer Geschwister machen. Dieses ist wohl besonders dann zu beobachten, wenn die Mutter-Kind-Gespräche über Gefühle abnehmen (Cicirelli 1995, 110). Die Geschwisterforscher Dunn & Kendrick argumentieren ähnlich, wenn sie feststellen:

„The nature of the relationship between the siblings will be deeply influenced by the growing sensitivity of each child to the other as a person – the extent to which each child perceives the other child’s feelings, understands his or her intentions, likes and dislikes, and acts appropriately towards him or her on the basis of this understanding.“ (Dunn & Kendrick 1982, 45)

Aber die positiven Effekte des Bemühens eines älteren Geschwisters können meines Erachtens auch negativ sein. Denn ältere Geschwister können z.B. von den Reaktionen eines nicht zu beruhigenden Babys sicher überfordert sein. Entgleisungen können sich entwickeln, wenn die Geschwister auf die Reaktionen des anderen abweisend reagieren und die Motive und Gefühle gegenseitig nicht vermittelbar sind:

„Often sibling help is strongly resisted by younger siblings, who perceive it as an attempt to assert dominance and control rather than as a well intentioned desire to help.“ (Cicirelli 1995, 111)

Im Zuge der bisherigen Entwicklungsaufgaben werden vom Kind zunehmend Geschlechtsunterschiede wahrgenommen und die Geschlechtsidentität beginnt sich zu entwickeln. Ge-

schlechtsspezifische Aspekte der Geschwisterbeziehungen werden nun bei der Darstellung der ödipalen Entwicklung thematisiert.

3.6 Aspekte der Geschwisterdynamik in der ödipalen Entwicklung

Parallel zur Autonomie- und Individuationsentwicklung verläuft die präödipale und ödipale Entwicklung, in der es um die Akzentuierung der Fragen der Geschlechtsidentität geht. Kindlich-sexuelle Bedürfnisse, Konflikte der Ausgestaltung von Männlichkeit und Weiblichkeit, Triangulierungs-Konflikte und das Erleben triadischer Beziehungsstrukturen werden nun hinsichtlich der Geschwisterdynamik verfolgt.

Ist das Kind drei Jahre alt, fällt dieser Zeitpunkt mit dem Interesse des Kleinkindes für den Geschlechtsunterschied, seine sexuelle Identität und die Herkunft der Kinder zusammen.

Durch die Entwicklung der Sprache entsteht auch eine basale Vorstellung des eigenen biologischen Geschlechts. Die Grundeinstellung: „*Ich bin eine Junge, ich bin ein Mädchen*“ ist die Kerngeschlechtsidentität. Parallel dazu entwickelt sich das Erfahren der Zugehörigkeit zu der eigenen Generation: „*Ich bin ein Kind, die anderen sind die Erwachsenen*“ (Rudolf 1996, 39). In psychoanalytischen Konzepten der Geschlechtsidentität fehlen Überlegungen zu Geschwisterbeziehungen so gut wie vollständig. Meines Wissens geht nur Sohni (1988) von einer gemeinsamen geschwisterlichen psychosexuellen Entwicklung aus. Deshalb möchte ich hinzufügen, dass ein Geschwisterkind doch vermutlich auch eine geschlechtsspezifische Geschwisteridentität ausbildet: „*Ich bin eine Schwester*“ bzw. „*Ich bin ein Bruder*“.

Die Kerngeschlechtsidentität (Stoller 1968) entsteht aus nicht konflikthafter kognitiver Erfahrung. Diese Haltungen werden durch die Erfahrung, die man als Junge bzw. als Mädchen macht, verinnerlicht. Dadurch wird eine Geschlechtsrollenidentität ausgeformt. Sie wird Bestandteil der Selbstrepräsentanz. Die Kerngeschlechtsidentität entsteht aus frühen Selbst-Identifikationen als männlich oder weiblich, später werden sie durch die Genitalien erfahrbar und symbolisiert. Das Kerngeschlecht bestimmt die Nachahmung und Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und leitet somit in die ödipale Phase ein. Durch die ödipale Entwicklung wird sie durch Identifizierungen zu einem dauerhaften Bestandteil des Identitätsgefühls. Die ödipale Zeit intensiviert die bereits bestehende Geschlechtsdifferenz. Die asymmetrischen Beziehungsmuster und Aufgabenverteilungen zwischen den Geschlechtern schaffen auch unterschiedliche Voraussetzungen und Verläufe.

Bezogen auf die vorliegende Thematik bedeutet dies, dass die Entwicklung der Geschlechtsidentität auch die Repräsentanz und Identifikation als Bruder bzw. als Schwester einbeziehen könnte und in dieser Zeit psychisch und kognitiv verankert wird.

3.6.1 Präödipale Triangulierungsprozesse

Kennzeichnend für die präödipale Entwicklung ist der Triangulierungskonflikt ab dem dritten Lebensjahr als Vorläufer des späteren ödipalen Konflikts. Abelin (1971[1986]) entwickelte das Konzept der „*frühen Triangulierung*“. Der Vater bekommt die Position des Dritten, der Distanz ermöglicht, ohne dass die Mutter verlassen werden muss. Die „*Vatersehnsucht*“ führt nach Meinung des Autors zu einem Loyalitätskonflikt, der sich mit der Angst vor Liebesverlust verbindet sowie mit der Neigung, Bedürfnisse nach Selbstständigkeit mit Schuldgefühlen zu beantworten. Die frühe Triangulierung findet während der beschriebenen Autonomie-Individuationsentwicklung statt und bezeichnet den Prozess der Erweiterung der Dyade zur triadischen sozialen Beziehung. Damit gehen, jetzt zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr, phallisch-narzisstisches Trieberleben, die Entwicklung reiferer Abwehrmechanismen und ganzheitlichere Objekt- und Selbstrepräsentanzen einher.

Abelin (1986) hebt zwar überwiegend die wichtige Bedeutung des Vaters in der Strukturbildung hervor, aber er macht auf einen Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Triangulierung aufmerksam, der für den vorliegenden Zusammenhang von besonderem Interesse ist. Während der Junge den Vater für die Triangulierung braucht, gelingt dem Mädchen zunächst in der Identifizierung mit der Beziehung der Mutter zu einem anderen Säugling der entscheidende Schritt für die Ausbildung ihrer Geschlechtsidentität. Diese Form der Triangulierung für die weibliche Entwicklung bezeichnet er wie oben schon erwähnt als „*Madonna-Konstellation*“ (Abelin 1986, 65; vgl. Kap. 3. 3. 2). Gelöst wird dieser Konflikt durch das Erleben, dass die Beziehung zwischen den Eltern durch die Hinwendung zu einem Elternteil nicht zerstört und der in dem Moment verlassene Elternteil durch die Liebe zwischen den Eltern geschützt wird (Ermann 2007, 59). Ein Scheitern dieser Phase kann dazu führen, dass ein Mensch im Erwachsenenleben immer wieder in Loyalitätskonflikte verwickelt wird und große Angst vor Liebesverlust hat.

In Bezug auf die Frage der Loyalitätskonflikte ist zu überlegen, ob diese auch in der Hinwendung des Kindes zu einem Bruder oder zu einer Schwester erlebt werden.

Graham (1988) kommt aufgrund einer Untersuchung von 35 Patienten, die psychoanalytisch behandelt wurden, zu der These, dass Triangulierungsprozesse durch Geschwister in frühester Kindheit ödipale Prozesse vorausnehmen bzw. gestalten. Auch Bank & Kahn (1982) postulieren, dass eine Geschwistertriangulierung unabhängig von der Elterntriangulierung bestehen kann und als parallele Entwicklung die normale ödipale Eltern-Kind-Beziehung unterlaufe. Geschwister können nicht nur die präödipalen, sondern auch die ödipalen Triangulierungsprozesse unterstützen, wenn nicht sogar in manchen Fällen ersetzen.

3.6.2 Ödipale Triangulierung und ödipale Konflikte in Geschwisterbeziehungen

Ging es in der präödipalen Phase v.a. um die Konsolidierung der Geschlechtsidentität, so geht es in der ödipalen Phase um die Objektwahl, was sich am Ende des fünften Lebensjahres entfaltet. Die infantile Sexualität bekommt eine phallisch-genitale Prägung. Die Beziehungen werden mit kindlich-sexuellen Bedürfnissen und Fantasien besetzt. Das Konzept des vollständigen Ödipuskomplexes besteht aus der positiven bzw. gegengeschlechtlichen Position, wenn die Wünsche und Affekte auf das andere Geschlecht gerichtet sind, und aus der negativen, d.h. gleichgeschlechtlichen Position, wenn sie auf das gleiche Geschlecht gerichtet sind.

M. Klein (1962) und ihre Nachfolger (Britton et al. 1989) haben sich mit den intensiven Konflikten und Auswirkungen des ödipalen Konfliktes beschäftigt. Heftige Gefühle von Ausgeschlossenheit, Angst, Verlust und Zerrissenheit werden durch ödipale Illusionen, durch Entwertungen der Mutter oder des Vaters und durch Hass auf die Eltern abgewehrt. Wird der ödipale Komplex durch die Aufrechterhaltung dieser Abwehrmechanismen nicht bewältigt, zerfällt der psychische Raum und das Denken wird ebenso gestört wie die Kreativität. Die ödipalen Fantasien, die das Kind über die Beziehung der Eltern hat, beeinflussen nicht nur seine Objektbeziehungen, sondern auch seine Denkvorgänge (Bion 2002). Es ist bedeutsam, ob die Vereinigung der Eltern als lebendig und lustvoll oder als zerstörend und destruktiv empfunden und anerkannt werden kann. Der reife Ödipuskomplex (Rohde-Dachser 1987) kann sich nur innerhalb einer vollständigen Triade entwickeln, wenn das Kind die Beziehung zwischen den Eltern wahrnimmt und sexuell thematisiert (Urszenenfantasie). In Bezug auf die Eltern gibt das Kind den Konflikt mit fünf oder sechs Jahren auf, um in der Adoleszenz erneut reaktiviert zu werden. Das Selbst und die Eltern werden entidealisiert, das Kind kann seine Grandiosität aufgeben und sich als Kind mit seinen Begrenzungen akzeptieren. Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, Etablierung eines positiven Selbstwertgefühls als auch Festigung der sexuellen Identität sind die Aufgaben in dieser Entwicklungsphase. Damit

geht die Anerkennung des Geschlechts- und Generationsunterschieds einher. Fixierungen in der ödipalen Entwicklung führen zu einer schuldhaften Verarbeitung der sexuellen Identität oder werden durch Regression in das dyadische Beziehungserleben abgewehrt.

Aus der Perspektive der Geschwisterbeziehungen greift dieses Modell der Vater-Mutter-Kind Triade des ödipalen Dreiecks zu kurz und wird der psychosexuellen Entwicklung des Kindes, wenn es mit Geschwistern aufwächst, wohl nicht gerecht. Vielmehr geht man heute davon aus, dass Geschwister relativ unabhängig von den Elternobjekten selbst libidinös besetzte erotische Objekte sein können und dass sexuell akzentuierte Triebwünsche in der ödipalen Phase sich auch auf den Bruder oder die Schwester beziehen können (Graham 1988; Agger 1988; Bank & Khan 1994; Adam-Lauterbach 2007; Heenen-Wolf 2008). Dreh- und Angelpunkt ist innerhalb des psychoanalytischen Diskurses die Frage, ob und in welchem Ausmaß ödipal motivierte Geschwisterkonflikte im dynamischen Zusammenspiel mit den Elternbeziehungen betrachtet werden sollten oder ob sie gänzlich unabhängig von der Elterntriangulierung bestehen. Sharpe & Rosenblatt (1994) postulieren eine eigene ödipale Geschwisterlinie und sprechen sogar von einem Fehler in der psychoanalytisch-klinischen Literatur, wenn lediglich auf den Ersatz fokussiert wird:

„Although such displacements undoubtedly occur, to assume that all such constellations represent displacements seems to reflect an error common in the psychoanalytic literature (...) However, in our clinical experience, we have more often observed the equally affectively charged presence of parental and sibling oedipal issue, both in historical material and in transference manifestations.“ (Sharpe & Rosenblatt 1994, 493)

Sharpe & Rosenblatt (1994) berücksichtigen in ihren theoretischen Überlegungen den Entwicklungsstand des Kindes in Bezug auf das Auftauchen von Rivalität. Sie unterscheiden präödipale dyadische von der ödipalen Rivalität zwischen Geschwistern.

Die präödipale Rivalität sei dyadisch, wobei die Bindung zur Mutter gesichert werden soll. In der ödipalen und postödipalen Phase habe die Rivalität mehr eine modellierende und vergleichsweise realistische Qualität, in der das Geschwisterkind als Objekt wahrgenommen wird. Die präödipale Rivalität lässt sich nicht von der ödipalen abgrenzen und beeinflusst das Ausmaß der ödipalen Rivalität. Die Fixierungen von Idealisierung oder Abwertung können auf dem präödipalen, ödipalen oder postödipalen Level vorkommen. Sie stellen eine vorübergehende oder andauernde Lösung der Geschwisterrivalität dar. Auch hier können negative

und positive Formen auftreten. Die negative ödipale Position beziehe sich auf zwei gleichgeschlechtliche Geschwister im Werben um ein gleichgeschlechtliches Elternteil. Eine positive ödipale Position meint die Rivalität zweier gleichgeschlechtlicher Geschwister um den gegengeschlechtlichen Elternteil. Eine Mischung liege vor, wenn zwei gegengeschlechtliche Geschwister um ein Elternteil rivalisieren. In Familien mit mehreren Kindern käme es häufig zu einer Triangulation zwischen zwei Geschwistern und einem idealisierten Geschwisterteil. Die Ausgänge dieser Entwicklungsphase ähneln zwar den Lösungen des ödipalen Konflikts mit den Eltern, aber es käme, so die Autoren, häufiger zu einem offen bleibenden ödipalen Geschwisterkonflikt (Sharpe & Rosenblatt 1994, 500; auch Agger 1988; Wellendorf 1995).

Ist die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil am Ende der ödipalen Phase nur schwach ausgeprägt und konflikthaft, bleibt die ödipale Rivalität gegenüber den Geschwistern oftmals latent vorhanden und wirkt lebenslang fort. Bedeutsam scheint zu sein, dass die Eltern in der ödipalen Phase wichtige strukturgebende Akteure sind, die das Kind nicht nur unterstützen, die Generationsschranke und das Inzestverbot psychisch zu verankern, sondern auch helfen, die ödipale Triade in Bezug auf die Geschwister zu entschärfen.

In Bezug auf die Dynamik der Geschwisterposition könnte man der Frage nachgehen, ob der ödipale Elternkonflikt für Erstgeborene und Einzelkinder intensiver verläuft als für jüngere Kinder, die ödipale Strebungen vermutlich auch auf ältere Geschwister richten.¹⁴ Jüngere Geschwister haben vermutlich stärker ausgeprägte libidinöse und ödipal akzentuierte Wünsche den älteren Geschwistern gegenüber, sodass ödipale Konflikte auf der Geschwisterebene hier vermutlich stärker virulent werden als bei Erstgeborenen. Es könnte postuliert werden, dass der ödipale Konflikt intensiviert wird, wenn das ödipale Kind die Geburt einer Schwester oder eines Bruders erlebt.¹⁵

3.6.3 Zur Identitätsentwicklung als Schwester

Die Kritik an der klassischen psychoanalytischen Auffassung führte zu modernen psychoanalytischen Konzepten von Weiblichkeit (Rhode-Dachser 1991). Durch die Studien von Chodo-

¹⁴ Die Fallgeschichte von Freud „Der kleine Hans“ ist in diesem Zusammenhang ein Beispiel für einen intensiven ödipalen Konflikt eines erstgeborenen Jungen.

¹⁵ In der von Leichtmann (1985) beschriebenen Kinderbeobachtung war z.B. die Geburt des Bruders in der ödipalen Phase als ödipal motivierte Kinderwunschfantasie der älteren Schwester nachvollziehbar.

row (1978) und Benjamin (1988) richtete sich der Blick aus objektbeziehungstheoretischer Perspektive vor allem auf die Mutter-Tochter-Beziehung. In den 90er Jahren wurde das Erfahren weiblicher Körperlichkeit und Sexualität auch in Bezug auf erotische Aspekte der frühen Mutter-Tochter-Beziehung herausgearbeitet (Flaake & King 1992; Poluda-Korte 1993). In Abgrenzung zum phallischen Monismus wird von einer eigenen Entwicklungslinie der Weiblichkeit ausgegangen (Schäfer 2005; Person 1999). Weiblichkeit und Männlichkeit werden als Parallelkonstruktionen betrachtet.

Die weibliche Identitätsentwicklung findet von Geburt an statt. Es ist davon auszugehen, dass die Entwicklung der Geschlechtsdifferenzierung gegen Ende des ersten Lebensjahres stattfindet und im dritten Lebensjahr unverändert festgelegt ist (Mertens 1994a). In der phallischen bzw. protogenitalen-narzisstischen Phase wird die Neugierde auf Geschlechtsunterschiede und sexuelle Aktivitäten fokussiert. Hier bekommen neben den Eltern auch die Geschwister für die Festigung der eigenen Geschlechtsidentität eine bedeutsame Bedeutung:

„Der Wunsch, die Genitalien von Eltern, Geschwistern und anderer Kinder anzuschauen, hat nun die Dringlichkeit eines Triebabkömmlings, welche die sexuelle Schaulust von einer mehr allgemeinen Neugierde unterscheidet.“ (Mertens 1994a, 125)

Die Konsolidierung einer inneren Geschlechtsidentität gründet sich vor allem auf der Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Für das Mädchen ist dieser Prozess in der Regel zunächst unkomplizierter als für den Jungen, denn es muss für die Identifizierung mit seinem Geschlecht keinen Objektwechsel vollziehen:

„Der frühe Ödipuskomplex selbst verläuft bereits geschlechtsspezifisch verschieden, da das Mädchen ihn in der gleichgeschlechtlichen Position zum bisherigen Liebesobjekt betritt, während der Junge ihn in der gegengeschlechtlichen Position realisiert.“ (Poluda 1999, 105)

Die bevorstehende Aufgabe¹⁶ des Objektes, von dem man abhängig ist, führt zu Verlustängsten. Einerseits ist die Mutter die Rivalin, andererseits bleibt sie die Hauptquelle der Befriedigung. Darin wird eine stärkere Verwundbarkeit in der weiblichen Entwicklung gesehen (Person 1999, 61). Die Gleichheit des Geschlechts zwischen Mutter und Tochter kann bei Müttern dazu führen, dass sie stärker mit dem Mädchen identifiziert sind als mit dem Sohn.

¹⁶ Aus bindungstheoretischer und intersubjektiver Perspektive würde man vermutlich nicht von einer Aufgabe des Objektes sprechen.

Aggressionen werden auf Seiten des Mädchens häufiger unterdrückt und gegen sich selbst gerichtet. Das Bedürfnis, die Mutter kontrollieren zu können, wird zu einem Selbstkontrollmechanismus. Introjektive Anpassungs- und Abwehrmechanismen können dann auf regressive Weise beibehalten werden, um die Mutter wenigstens im Körperinneren kontrollieren zu können. Wenn das Körperinnere selbst unter die Kontrolle der Mutter kommt, kann es zu Aggressionen und mörderischen Fantasien auf den Körper bzw. das Körperinnere der Mutter selbst kommen (Torok 1974, 200). Es ist denkbar, dass das so von der Mutter dominierte und kontrollierte Mädchen bei der Schwangerschaft der Mutter auf das noch ungeborene Kind Aggressionen erlebt, die das Entthronungserleben verschärfen könnten.

Übertragen auf eine schon vorhandene Geschwisterbeziehung kann vermutet werden, dass diese Kontrollwünsche, die dem mütterlichen Objekt gegenüber scheitern, auf jüngere Geschwister übertragen werden. Kontrolle bedeutet hier nicht nur Identifikation mit der Mutter, sondern auch Entlastung und Regulation in der Beziehung zum mütterlichen Objekt. Das jüngere Kind wird hingegen durch eine ältere Schwester Dominanz erleben. Mütter haben zu ihren Töchtern eine andere Beziehung als zu Söhnen. Sie empfinden ihre Töchter oftmals als narzisstische Erweiterung ihres Selbst. Dann spielen projektive Vorannahmen in der Beziehung zu den Töchtern eine große Rolle:

„Wenn ein Mädchen immer wieder anhand dieser mütterlichen Spiegelungen erfährt, dass sie wie die Mutter ist (nur noch kleiner) wird sie größere Schwierigkeiten haben, sich als abgegrenzte, eigenständige Person erfahren zu können.“ (Mertens 1994a, 94)

Das Mädchen erlebt, wenn es einen Bruder hat, eine andere Interaktion zwischen ihr und der Mutter als zwischen dem Bruder und der Mutter. In der Identifikation mit der Mutter identifiziert sie sich vermutlich auch mit diesem Beziehungsmuster, so dass sie vermutlich selbst einen Bruder anders behandelt als eine Schwester. Durch die mit der ödipalen Phase verbundene Umwandlung der Objektliebe zur Mutter in eine Identifizierung mit ihr wird das Mädchen früher selbständig, während der Junge sexuell an die Mutter gebunden bleibt und kompensatorisch von ihr wegstrebt. Dadurch ergibt sich zwischen Bruder und Schwester eine Neid- und Eifersuchtsproblematik:

„Dadurch wird es früher selbständig und schaut auf den Bruder mit einer Mischung aus Eifersucht auf die Liebesgratifikation für sein zur Mutter passendes Geschlecht und Verachtung für seine Abhängigkeit von der Mutter. Demgegenüber betrachtet der Junge die Schwester mit

einer Mischung aus Neid auf ihre größere Unabhängigkeit durch ihr der Mutter gleiches Geschlecht und Verachtung, weil sie der Mutter nicht imponieren kann.“ (Poluda 1999, 105)

Das Mädchen erfährt also zum einen in der unterschiedlichen Behandlung des Bruders ihr Schwesternsein. Die Erfahrung von Differenz wird sich vermutlich auch hinsichtlich der Repräsentanz der Position niederschlagen. Das kann sich auf ein jüngeres Geschwisterkind beziehen: „*Ich bin größer*“ oder als jüngeres Kind „*Ich bin kleiner*“.

Ich möchte noch einen anderen wichtigen Aspekt der ödipalen Entwicklung beim Mädchen benennen, nämlich die Identifikation des Mädchens mit der Mutter im Puppenspiel, was meines Erachtens auch die Identität als Schwester festigt, was bei Abelin (1986) in der *Madonna-konstellation* schon intendiert ist (vgl. Kap. 3.6.1). Kestenberg (1974) weist darauf hin, dass das Mädchen im Puppenspiel eigene Bedürfnisse nach mütterlicher Spiegelung und Fürsorge kompensatorisch befriedigt. Bei dem Mädchen besteht eine frühe Phase der Mütterlichkeit, die sich im Puppenspiel ausdrückt. Von der dyadischen Mutter-Ich-Beziehung kommt es zu einer triangulären Triangulierung: Mädchen-Baby-Mutter. Die Fantasie, ein Baby im Bauch zu haben oder als Externalisierung dieser Fantasie eine Puppe zu haben, ist Ersatz für das nicht sichtbare Genitale. Die Puppe wird zu einer lebendigen Verbindung zwischen dem Inneren und der Mutter. Beim Anstieg der innergenitalen Spannungen attackiere die Tochter die Puppe. All diese Gefühle seien verknüpft mit der Beziehung zur Mutter. Wenn das Kind aufhöre, sich innerlich warm und lebendig zu fühlen, verliert es nach Kestenberg (1974) das Interesse an der Puppe. Störungen in dieser Phase oder traumatische Erfahrungen können den Kinderwunsch des Kindes blockieren. Man kann meines Erachtens diese Überlegungen auf die Geschwister übertragen. Die Bereitschaft des Mädchens, mütterliche Funktionen gegenüber jüngeren Geschwistern auszuüben, verläuft mitunter vielleicht auch analog zur Funktion des Puppenspiels. Von daher ginge es beim Puppenspiel nicht nur um die Identifikation mit mütterlichen Funktionen, sondern auch um die Festigung der Identität als Schwester. Gleichzeitig könnte die spielerische Fürsorge der Abwehr aggressiver Impulse dem Geschwisterkind gegenüber dienen.

Einen weiteren wichtigen Aspekt weiblicher Geschlechtsidentitätsentwicklung betrifft die Fantasien des Mädchens über den weiblichen Geschlechtsinnenraum, was für das spätere Erleben der Körperlichkeit sehr entscheidend sei. Der Leibesinnenraum wird vermutlich erstmals während der analen Phase bewusst erlebt (Mertens 1994a, 89). Auch hier ist vorstellbar,

dass aufgrund der körperlichen Nähe und Intimität gerade zwischen altersmäßig nah beieinander liegenden Geschwistern diese Erfahrungen durch Geschwister modelliert und u.U. geteilt werden. Das weibliche Kind wird sich durch die Existenz einer Schwester leichter weiblich identifizieren und erleben können. Das Mädchen spaltet, da seine Versorgung im ödipalen Konflikt auf dem Spiel steht, das Mutterbild in das gute, präödipal versorgende und in das böse, ödipal rivalisierende Bild. Wenn es aus Abwehrgründen zu diesen Spaltungsvorgängen kommt, ist denkbar, dass die negativen Anteile auf z.B. eine ältere Schwester projiziert werden, um an der dyadischen Beziehung zur Mutter festhalten zu können.

Die Phase des negativen bzw. gleichgeschlechtlichen weiblichen Ödipuskomplexes beinhaltet eine Verliebtheit und eine damit einhergehende Idealisierung der Mutter. Die Mutter sei dabei für die Tochter ein bereits getrennt erlebtes Objekt, das Begehren auslöst. Das kleine Mädchen fühle sich in dieser Phase allmächtig und konkurriert mit dem Vater um die Gefühle der Mutter. Im günstigsten Fall ermögliche die Identifikation mit beiden Eltern dem Kind, sich mit bestimmten Aspekten des anderen Geschlechtes zu identifizieren. Die gegengeschlechtliche Identifikation kann mit der gleichgeschlechtlichen in der präödipalen Phase koexistieren. Einen Bruder zu haben bedeutet, diese gleich- und gegengeschlechtlichen Identifikationen modellieren zu können. Letztendlich erlebt aber das Mädchen, dass es für die Mutter kein wirkliches Sexualobjekt sein kann. Im Gegensatz zum Bruder erfährt sie, dass ihr weibliche Liebesobjekte letztlich versagt bleiben. Auch hier erlebt sie vermutlich mehr Abgrenzung und Abwertung, wenn sie mit einem Bruder konfrontiert ist:

„Die Enttäuschung der homosexuellen Liebeswünsche der Tochter durch die heterosexuelle Mutter erlebt sie als tiefe Kränkung und Zurückweisung ihres Geschlechts.“ (Poluda 1999, 105)

Entsprechend der Annahme von präödipalen und ödipalen Triangulierungsprozessen unter Geschwistern, lässt sich vermuten, dass das Mädchen, wenn sie eine ältere Schwester hat, länger in der negativen ödipalen Phase bleibt, da die Schwester als weniger zurückweisend erlebt wird wie die Mutter. Homosexuelle ödipale Strebungen der Schwester gegenüber verhelfen dem Mädchen dann, die Kränkung durch die Mutter abzuwehren und ihr Begehren auf die Schwester zu verschieben.

Ob und wie das Mädchen in die ödipale Phase gelangt, hängt entscheidend vom Vater ab. Die Entwicklung des Selbstwertgefühls ist maßgeblich davon abhängig, ob das Mädchen in seinem ödipalen Begehren ihm gegenüber beantwortet wird. Mädchen, deren Väter wenig Anteil

an ihrer Entwicklung nehmen, werden in ihrem Selbstwertgefühl und in ihrem ödipalen Erleben oftmals beeinträchtigt. Die präödipalen Bindungen können dann nicht aufgegeben werden und die Tochter wird den Vater wie einen Eindringling erleben. Sie wird sich ungeliebt fühlen und sich gleichzeitig an ein idealisiertes Bild von ihm klammern. Das Mädchen wird unter Umständen abhängig von der Liebe des Vaters und der Anerkennung von Männern, um eine narzisstische Balance zu finden. Die Zurückweisung des Vaters und die Bevorzugung des Sohnes tragen zu gestörten heterosexuellen Beziehungen im Erwachsenenalter bei (Mertens 1994b, 84). Wenn der Vater gefühlsmäßig nicht zur Verfügung steht, stößt die erotische Sehnsucht und Anerkennung ins Leere. Anstatt bestätigenden Kontakt zu haben, bleibt dem Mädchen lediglich erotisches Träumen und Begehren des Phallus.

Gelingt die Integration des vollständigen Ödipuskomplexes, resultiert daraus eine weibliche Geschlechtsidentität, in der die Körperlichkeit zufriedenstellend erlebt wird. Der Ödipuskomplex geht beim Mädchen zu Ende, indem es den Anspruch der Mutter akzeptiert. Der Frage, ob der Penisneid in der Beziehung des Mädchens zu einem Bruder eine besondere Rolle spielen kann, möchte ich im Folgenden nachgehen.

3.6.4 Zur Rolle des Penisneides in Schwester-Bruder-Konstellationen

Generell wird heute die Existenz eines Penisneides in der weiblichen psychosexuellen Entwicklung eher als Verdichtung präödipaler konflikthafter Themen verstanden (Mertens 1994b, 47). Dennoch spielen diesbezügliche Fantasien für das kleine Mädchen häufig eine Rolle. Einen Penis zu besitzen hat im zweiten und dritten Lebensjahr noch eindeutig anale Konnotationen von bewirken können, Produzieren, Verweigerung und Unabhängigkeit. So hebt Chasseguet-Smirgel (1974) anal-sadistische Wünsche des Mädchens hervor, sich den Penis des Vaters einzuverleiben.

Wie sehr geschlechtsspezifische Unterschiede nicht nur über die Eltern, sondern auch über Geschwister vermittelt werden, zeigt sich in dem für den vorliegenden Zusammenhang interessanten Hinweis, dass der Penisneid bei Mädchen, die keinen Bruder haben, nicht beobachtbar sei (Tyson & Tyson 1990). Umgekehrt sei Penisneid dann stärker ausgeprägt und würde in späteren Phasen oft reaktiviert, wenn schon vorher Enttäuschung und Neid, z.B. auf Geschwister, vorhanden waren (Mertens 1994b, 50).

Es ist eine phasenspezifische Reaktion, die infolge der eigenen libidinösen Besetzung des weiblichen Genitales und dessen Funktion, Kinder zu bekommen, wieder abklingt. In den Fällen, wo der Neid erhalten bleibt, liegen neurotische Gründe vor, wie etwa starke Abwer-

tung oder Idealisierung des Männlichen oder Hass auf das Weibliche. In der Entwicklung des Mädchens kann Penisneid den Wunsch ausdrücken, die symbiotische Beziehung zur Mutter aufrechtzuerhalten, die den Bruder vorzieht. Er kann aber auch dafür stehen, der engen Bindung zur Mutter zu entfliehen (Mertens 1994b, 47). Neid auf das männliche Genital wird jedoch auch ganz konkret mit den spezifischen genitalen Triebstreben des Mädchens in Verbindung gebracht. Anders als der Junge hat das Mädchen keine äußerlich sichtbaren Geschlechtsorgane, die ihr eine zukünftige Fähigkeit aufzeigen können, wie eine Frau zu funktionieren. Dies gelingt nur mit einem adaptiven Identifikationsprozess mit der Mutter und mit den späteren ödipalen Fantasien. Das Mädchen hat Schwierigkeiten, der genital-erotischen Erregung eine sichtbare oder taktile Ursache zuzuschreiben. Einen Penis zu haben, kann in der Fantasie eine Lösung sein (Chasseguet-Smirgel 1974). Die geschlechtsspezifische Erfahrung des Mädchens führt dazu, dass Symbolisierungsfähigkeit und Sprache intensiver entwickelt werden als beim Jungen. Um die schwer fassbaren Genitalerfahrungen handhaben und kontrollieren zu können, kann sich ein vorübergehender Penisneid entwickeln, da er dem Mädchen verhilft, seine innergenitalen Erfahrungen zu visualisieren. Damit sind aber auch Rivalitätstendenzen und Kastrationswünsche verbunden, die sich in der Beziehung zu einem Bruder vermutlich stärker akzentuieren. Bleibt der Penisneid bestehen, kann das Mädchen die ödipalen Konflikte schwerer bewältigen. Der Besitz eines Penis bedeutet, wie bereits erwähnt, auch Loslösung und Autonomie. Die oben beschriebene Erfahrung, dass Jungen von Müttern weniger kontrollierend und freier behandelt werden, könnte bedeuten, dass ein Mädchen, das mit Brüdern aufwächst, einen stärkeren Penisneid hat, der bei erlebter Bevorzugung des Bruders wieder aktualisiert wird. Ähnlich argumentiert auch Mertens:

„Dieses Wiederauftauchen kann man sich verständlich machen, wenn man an die verschiedenen Abwehrfunktionen denkt, die er ausüben kann (z.B. auf statt auf die Mutter wütend zu sein, ist es das kleine Mädchen auf den Bruder und dessen Penis)“ (Mertens 1994b, 50)

Bleibt das Erleben des Mädchens zu kurz gekommen zu sein, bestehen, erfährt es eine geringere Wertschätzung oder hat es Schwierigkeiten, innere von äußeren Genitalien zu unterscheiden, kann es zu einem Fortbestehen des Penisneides kommen. Man könnte vor dem Hintergrund dieser Überlegungen eine genetische Verbindung zwischen dem Entthronungserlebnis und einem persistierenden Penisneides in Schwester-Bruder-Konstellationen ziehen. Bei einer erstgeborenen Schwester könnte Penisneid als Folge eines intensiven Neides bei der Geburt eines Bruders interpretiert werden. Weiter lässt sich mutmaßen, dass Schwestern an symbiotischen Bindungen zu jüngeren und älteren Brüdern festhalten, um sich den Penis un-

bewusst doch aneignen zu können, um so einen unbewussten Penisneid kompensieren zu können. Auf die für die Entwicklung problematische mangelnde Grenzziehung zwischen Geschwistern wurde schon hingewiesen. Sie könnte hier in der unbewussten Fantasie eines gemeinsamen Penis fortgeschrieben werden:

„Their bodies and needs are intimately available for a unique immediacy of experience each to the other. The fantasies of possession of sibling body parts and attributes can become frankly real in a way that the child's comparison with the adult's large body may be tinged with more despair of unobtainability, at least for the present.“ (Balsam 1988,73)

Eine gelungene weibliche Identitätsentwicklung, die libidinöse Besetzung des genitalen Innenraums und die Integration eines als vollständig erlebtes Körperbildes wären dann konflikthaft, denn das Mädchen hielte unbewusst an der Bisexualität fest oder leidet unter unbewusstem Penisneid und Idealisierung des Mannes bzw. des Männlichen (Schäfer 2005; Fast 1984; Poluda-Korte 1993).

Hervorheben möchte ich, dass nicht nur der Vater als Repräsentant des anderen Geschlechts gilt, sondern auch ein Bruder maßgeblich an der Entwicklung der weiblichen Geschlechtsidentität beteiligt sein kann. Die Annahme, dass das Mädchen durch eine Schwester länger in der gleichgeschlechtlichen oder negativen ödipale Phase bleibt, kann dahin gehend ergänzt werden, dass mit dem Aufwachsen mit einem Bruder die Frage des Penisneides und damit verbundene Selbstwertprobleme, Rivalitäts- und Kastrationswünsche eine größere Rolle spielen als unter Schwestern. Bei mittleren Kindern, die mit einem Bruder und einer Schwester aufwachsen, werden beide Aspekte zum Tragen kommen. Da Geschwister aber meist auf einem Geschwisterteil bezogen sind (Bank & Khan 1994, 52; vgl. Kap. 3. 8), soll die Fokussierung auf das Dyadische beibehalten werden.

Gemeinhin wird in der psychoanalytischen Theorie der weibliche Kinderwunsch als Resultat einer gelungenen ödipalen Entwicklung angesehen. Den Ausführungen folgend müsste er nicht nur mit einer gelungenen Identifikation mit den Elternobjekten, sondern darüber hinaus auch mit der Geschwistererfahrung in Zusammenhang gebracht werden können.

3.6.5 Die Entwicklung der Identität als Bruder

Um die Bruderperspektive reflektieren zu können, wird im Folgenden die männliche ödipale Entwicklung dargestellt. In der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie wird der Penis zu Beginn der phallischen Phase als Ausdruck phallisch-exhibitionistischer Wünsche verstan-

den. Er dient einem erhöhten Narzissmus und dem Selbstvertrauen. Die Spiegelung seiner selbst bezieht sich für den Jungen auf den Wunsch nach Bestätigung seiner Männlichkeit. Aber dazu gehört nicht nur die Bewunderung seitens der Eltern, sondern auch die Fähigkeit des Ichs, sexuelle und aggressive Impulse zu integrieren. Die Aktivitäten des Jungen sind oft stimulierend und übererregend. Er erlebt diese Impulse, sexuelle und aggressive Handlungen als außerhalb seiner selbst (vgl. Mertens 1994a).

In Bezug auf die Geschwisterbeziehung kann man formulieren, dass der Junge als Bruder aktiv und nach außen gerichtet ist und seine Impulse damit versucht, zu agieren sowie zu integrieren. Jüngere Brüder und Schwestern könnten Brüder in dieser Entwicklungsphase als besonders aktiv, aggressiv, mächtig und dominant erleben.

Es wird aber auch beschrieben, dass Jungen während der analen- und der Wiederannäherungsphase oft den besonderen Wunsch zeigen, Babys wie die Mutter zu gebären und zu versorgen (vgl. Tyson 1991,7). Im zweiten und dritten Lebensjahr erfährt der Junge einen Bruch mit seiner Identifikationslinie. Er muss sich z.T. vom mütterlichen Objekt desidentifizieren und sich mit einer männlichen Person identifizieren, um männliche Geschlechtsidentität zu erlangen. Die Desidentifikation vom mütterlichen Objekt sei entscheidend für die weitere ödipale Entwicklung. Das muss nicht zwangsläufig der Vater, sondern kann unter Umständen eine andere männliche Person, also auch ein älterer Bruder, sein:

„Er muß die Identifizierung mit der Mutter beenden und sich mit einer männlichen Person identifizieren, wenn er eine männliche Geschlechtsidentität erwerben will.“ (Greenson 1982, 261)

Die Probleme der Desidentifizierung mit der Mutter können im Rahmen der Geschlechtsidentitätsentwicklung zu einem durchdringenden Unsicherheitsgefühl in Bezug auf männliche Identität und dem basalen Gefühl von Unabhängigkeit und Getrenntheit führen. Denn die Trennungs- und Individuations- Erfahrung ist eng mit dem Erwerb der Geschlechtsidentität verbunden:

„Die Erfahrung der Getrenntheit scheint fortan das Wesen der männlichen Identität auszumachen.“ (Mertens 1994a, 105)

Auch Person (1999) und Deserno (1999) beschreiben die Schwierigkeit des Jungen, *„das libidinöse Objekt seiner Kindheit an sich zu binden“* (Deserno 1999,87). Die Autoren führen die stärkere aggressive Neigung bei Jungen auf diese narzisstische Verwundung zurück. Die

klinische Beobachtung, dass Männer sich in ihrer Geschlechtsidentität häufig unsicherer fühlen als Frauen, wird auf diese Entwicklungsaufgabe zurückgeführt (Mertens 1994a, 146).¹⁷

Entscheidend sei die Frage, wie die Mutter auf die phallisch akzentuierten Loslösungstendenzen reagiere. Auf Seiten der Mütter kann jetzt ein in der Kindheit erfahrener Geschwister- bzw. Penisneid reaktiviert werden:

„Mütter, die in ihrer eigenen Kindheit im Phallus ein Symbol für die Abgrenzung erblickt haben, und z.B. angesichts eines Brüderchens mit heftigen Neidgefühlen zu kämpfen hatten (...), werden angesichts erster sich regender phallisch-männlicher Strebungen hin und her gerissen sein, ob sie als Reaktion darauf eine stärkere feminine Identifizierung ihres Sohnes erzwingen oder ihm diese Identifizierung erschweren und ihn quasi – wie in einer Bruderübertragung – ausstoßen.“ (Mertens 1994a, 147)

Problematisch für die ödipale Entwicklung sei ein emotional schwacher Vater. Denn er verweise den Jungen auf die Mutter zurück, also auf das Objekt, von dem sich der Junge eigentlich lösen müsse. Die nicht vorhandene Idealisierung und Identifizierung mit dem Vater behindere dann die Desidentifikation von der Mutter und begünstige die Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle.

„Er wird entweder seine passive, abhängige und infantile Rolle beibehalten oder den Wunsch empfinden, ein Mädchen zu sein.“ (Tyson 1991,10)

In Anlehnung an Blos (1984) sind die Wünsche des Jungen, so zu sein wie sein Vater und von ihm geliebt zu werden, Bestandteil der normalen Beziehung zu ihm und kein Ausdruck einer passiven, femininen Einstellung. Für Blos ist die dyadische gleichgeschlechtliche Position mit der triadischen ödipalen Position verschmolzen. Sie wirkt der phallisch-narzisstischen Angst vor der Mutter entgegen. Auch Deserno (1999) sieht in einer wohlwollenden beschützenden Vater-Sohn-Dyade eine Brücke zwischen der präödipalen und ödipalen Beziehung zur Mutter:

„Sie kann es dem Jungen ermöglichen, ödipales Verlangen zu ermöglichen, ohne zu direkt zurückgewiesen oder gekränkt zu werden.“ (Deserno 1999, 88)

¹⁷ Neuere psychoanalytische Konzepte stellen allerdings in Frage, ob sich Jungen tatsächlich so stark von der Mutter abgrenzen müssen, um sich männlich identifizieren zu können (Deserno 1999).

Konflikte in der Identifikation mit dem Vater oder eine abwertende Haltung der Mutter können zu einer hyperphallischen Einstellung führen. Sexualität wird dann mit Eroberung gleichgesetzt. Zärtlichkeit, genitale Liebe und Generativität hingegen werden als bedrohlich für das Selbst erlebt.

Es ist denkbar, dass für den Jungen ein Bruder eine Möglichkeit darstellt, sich männlich zu identifizieren und so Kastrationsängste und Ängste vor Verschmelzung zu regulieren und zu kompensieren. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob gerade unter Brüdern mit dem Beginn der Wahrnehmung der Geschlechtsunterschiede Kastrationsängste unter Geschwistern verstärkt auftreten, was nachfolgend erörtert wird. Analog zu der Diskussion um die Rolle des Penisneids in der Geschwisterbeziehung soll also der Frage nachgegangen werden, ob auch Kastrationsängste in der Geschwisterdynamik wirksam sein können.

3.6.6 Die Rolle von Kastrationsängsten in Geschwisterbeziehungen

In modernen Auffassungen der männlichen Entwicklung wird Kastrationsangst als Symbolisierung früherer Ängste vor narzisstischer Fragmentierung, vor existentieller Vernichtung oder totalem Verlassen werden verstanden (Mertens 1994b, 52). Die Wahrnehmung der Geschlechtsunterschiede im zweiten Lebensjahr führe dazu, dass sich der Junge seiner Männlichkeit und seines Penis bewusst werde. Dies führe aber auch zu Angst und Unsicherheit, den Penis verlieren zu können:

„Wenn der kleine Junge zum ersten Mal mit den Genitalien eines Mädchens oder gar mit denen einer erwachsenen Frau konfrontiert wird, sind in der Regel neben der Neugierde Angstgefühle die Folge, die alsbald von Verleugnung und Spaltung abgelöst werden.“ (Mertens 1994b, 53)

Chasseguet-Smirgel (1974) vertritt die Ansicht, dass die Entdeckung des Geschlechtsunterschiedes für den Jungen auch einen narzisstischen Triumph und als Symbol für Abgrenzung bedeuten kann, nämlich etwas zu haben, was die Mutter - und m.E. auch die Schwester - nicht haben. Dieses wird vermutlich von Jungen, die mit Schwestern aufwachsen, stärker erfahren als in Bruderkonstellationen. Die Überbewertung phallischer Empfindungen beim Jungen könnte dann noch stärker werden, da er eventuell erlebt, dass er um seine Geschlechtlichkeit ringen muss. Im Unterscheid zu den präödipalen und ödipalen Konflikten mit den Eltern werden sie auf der Geschwisterebene vermutlich konkretistisch ausgetragen:

„Jungen tendieren mehr zu Handlungen als zum symbolischen Fantasienspiel, so dass die altersgerechte Auffassung der Anatomie beider Geschlechter (...) in Handlungen ausgedrückt wird.“ (Tyson 1991,9)

Aber es kann auch davon ausgegangen werden, dass der Junge auch Gebärneid erlebt, der vermutlich intensiver erlebt wird als der weibliche Penisneid (Mertens 1994b, 59). Ist die Mutter schwanger, wird der Junge den Gebärneid eventuell noch stärker erleben. Die Geburt des Geschwisterkindes wäre dann eine weitere narzisstische Kränkung. Auf der anderen Seite könnte der Junge mit Kastrationsängsten besonders konfrontiert werden, wenn er mit einer Schwester aufwächst, die unter Penisneid leidet. Denn Mädchen in der Latenz wünschen sich oftmals, die Mutter und Geschwister zu „beseitigen“, andererseits aber auch den Vater und ihre Brüder zu kastrieren (vgl. Mertens 1994b, 121). Der Bruder wird um sich abzugrenzen, sein phallisches Verhalten weiter entfalten und verstärkt dann unter Umständen kastrierende Tendenzen der Schwester ihm gegenüber. Der nötige Verzicht auf eine identifikatorische Einheit wird als Ursache für die stärkere männliche Aggressivität gesehen (Reiche 1986). Deserno betont die grundsätzliche Bisexualität des Menschen, die jeder späteren Differenzierung vorausgeht. Männlichkeit sei deshalb die Verneinung der Weiblichkeit:

„Männliche wie weibliche Identitäten sind demnach sekundär. Sie werden aus einer primären, vor allem psychischen Geschlechtlichkeit erschaffen.“ (Deserno 1999, 101)

Kastrationsangst ist vor diesem Hintergrund als Abwehrstrategie zu verstehen, hinter der sich der Wunsch des Mannes verbirgt, sich auch in seinen weiblichen Strebungen zu verwirklichen. Für eine gelungene Entwicklung sei es wichtig, dass die Desidentifikation vom mütterlichen Objekt nicht abrupt und absolut ist. Erst wenn der Junge sich auch mit weiblichen Fähigkeiten des Aufnehmens und Empfangens identifizieren kann, wird er schöpferisch tätig und beziehungsfähig. Es ist anzunehmen, dass der Bruder in der Beziehung zu einer Schwester weibliche Seiten in einer positiven Entwicklung leichter integrieren kann. Die Desidentifikation von der Mutter könnte durch eine ältere Schwester abgefedert werden. Auch wenn Kastrationsängste in einer Bruder-Schwesterbeziehung vorhanden sind, so könnte demzufolge eine Schwester dem Jungen helfen, auf eine sehr starke phallische Zentriertheit zu verzichten. Ödipale Konflikte sind dann weniger bedrohlich. Insgesamt verlief die ödipale Entwicklung milder.

Wie könnte sich die ödipale Entwicklung in einer Familie mit Brüdern gestalten? Denkbar ist, dass die Konflikte hier aggressiver und sexuell stärker aufgeladen sind. Die Konkurrenz und

das ödipale Werben sind durch einen Bruder vielleicht intensiver. Die mit der Desidentifizierung einhergehende Aggressivität könnte in einer Bruderbeziehung stärker sein, was wiederum Ängste, jetzt auch vom Bruder kastriert zu werden, verstärkt. Gleichzeitig wird der Bruder mehr Neid, Rivalität und Schuldgefühl erleben. Die negative bzw. gleichgeschlechtliche ödipale Position wird, analog zur Schwesternbeziehung, vermutlich länger und ausgeprägter sein. Der Junge kann sich mit dem Bruder identifizieren, aber aus Angst vor seiner Rache und Vergeltung bleibt er eventuell in der gleichgeschlechtlichen Position fixiert. Das betrifft vermutlich jüngere Brüder stärker.¹⁸ Darüber hinaus ist zu vermuten, dass ältere Brüder sowohl von einer Schwester als auch von jüngeren Brüdern narzisstische und libidinöse Zuwendung bekommen, vor allen dann, wenn sie selbst Objekte des Begehrens sind.

Eine Mutter, die den Sohn vorzieht und ihm zu einem scheinbaren ödipalen Sieg verhilft, bringt auch die Tochter, die sich mit ihr identifiziert, in eine den Bruder gegenüber begehrende Position. Der Bruder muss dann seine eigenen ödipalen Wünsche abwehren, da keine generative Grenzziehung vorhanden ist. Eine Flucht in die negative, gleichgeschlechtliche Position auf der einen Seite oder am Ende des anderen Pols in eine übertrieben männliche Haltung und phallische Zentriertheit kann eine Abwehr mütterlichen und schwesterlichen ödipalen Begehrens und unbewusster inzestuöser Wünsche sein.

3.7 Identifikationsprozesse zwischen Geschwistern in der Latenz

Die nun folgende Latenzphase ist gekennzeichnet durch das Zurücktreten sexueller Handlungen und Wünsche und der Zunahme von Verdrängungen sowie der Entwicklung geistiger und sozialer Fertigkeiten. Die Geschlechtsrolle erfährt in dieser Zeit eine weitere Konsolidierung. Gleichzeitig ist die Geschlechtspartner-Orientierung während der Latenz noch bisexuell (vgl. Mertens 1994b).

In Bezug auf einen Jungen könnte dies bedeuten, dass er sich stärker mit einer Schwester identifiziert und seine männliche Geschlechtsrollenidentität eventuell zögerlicher entwickelt. Er muss sich in diesem Alter seines phallischen Narzissmus weiter versichern, was sich auch

¹⁸ Freud benennt ebenfalls ödipal motivierte Rivalitätsgefühle, die aus der Position des jüngeren Bruders erlebt werden können: „Die Beobachtung machte mich auf mehrere Fälle aufmerksam, bei denen in früher Kindheit besonders starke eifersüchtige Regungen (beim Knaben) aus dem Mutterkomplex gegen Rivalen, meist ältere Brüder aufgetreten waren.“ (Freud 1922 [2000], 227)

in phallisch exhibitionistischem Protzen bei gleichzeitiger Vermeidung von Mädchen äußert. Schwestern erleben hier vermutlich stärkere Abgrenzungen durch ihre Brüder. Die Identifikation mit dem ödipalen Vater und Kontakte zu anderen männlichen Kindern und Erwachsenen helfen dem Jungen, weibliche Identifizierungen zurückzunehmen und zu unterdrücken. Hier können ältere Brüder helfen, die männliche Geschlechtsrollenidentität zu festigen.

Bei einem Mädchen besteht weniger Notwendigkeit, gänzlich auf die ödipalen Fantasien zu verzichten. Die gegenüber der Mutter stärker ausgeprägte Angst vor Liebesverlust aufgrund der ödipalen Wünsche führt unter Umständen zu Schuldgefühlen, Verstimmungen und Bestrafungen. Sie gehen stärker als Jungen die Verbindung zweier Verbündeter ein. Der Dritte kommt in die Rolle des Außenseiters oder des Sündenbocks, auf den eigene ungeliebte und abgelehnte Selbstanteile externalisiert und aggressive Gefühle aus präödipalen und ödipalen Konflikten gegenüber der Mutter verschoben werden. Denkbar ist, dass sich das Gefühl des Ausgeschlossenenseins in einer Geschwistergruppe von mehr als zwei Kindern in der Latenz verstärkt. In der Tat beschreiben unter anderem Bank & Khan (1994), dass sich Geschwister in der Kindheit unabhängig von Alter oder Geschlecht dyadisch aufeinander beziehen. In Familien mit mehreren Kindern gibt es eher Geschwisterpaare. Triadische Beziehungen sind auf der Geschwisterebene also vermutlich eher instabil:

„In Drei-Kind-Familien sind immer zwei der Kinder intensiv miteinander beschäftigt und lassen das dritte außen vor. Bei vier Geschwistern gibt es häufig zwei Paare, und bei fünf bleibt wieder eins übrig und muß seine Identität ohne die Hilfe einer bedeutsamen Geschwisterbindung finden.“ (Bank & Khan 1994, 52)

Das Festhalten an dyadischen Beziehungen könnte so verstanden werden, dass auch in der Latenzphase die Überwindung des ödipalen Konfliktes und die damit einhergehende Fähigkeit zu triadischen Beziehungen auf der Geschwisterebene nicht in dem Ausmaß gelingt wie auf der Elternebene. Die in den vorangegangenen Abschnitten postulierte relative Unreife der Geschwisterbeziehung findet in dieser Beobachtung eine Unterstützung. Ambivalenz, Liebe und Hass müssten von daher auch dann für die weitere Entwicklung der Geschwisterbeziehung in der Kindheit vorherrschend sein.

In der mittleren bis späten Kindheit spielen soziale Vergleiche eine große Rolle, wobei Selbstbewertungen zu stabilen Dispositionsmerkmalen organisiert werden, die auch von den Zuschreibungen anderer abhängen. Das führt zu einer Weiterentwicklung des Objektbeziehungsniveaus und der Affektregulierung. Für Geschwister bedeutet dies, dass eine von den

Eltern unabhängige Beziehung untereinander denkbar ist. Der gegenwärtige Forschungsstand spricht dafür, dass sich Geschwisterbeziehungen im Verlauf der mittleren und späten Kindheit in der Regel zunehmend egalisieren und harmonisieren (Kasten 2009).

Bank & Kahn (1994, 62) sprechen von der „*ereignislosesten Zeit*“ in der Geschwisterbeziehung, die durch Stabilität und Konstanz gekennzeichnet sei. Dennoch ist die Latenzphase für das Verstehen der Geschwisterdynamik von besonderem Interesse. Cicerelli (1995), Bank & Khan (1994), sowie Sohni (2004, 29), Kasten (u.a. 1999) heben die „*Pionierfunktion*“ hervor, die ältere Kinder z.B. bei der Einschulung jüngerer Geschwister übernehmen. Die größere Freiheit von der Aufsicht der Eltern kann zwar zu einer positiven Geschwisterbeziehung führen, andererseits können Geschwister jetzt stärker manipuliert oder Opfer sexuellen Missbrauchs durch ältere werden:

„ (...) *younger siblings go to an older sister or brother for advice about topics that they feel uncomfortable discussing with the parents. (...) On the one hand, siblings may develop a closer relationship under such circumstances, on the other, greater freedom from supervision leaves the younger sibling more vulnerable to physical or sexual abuse by the older.*“ (Cicerelli 1995, 44)

In der Literatur zu Geschwisterbeziehungen wird häufig auf den Antagonismus hingewiesen, dass Geschwister einander ähnlich sein möchten, sowie sich voneinander unterscheiden wollen. „*Diese komplementäre Bezogenheit ist eine wichtige entwicklungsfördernde Dynamik.*“ (Sohni 2004, 37). Grundsätzlich geht es also um die Pole Identifikation und Differenzierung, die auch zu der sogenannten „*Nischenbildung*“ (Sulloway 1997) führt, in der sich Geschwister unabhängig vom anderen eine, vor allen Dingen von den älteren Geschwistern, unabhängige Identität entwickeln (vgl. dazu Seiffge-Krenke 2009, 232). Damit einhergehende Identifikationsprozesse scheinen jetzt in der späten Kindheit und Adoleszenz besonders entscheidend zu sein. Nach Laplanche (1972,219) ist die Identifizierung ein Vorgang, „*durch den ein Subjekt einen Aspekt, eine Eigenschaft, ein Attribut des anderen assimiliert und sich vollständig oder teilweise nach dem Vorbild des anderen umwandelt.*“

Seiffge-Krenke (2009, 239) weist darauf hin, dass Geschwister als Identifikationsobjekt den Vorteil haben, dass sie dem Kind in Stärken und Schwächen ähnlicher sind als den unter Umständen bedrohlich erscheinenden Elternobjekten. Neben Konstellationsaspekten von gleichgeschlechtlichen Identifizierungen spielen hier Positionsfragen eine wichtige Rolle:

„Die Identifikation spielt insbesondere in der Beziehung der jüngeren zu älteren Geschwistern eine Rolle.“ (Sohni 1999, 22)

Bank & Khan (1994,80) differenzieren auf einem Kontinuum zwischen den Polen Ähnlichkeit und Differenz Identifikationsprozesse, die für die Geschwister vorübergehende aber auch lebenslange Bedeutung haben können. Enge Identifikationen gehen mit viel Ähnlichkeits- und wenig Differenzgefühlen einher. Davon werden Prozesse der Teilidentifikationen und distanzierte Identifikationsprozesse unterschieden, wo große Differenz und wenig Ähnlichkeit vorherrschen. Über Identifikation wird eine gefühlsmäßige Nähe vermittelt, die aber auch eindimensional verlaufen kann:

„Die Art der Identifikation der Geschwister macht deutlich, ob die Gefühle einseitig oder gegenseitig waren und in welchen Entwicklungsstadien sie näher zusammen oder weiter auseinandergerückt.“ (Bank & Khan 1994, 70)

Die Identifikation mit einem Geschwister vermittelt aufgrund *„einer ähnlichen psychischen Organisation“* auch bei Konflikten eine Erfahrung von Nähe (Sohni 2004, 22). Da sich Entwicklungsphasen in der Kindheit überlappen, bieten sich Geschwister als Identifikationsmodelle sowohl für progressive als auch für regressive Identifikationen an (Wellendorf 1995). In der Adoleszenz spielen vor allem Prozesse der Deidentifikationen von Geschwisterrepräsentanzen eine Rolle.

3.8 Geschwisterdynamik in der Adoleszenz

Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz sind nach Mertens (1994b, 130) die Integration des sich verändernden Körperbildes, die tendenzielle Auflösung der kindlichen Bindungen an die Eltern, die Entidealisierung der elterlichen Werte und Ideal, das Finden eines Liebespartners, die Integration der sich in den vorangegangenen Jahren entwickelten Selbstaspekte in eine stabile Identität und die Anerkennung von Begrenzungen durch die Realität. Diese Veränderungen gehen oftmals mit Trauerprozessen einher, zumal der Adoleszente durch die biologischen Reifungsprozesse mit dem unwiederbringlichen Verlust des kindlichen Körpers konfrontiert wird.

Bohleber (1992) sieht in der Adoleszenz eine *„Neuschöpfung“*, in der der Jugendliche als aktiv Handelnder hervortritt und sich aktiv verändert. Als entscheidend werden in neueren Auffassungen die qualitativen Veränderungen des Denkens angesehen, wobei biologische

Reifungsprozesse und kulturell- historische Aspekte eine wichtige Rolle einnehmen. Durch diesen Prozess verändern sich die Selbstrepräsentanzen des Jugendlichen aktiv:

„Die neuen Möglichkeiten des Denkens erlauben, Entwürfe von sich selbst zu machen, die über das Hier und Jetzt hinausgehen und mögliche Selbste betreffen, die als idealer angesehen oder auch als gefordert erlebt werden.“ (Helbing-Tietze 2004, 203)

Die biologisch bedingten kognitiven Veränderungen führen zu einer neuen Sichtweise des Selbst und der Objektbeziehungen (Helbing-Tietze 2004, 204). Der Jugendliche gestaltet auch die Beziehungen zu den Geschwistern neu bzw. anders. Um dieser Transformation der Geschwisterbindung nachgehen zu können, sollen die Entwicklungsphasen von der Prä-adoleszenz über die eigentliche Adoleszenz bis hin zur Spät- und Postadoleszenz (Mertens 1994b) kurz skizziert werden.

In der Prä- und frühen Adoleszenz ist die Hauptaufgabe für beide Geschlechter die Lösung von der präödpalen Mutter. Die Loslösung von den infantilen Liebesobjekten in der Frühadoleszenz führt zu einer Schwächung des Über-Ichs, da den Objektrepräsentanzen Libido entzogen wird. Damit geht eine Verarmung des Ichs einher, die mit einer Objektwahl narzisstischen Typs kompensiert wird und zur Ausbildung des Ich-Ideals führt. Dabei kommt es zu einem endgültigen Aufgeben der negativen ödipalen Position und zur Stabilisierung der Geschlechtsrollenidentität (Blos 1978, 210). Der Jugendliche reagiert oft mit Abschirmung und Distanzierung (Streeck-Fischer 1994).

In der eigentlichen Adoleszenz geht es um den Aufbau der heterosexuellen Objektbeziehung. Es kommt zu einem weiteren Abzug der libidinösen Objekt-Repräsentanzen und zu einer Steigerung des Narzissmus. Das Ich wird nun mit der narzisstischen Libido ausgestattet, die den internalisierten Eltern- und vermutlich auch den Geschwisterrepräsentanzen entzogen wurde. Diese Dynamik wird sich in Bezug auf Bruder oder Schwester ebenfalls entfalten und zu einer vermutlichen Unsicherheit und Destabilisierung des bisherigen Beziehungsgefüges führen:

„The new and extrafamilial object ties of the adolescent are not replacements or displacements of infantile attachments; on the contrary, they are new creations, even though they contain elements of familiar object qualities.“ (Blos 1983,107)

Ziel ist eine gelungene Ich-Ideal-Bildung, die sich nicht durch ein strafendes Über-Ich, sondern aufgrund der Betonung persönlicher Würde und Selbstachtung formiert. Dabei gehen

Aspekte der elterlichen Objektrepräsentanzen ein. Da die Trennung der Geschwisterrepräsentanzen wohl weniger differenziert und unterschieden werden können wie die von den Eltern, könnte es in Bezug auf die Geschwisteridentifikationen zu einer stärkeren Konfusion kommen.

Die Entidealisierung von Selbst und Objekt stellt in der Spätadoleszenz die größte Entwicklungsaufgabe dar (Bohleber 1999). Angesichts dieser Entwicklungsaufgabe, die Unvollkommenheit von Selbst und Liebesobjekten zu ertragen, kann es zu einem „*adaptiven Versagen*“ kommen. Bohleber betont in diesem Zusammenhang das Wechselspiel zwischen seelischem Funktionsniveau und realer sozialer Integration. Der Jugendliche habe die Fähigkeit, Selbstbilder im inneren mentalen Raum „*durchzuspielen*“. Dadurch gelangt er zu einer größeren inneren Unabhängigkeit und Autonomie (Bohleber 1999, 519). Selbstvorstellungen, die in der Adoleszenz noch widersprüchlich nebeneinander standen, werden nun zur Grundlage für ein stabiles Identitätsgefühl und für die endgültige psychische Verankerung der sexuellen Identität.

Da die Kindheitserfahrungen noch nah genug sind, seien die Abwehrmaßnahmen von früheren undifferenzierten Stadien wie Spaltung und massive Idealisierung noch verfügbar. So wie die Welt in „*Gut und Böse*“ eingeteilt wird, so wird nach Balsam (1988) auch das internalisierte Bild eines Geschwisters in der Adoleszenz entweder als „*nur gut*“ erlebt oder als „*nur böse*“ erlebt. Das entspricht den vorangegangenen Ausführungen, wonach frühe Abwehrmechanismen für die Geschwisterdynamik typisch sein könnten, was dann noch in der Adoleszenz Wirkung hätte.

Die Postadoleszenz stellt die letzte Phase der Adoleszenz und den Übergang in die erwachsene Persönlichkeitsorganisation dar. Ihre spezifische Entwicklungsaufgabe betrifft die Durchsetzung der individuellen Ziele in Form von Bindungen, Rollen und Positionen.

Wurde in den klassischen Theorien der Krisencharakter, die Notwendigkeit von Distanzierung und Loslösung von den Elternobjekten betont, so geht man heute davon aus, dass die familialen Beziehungen vor dem Hintergrund der Bindungserfahrungen transformiert werden. Eine Adoleszenz mit einem für eine erfolgreiche Entwicklung notwendigen Krisenverlauf wird nicht mehr ubiquitär vorausgesetzt (Bohleber 1992; Fend 2000). Dennoch möchte ich im Folgenden an dem Begriff der familialen Loslösung als Entwicklungsaufgabe in der Adoleszenz festhalten, um diese Transformations- und Integrationsprozesse beschreiben zu können. Dabei soll die Perspektive auf die Geschwister erweitert werden, denn es geht nicht nur um

die, wie es in der Psychoanalyse bislang betont wird, intrapsychischen Ablösung von den infantilen Elternobjekten, sondern auch um eine Lösung von den Geschwisterobjekten bzw. um eine notwendige Veränderung der bisherigen kindlichen Geschwisterbeziehung (Adam-Lauterbach 2007; Seiffge-Krenke 2001).

Studien zeigen, dass das Interesse des Adoleszenten an den Geschwistern abnimmt und Distanz in der Beziehung relativ häufig ist (vgl. Cicirelli 1995). Positive Qualitäten der Geschwisterbeziehung wie Freude, Vertrauen, Verstehen usw. nehmen in der Adoleszenz ab und nehmen erst im Erwachsenenalter wieder zu (Bank & Khan 1994, 50f; Dunn & Plomin 1996). Auch wenn unter gleichgeschlechtlichen Geschwistern mehr Nähe, Wärme und Egalität als unter gegengeschlechtlichen Geschwistern nachweisbar sind, so spiegelt dieser Befund dennoch das Streben nach stärkerer Loslösung und Autonomie wider. Diese Distanz in der Adoleszenz kann als Folge der psychischen Abgrenzungsarbeit zwischen Geschwistern verstanden werden (Wellendorf 1995, 304).

Sohni (2004, 34) begreift die Problematik der intrapsychischen Ablösung zwischen Geschwistern in der Adoleszenz als interpersonales Geschehen einer beidseitigen Trauer- und Trennungsarbeit. Die psychische Integration der Geschwisterbeziehung in die Identität bedeutet sowohl Identifikation mit bestimmten Repräsentanzen als auch Desidentifikation (Sohni 1998, 2004; Wellendorf 1995). Dieser Prozess kann als dynamisches Geschehen intersubjektiv aufgefasst werden.

Eltern sind nicht mehr im Prozess der Identitätsbildung und identifizieren sich in der Regel weniger mit ihren Kindern. Die grundsätzliche Asymmetrie zwischen Eltern und Kindern unterscheidet sich deshalb sehr von der Entwicklungsdynamik unter Geschwistern (vgl. dazu auch Heenen-Wolf 2008). Trotz der entwicklungsfördernden Aspekte der Geschwisterbeziehungen müssten demnach Abwehrprozesse zur Stabilisierung der Identitätsentwicklung in der Adoleszenz unter Geschwistern stärker sein, was aber auch zu pathologischen Entwicklungen führen kann. In diesem Zusammenhang schreibt Sohn:

„Diese Beziehungsdynamik impliziert neben ihrem kreativen Potenzial zur Differenzierung und Entfaltung ebenso eine Bedrohung der individuellen Identitäten. Die Bedrohung kann von zwei Seiten her entstehen: Bei Überbetonung der Gemeinsamkeit droht ein Identitätsverlust durch Verschmelzung, bei Überbetonung der Verschiedenheit droht ein Identitätsverlust durch Isolierung.“ (Sohni 2004, 32)

Auch in dieser Beschreibung zeigt sich eine Polarisierung, die zu der Annahme früher Abwehrmechanismen unter Geschwistern zu passen scheint. Die Frage stellt sich, wie das adoleszente Geschehen durch die Zugehörigkeit zu einer Geschwisterposition unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte determiniert sein könnte.

3.8.1 Aspekte der Geschwisterposition und -konstellation in der Adoleszenz

Die Geschwisterbeziehung in der Adoleszenz ist oftmals eine Phase der Konflikte und Krisen, unter der die Geschwisterbeziehung häufig leidet (Cicerelli 1995). Heenen-Wolf (2007, 549) weist in diesem Zusammenhang auf die unter Geschwistern oftmals vorherrschende Gewalt in prä- und adoleszenten Beziehungen.

Aufgrund der Veränderungen und Rückzugstendenzen in der Adoleszenz ist zu vermuten, dass jüngere Geschwister häufig einen Objektverlust erleben, wenn der ältere Bruder oder die Schwester in die Adoleszenz kommt und sich von der Familie verselbständigt. Auch Diepold (1988) unterstreicht die Verlusterfahrung eines jüngeren Kindes, wenn sich der Bruder oder die Schwester von der Familie löst:

„Die Intensität der Trauerreaktion auch bei zurückbleibenden Geschwistern sollte nicht unterschätzt werden. Sie bedeutet einen Objektverlust und lässt einen Rückschluss darauf zu, dass die Geschwister eine wirklich eigenständige Beziehung untereinander hatten.“ (Diepold 1988, 279)

Die Intensität dieses Verlustes hängt von der Enge der Beziehung und des Entwicklungsstandes des jüngeren Geschwisterkindes ab. Aus der Perspektive des Älteren können Schuldgefühle gegenüber dem zurückgelassenen Jüngeren die Folge sein, besonders dann, wenn die Geschwisterbeziehung eng war und erlittene elterliche Defiziterfahrungen kompensiert (Bank & Khan 1994).

Eine besondere Konstellation ergibt sich, wenn während der Adoleszenz ein weiteres Geschwisterkind geboren wird. Graham postuliert, dass dies häufig zu einer intensiven ödipalen Depression führe (Graham 1988, 95), was er als Abwehr unbewusster aggressiver Impulse begreift.

Eine Schwangerschaft der Mutter und die Geburt eines Geschwisters in einer Entwicklungsphase, wo Elternschaft aufgrund der körperlichen Vorgänge realisiert werden kann, lässt zudem unbewusste Kindstötungsfantasien virulent werden. Bründl weist in diesem Zusammen-

hang darauf hin, dass die zukünftige mögliche Vaterschaft im Unbewussten Kindstötungsfantasien freisetzt:

„Denn der erlebte Erwerb von Männlichkeit und die zukünftige mögliche Vaterschaft setzen im Unbewussten auch die Angst vor mörderischen Kindstötungswünschen frei.“ (Bründl 2000, 110)

Er führt weiter aus, dass der Junge sich erst dann als Mann und Väterlichkeit entwickelt, wenn das innere Bild *„eines Lebens sichernden Vaterimagos“* überwiegen würde.

Übertragen auf die Geschwister bedeutet dies, dass vermutlich kleine Geschwister mit überfordernden Affekten von adoleszenten Brüdern konfrontiert werden können. In den von Sharpe & Rosenblatt (1994) beschriebenen Fällen findet sich eine Bestätigung dieser Hypothese. Die von ihnen behandelten Patienten, die zu einem Zeitpunkt geboren wurden, als die älteren Geschwister auf dem Höhepunkt ihrer ödipalen Entwicklung waren, erlebten diese einerseits als extrem auf sie bezogen, andererseits aber als exhibitionistisch und missbräuchlich.

Wellendorf (1995, 305) führt unbewusste Todeswünsche in der Geschwisterbeziehung auf die offene Reihung nach unten zurück, was impliziert, *„es könne gleichgültig sein, ob es mich gibt oder nicht.“* Insofern beinhalten Todeswünsche auch einen Aspekt von Autodestruktivität:

„Die Todeswünsche gegen den Vater gelten dem ödipalen Rivalen; die Todeswünsche gegen den Bruder oder die Schwester gelten nicht nur dem Rivalen, sondern gerade auch dem Doppelgänger.“ (Wellendorf 1995, 306)

Wie schon für die ödipale Entwicklung der Schwester ausgeführt (vgl. 3.6.3) können jüngere Geschwister bzw. die Geburt eines Bruders oder einer Schwester bei Mädchen für einen unbewussten, inzestuösen Kinderwunsch stehen. Angenommen das Mädchen hat diese unbewusste Fantasie, dann werden die Generationsgrenzen aufgeweicht und die Rivalität zur Mutter verstärkt, wobei eine unbewusste Fixierung auf den ödipalen Vater bestehen bliebe. Das neugeborene Geschwisterkind erfährt unter Umständen eine besondere, eher mütterliche Zuwendung von der Schwester. Nach eigenen Beobachtungen rivalisieren die adoleszenten Töchter häufig um das Kind mit der Mutter, was für das Baby eine doppelte Bemutterung bedeutet.

Die mit der Adoleszenz einhergehende Veränderung der Dynamik der Geburtsposition ist bislang in der Literatur wenig beschrieben worden. Die bis dahin unumstrittene Tatsache für das ältere Geschwisterkind, der Größere zu sein, derjenige zu sein, der immer ein Stück vo-

raus ist, ändert sich, wenn die Geschwister in die Adoleszenz kommen, denn die einstigen gravierenden Unterschiede hinsichtlich der körperlichen als auch kognitiven und emotionalen Entwicklung werden kleiner. Das Verschwinden der Unterschiede während der adoleszenten Entwicklung könnte für den Älteren vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen eine narzisstische Kränkung darstellen. Erschwerend kommt hinzu, dass der Ältere aufgrund des adoleszenten Narzissmus ein starkes Bedürfnis nach Einmaligkeit und Abgrenzung bis hin zur Verleugnung der Verbundenheit dem Bruder oder der Schwester gegenüber entwickeln kann (Sohni 2004, 33; Wellendorf 1995, 304). Es ist denkbar, dass versucht wird, den jüngeren Bruder oder die jüngere Schwester zu depotenzieren, zu entwerten und zu dominieren, um das eigene Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Erschwerend kommt hinzu, dass jüngere Geschwisterkinder ihrerseits die kindlichen Geschwisterrepräsentanzen entidealisieren, wenn sie in die Adoleszenz kommen, sodass Ältere zusätzlich durch die aktive Umgestaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen des jüngeren Geschwisterkindes weiter in ihrem Narzissmus bedroht werden.

Anders als vorher versuchen die Jüngeren nun auch in die Adoleszenz kommend, mehr Macht und Einfluss auf die älteren Geschwister zu bekommen (Dunn & Plomin 1996). Das narzisstische Gleichgewicht wird mit der Adoleszenz also so verschoben, dass der Ältere zusätzlich zu den eigenen schwierigen Entwicklungsaufgaben unter Umständen auch eine Entidealisierung durch den jüngeren Bruder oder der Schwester erfährt, sodass es erneut zu einer Verschärfung der Adoleszenzkrise kommen kann. Der Ältere muss also fähig sein, den Jüngeren bzw. die Jüngere als gleichwertig anzuerkennen.

Unterstützung bekommen diese Überlegungen durch eine Untersuchung von Schachter (1982). Sie hat beobachtet, dass zwischen Erstgeborenen und Zweitgeborenen mehr Konflikte und stärkere Desidentifikationen nachweisbar seien als zwischen Zweitgeborenen und Drittgeborenen. Am seltensten würden Desidentifikationen zwischen Erst- und Drittgeborenen auftreten. Daraus lässt sich folgern, dass es mehr Rivalität zwischen Erst- und Zweitgeborenen geben könnte als zwischen anderen Geschwisterpositionen, was die Annahme, dass Erstgeborene stärker unter narzisstischen Konflikten leiden, unterstreicht (vgl. Kap. 3. 3. 2).

Sowohl Konflikte als auch emotionale Nähe nehmen mit Beginn der Adoleszenz zu. So gibt es auch Bereiche, in denen Jugendliche *„ein stürmisches Bedürfnis nach geschwisterlicher Verbundenheit entwickeln, bis hin zur Verschmelzung“* (Sohni 2004, 33).

In Bezug auf die Geschwisterkonstellationen stellt sich wiederum die Frage, ob gleichgeschlechtliche Geschwisterpaare auch für die Identitätsbildung in der Adoleszenz unterstützender sind als gegengeschlechtliche Konstellationen, was ja schon in den vorangegangenen Abschnitten diskutiert wurde. Gleichgeschlechtliche Geschwister sind wichtig für die Konsolidierung der eigenen sexuellen Identität (Bank & Khan 1994, 128). Für die Ich-Idealbildung kann dasselbe Geschlecht des Geschwisters als „*Spiegel, oft eine Art Doppelgänger*“ (Wellendorf 1995, 304) unterstützend wirken.

Die Überwindung der präödiipalen Mutter ist für Mädchen schwieriger und von daher kann auch es unter Schwestern zu mehr Konflikten führen. Rivalität um Leistung und Erfolg, Sexualität und Schönheit sowie soziale Beziehungen werden bei adoleszenten Schwestern stärker beobachtet als bei Brüdern (Cicirelli 1995, 44f). Da die bisexuelle Position beim Mädchen in der Frühadolescenz ausgeprägter ist (Blos 1978, 103), sind darüber hinaus homosexuelle Strebungen der Schwester gegenüber vorstellbar. Vorstellbar ist, dass das in dieser Entwicklungsphase typische Festhalten an der phallischen Illusion eine Form der Abgrenzung und Schutz vor Fusion gegenüber einer Schwester sein kann (vgl. Mertens 1994b).

Jungen mit einem älteren Bruder, der eine männliche Identifizierung ermöglicht, bewältigen diese Entwicklungsphase eventuell leichter, denn sie müssen nicht noch durch eine Schwester in einer eventuell unsicheren Geschlechtsrollenidentität bedroht fühlen. Diese Überlegung entspricht der Beobachtung, dass bei gegengeschlechtlichen Geschwisterpaaren negative Beziehungsqualitäten in der Adoleszenz ihren Höhepunkt haben, während Brüder hingegen eine eher gleich bleibende Beziehungsqualität haben:

„Gerade Geschlechter des gleichen Geschlechts müssen sich nicht mit dem Problem gegenseitiger heterosexueller Anziehung auseinandersetzen und können so ihre Loyalität leichter bewahren als Brüder und Schwestern.“ (Bank & Kahn 1994, 111)

So gibt es auch Befunde, nachdem einzige Brüder unter Schwestern oft maskuliner als Jungen erscheinen, die nur mit Brüdern aufgewachsen sind, was die oben beschriebene Vermutung einer phallischen Zentriertheit als Abwehr unterstreicht (vgl. Sutton-Smith & Rosenberg 1970). Weiterführende Überlegungen für die anscheinend konflikthanfälligere Beziehung zwischen Brüdern und Schwestern in der Adoleszenz stehen nun im Mittelpunkt der Betrachtung. Dabei wird die Rolle der Sexualität erörtert.

3.9 Die Rolle der Sexualität in Geschwisterbeziehungen

King (1995, 157) hebt für die Entwicklung des Mädchens hervor, dass die Entwicklungsprozesse in der Adoleszenz ausgiebig Raum und Zeit für die Selbsterforschung sowohl auf der unmittelbar körperlich-sinnlichen Ebene in der Onanie und der Menstruation als auch auf der symbolischen Ebene erfordern. Das Mädchen brauche jetzt gerade auch in der Beziehung zu einem Bruder seelischen und körperlichen Abstand und Distanz ohne Bedrohung realer Verführungen.

Auf psychosexueller Ebene setzen sich Jugendliche zunächst mit der Beziehung zum gleichgeschlechtlichen Elternteil auseinander. Durch die Übertragung der damit verbundenen erotischen und narzisstischen Bedürfnisse auf gleichgeschlechtliche Freundschaften wird die Mutter-Tochter Symbiose bearbeitet, wie es z.B. bei Mädchenfreundschaften beobachtbar ist:

„Durch Vergleich, spiegelnde Bestätigung, Verbalisierung unbegriffenen sexuellen Erlebens, zärtliche Unterstützung und mühevoll Differenzierung spielen die Mädchen ihre homosexuellen Neigungen und Kränkungen miteinander durch und nutzen die in der Freundschaft sublimierte Erotik zur Modellierung ihrer Weiblichkeit und Erprobung von Selbstkonzepten.“ (Poluda-Korte 1992, 154)

Poluda-Korte weist weiter darauf hin, dass diese Mädchenfreundschaften auch einen „*ödipalen Schutz*“ gegen inzestuöse Bestrebungen gegenüber dem Vater sind, die im Erleben der ersten Menstruation virulent werden. Dieses lässt sich auf die Dominanz eines Bruders übertragen. Sexuelle Handlungen zwischen Bruder und Schwester sind naheliegend, sodass die beobachtete Zunahme von Konflikten zwischen Bruder und Schwester in der Adoleszenz Abwehrcharakter inzestuöser Bestrebungen haben könnte:

„Die Sexualität zwischen Geschwistern ist zweifellos Erbe der inzestuösen Wünsche gegenüber den Eltern – ein Bruder repräsentiert den inzestuösen Vater, eine Schwester die inzestuöse Mutter. Aber der Bruder oder die Schwester ist auch ein reales, erreichbares sexuelles Objekt. Das Leben mit Geschwistern stimuliert intensiv die libidinösen und aggressiven Triebregungen, die sich in entsprechenden Spielen roh Ausdruck verschaffen und die prägenitalen Partialtriebe mit rapiden Wechsel der erogenen Zonen betreffen können.“ (Heenen-Wolf, 2007, 546)

Flaake untersuchte in einer klinisch-empirischen Studie das familiäre interaktionelle Geschehen durch die sich entwickelnde erwachsene Sexualität adoleszenter Mädchen. Dabei beschreibt sie Mutter-Vater-Tochter Interaktionen und fokussiert v.a. auf die Veränderungen in

der Beziehung zum Vater. Es scheint aber meines Erachtens legitim, ihre Schlussfolgerungen auch auf einen Bruder zu übertragen:

„Sexuelle Beziehungen, genitale Kontakte auf einer Erwachsenenenebene, werden real möglich. Dadurch sind erotische Wünsche und Fantasien – sowohl auf Seiten der jungen Frau als auch des Vaters – zugleich erregender und bedrohlicher als in früheren Entwicklungsphasen. Zugleich beeinflussen die konkreten Beziehungsgestaltungen zwischen Vätern und ihren adolescenten Töchtern – insbesondere die Art und Weise, wie Väter (...), mit ihren durch die Adoleszenz der Töchter ausgelösten Gefühlen, Wünschen, Fantasien und Ängsten umgehen – (...) ihre weiteren Entwicklungen.“ (Flaake 2003, 405f.)

Kommt es zu real stattfindenden sexuellen Kontakten zwischen Geschwistern sind nachhaltige pathologische Folgen zu erwarten (Sharpe & Rosenblatt 1994, 500). Zwischen Geschwistern spielen sexuelle Erlebnisse und Fantasien eine Rolle. Diese können spielerischen Charakter haben, sie können aber auch zu Missbrauch und manifestem Inzest kommen, deren pathologische Konsequenzen in der psychoanalytischen Literatur zum sexuellen Missbrauch wenig thematisiert werden. Die Unterscheidung, was normales sexuelles und spielerisches Verhalten und was an sexuellem Missbrauch grenzt, ist unter Geschwistern schwierig zu unterscheiden (Bank & Khan 1994, 135). Cicirelli (1995, 170) macht bei deren Beurteilung auch kulturelle Werte geltend. Aber sexuelle Verwicklungen und Inzest zwischen Brüdern und Schwestern haben vor allem in der fragilen Phase der Präadoleszenz schädigende Wirkung, die die sexuelle Aktivität im Erwachsenenalter einschränken können (Bank & Kahn 1994, 147).

Parens (1988) spricht von der Verlagerung der sexuellen Beziehungsfantasien von den Eltern auf die Geschwister als einen eigenständigen Entwicklungsschritt. Die psychosexuellen Fantasien würden drei Ebenen durchlaufen, die nacheinander überschritten werden. Danach richten sich die Fantasien zunächst an die Eltern, dann an die Geschwister und schließlich an Gleichaltrige und außerfamiliäre Partner. Durch die notwendige Transformation in der adolescenten Geschwisterbeziehung integrieren beide den gegengeschlechtlichen Part, mit dem sie sich vorher in ihrer symbiotischen Verbundenheit wechselseitig identifizierten. In einer normalen Entwicklung würden die Ziele der ödipalen Geschwisterbeziehung entlang der ödipalen Wünsche der Eltern gegenüber nach und nach abnehmen.

Ich vermute, dass aufgrund der mit der Adoleszenz einhergehenden narzisstischen Bedürfnisse, sexuelle Impulse und erotische Anziehung unter Umständen besonders drängend sein kön-

nen, die dann zu einer unbewussten Fixierung an den Bruder oder Schwester führen und die spätere Partnerwahl determinieren. Psychoanalytisch orientierte Autoren wie Graham (1988), Abend (1984) und Sharpe & Rosenblatt (1994) untersuchen den Einfluss von Geschwisterliebe auf erwachsene Objektbeziehungen.

Partnerwahl und Partnerbeziehung werden aus psychoanalytischer Sicht als Resultat weitgehend unbewusster, verinnerlichter frühkindlicher und kindlicher Beziehungen und der damit verbundenen Konflikte und Fixierungen gesehen. Die Partnerwahl ist an frühere Beziehungsvorbilder orientiert und stellt eine Wiederfindung mit den entsprechenden Tendenzen zur Wiederholung dar. Nach Reich (1987) kommen dabei die Eltern-Kind-Beziehungen des Individuums und die Beziehung der Eltern zueinander zum Tragen. Aber gerade die Partnerwahl scheint wesentlich stärker von libidinösen Besetzungen und Objektrepräsentanzen, die aus der Geschwisterbeziehung stammen, motiviert zu sein als von elterlichen Objektrepräsentanzen (Kreische 1998; Abend 1984; Sharpe & Rosenblatt 1994). Familiarität bei der Partnersuche wird also nicht nur in Hinblick auf Ähnlichkeiten mit den Eltern, sondern auch mit denen der Geschwister gesucht (Adam-Lauterbach 2007).

In Anlehnung an Sharpe & Rosenblatt (1994) sind Indikatoren ungelöster ödipaler Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter eine vorherrschende Idealisierung oder Entwertung des Geschwisters, das Fortbestehen von grandiosen und entwertenden Selbstbildern in der Beziehung zu Bruder oder Schwester und das Andauern polarisierter Rollen und Eigenschaften unter Geschwistern.

3.10 Geschwisterdynamik im Erwachsenenalter

Die Frage, wie sich die Geschwisterbeziehungen im weiteren Leben entwickeln, ist in den letzten Jahren vor allem von soziologischer Seite im Rahmen der Lifespan-Forschung untersucht worden (Bredford 1990; Cicirelli 1995). Dabei zeigt sich, dass die Konflikte unter Geschwistern in der Regel im weiteren Verlauf des Erwachsenenalters abnehmen, wobei hier geschlechtsspezifische Unterschiede zu verzeichnen sind. Bei Schwestern nehmen die positiven Qualitäten nach dem Einbruch in der Adoleszenz wieder zu und bleiben im weiteren Leben konstant. Bei Brüdern bleibt die Beziehung relativ gleich und meist ambivalent:

„So bleiben sich Schwesternpaare im Alter sehr nahe und fühlen sich dann sogar noch enger verbunden als während der Kindheit, während bei Brüdern Ambivalenz und Rivalität bis spät im Leben erhalten bleiben.“ (Onnen-Isemann & Rösch 2005)

Eine Reihe von Forschungsbefunden spricht dafür, dass sich im Verlauf der Jugendjahre Geschwister von der Herkunftsfamilie wegbewegen. Freundschaften und Liebesbeziehungen erhalten einen immer höheren emotionalen Stellenwert, während die Bedeutung der Geschwister zunehmend in den Hintergrund rückt (Pulakos 1989).

Die während der Adoleszenz und frühen Erwachsenenjahre anstehenden Entwicklungsaufgaben, eine eigene Identität und Intimität aufzubauen, bringen es mit sich, dass sich die Geschwister, häufig auch geographisch, voneinander entfernen und sich die Nähe zwischen ihnen reduziert.

Die Familiengründung bietet aber erneut eine Veränderung der Umformung der Geschwisterbeziehungen und führt oftmals wieder zu mehr Nähe und Bezogenheit. Tante oder Onkel zu werden, bedeutet eine erneute, größere Veränderung in der Geschwisterrangfolge, die dann wieder zu mehr Kontakten und einer Intensivierung der Beziehung führt (Sohni 2004, 22).

Aber auch in Fällen von unerwarteten kritischen Lebensereignissen, wie z.B. Arbeitslosigkeit, lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Tod eines nahen Angehörigen, vertiefen sich Geschwisterbeziehungen wieder. Geschwister stellen gegenseitig Bewältigungspotential zur Verfügung, auf dessen Basis Schwierigkeiten und Konflikte ertragen und gemindert werden können (Bedford 1989; Kasten 2009).

Cicirelli (1995) postuliert, dass eine enge positive Beziehung zu einer Schwester vor depressiven Symptomen schützt, während im Erwachsenenalter über den Tod des Geschwisters hinaus persistierende Geschwisterrivalität unter Schwestern mit depressiven Symptomen korreliert. Auf seine eigenen Studien Bezug nehmend formuliert er:

„Cicirelli (1989a) found that the perception of a close bond to sisters by either men or women was related to well-being as indicated by fewer symptoms of depression, while a close bond to brothers seemed to have little relevance for well-being. In a study of the elders' feelings toward dead siblings, not only did feelings of closeness and rivalry persist, but persisting rivalrous feelings were related to greater symptoms of depression among women with dead sisters.“ (Cicirelli 1995, 63f)

In Anlehnung an die Bindungstheorie mutmaßt er, dass eine Schwester in der Kindheit oft eine wichtige Bindungsfigur darstellt, die lebenslang stabilisierend sein kann. Wie stark auf der anderen Seite negative und ambivalente Gefühle zwischen Geschwistern selbst im hohen Erwachsenenalter wirken, zeigt eine Untersuchung von Moss (1989, zit. nach Kasten 2009,

8). Er weist mangelnde Trauerreaktionen auf den Tod eines Geschwisters bei älteren Probanden nach und interpretiert dies als Trauerabwehr als Folge von unbewusster Feindseligkeit bei gleichzeitig mangelnder psychischer Distanz und Loslösung.

4 Klinische Aspekte persistierender Geschwisterkonflikte im Erwachsenenalter – Fragestellung der Arbeit

Die Darstellung entwicklungspsychologischer Zusammenhänge ist dem Krankheitsverständnis der Psychoanalyse geschuldet, das nun in etwas komprimierter Form behandelt wird. Zu den Grundannahmen psychoanalytischer Krankheitskonzepte zählt die pathogene Bedeutung früher Beziehungserfahrungen, was neuropsychologische Studien untermauern (vgl. Beutel & Huber 2006). Die in der frühkindlichen Entwicklung herausgebildeten Strukturen, Funktionen und Erlebensweisen bilden die Grundlage für die Ausdifferenzierung und Bewältigung der weiteren Lebensphasen mit ihren spezifischen Konflikten und Anforderungen. Durch Störungen der frühkindlichen Interaktionen mit den primären Objekten kann die weitere psychische Entwicklung beeinträchtigt werden, so dass sich seelische Erkrankungen entwickeln.

4.1 Die Entstehung von psychogenen Erkrankungen aus psychoanalytischer Sicht

Die Grundannahme der klassischen Neurosenlehre geht davon aus, dass in der Kindheit aufgrund der Unvereinbarkeit von kindlichen Impulsen, Wünschen und Handlungsintentionen und den elterlichen Verboten Kompromissleistungen erfolgt sind, die Symptomcharakter haben. Auch eine unbewusste Fantasie gilt als Lösungsversuch eines unbewussten Konfliktes. Unbewusst gewordene Konflikte bleiben als verdrängte neurotische Konflikte intrapsychisch wirksam und werden überwiegend durch Verdrängung und durch Verleugnung vom Bewusstsein ferngehalten.

Die Vertreter der Objektbeziehungs- und Selbstpsychologie sehen in der mangelnden Zuwendung und Einfühlung der Eltern die Gründe für eine „*konfliktreiche innere Welt beim Kind, die unweigerlich Verdrängungen und Verleugnungen nach sich zieht*“ (Mertens 2005, 105). Die wechselseitige konflikthafte Beziehungsregulierung und mangelnde Übereinstimmung der elterlichen und kindlichen Vorstellungen, die es dem Kind nicht ermöglichen, die mit den Entwicklungsaufgaben verbundenen Konflikte zu bewerkstelligen, stellen intersubjektiv und interpersonell orientierte Kliniker in den Vordergrund (vgl. Mertens a.a.O.).

Durch die Ergebnisse der Säuglingsforschung und Befunden der Entwicklungspsychologie kann davon ausgegangen werden, dass der Säugling bei Verletzungen seiner Nähe-, Bindungs- und Sicherheitsbedürfnisse keine Orientierung und Sicherheit findet. Im Unterschied zum Konflikt stehen hier frühe Entwicklungsdefizite und Entwicklungstraumatisierungen im

Vordergrund, die zu Entwicklungsverzögerungen und Einschränkungen „*wichtiger kognitiver und sozioemotionaler Kompetenzen*“ (Mertens 2005, 102) führen können. Denn basale psychische Funktionen werden unter diesen Bedingungen zu wenig ausgebildet. Ermann (2007, 71) spricht von „*Leerstellen in der Persönlichkeitsorganisation*“, die durch frühe Deprivation und Vernachlässigungen zu strukturellen Defiziten führen, wobei auch konstitutionelle Einflussfaktoren und Erkrankungen geltend gemacht werden. Folge dieser für das Kind ungünstigen Entwicklungsvoraussetzungen ist eine Vulnerabilität im Bereich der Affekt- und Beziehungsregulierung, die für psychische Erkrankungen und neurotische Konfliktlösungen prädisponieren.

Die damit verbundenen Entwicklungsdefizite werden in der Persönlichkeit als Störung der Ich-Struktur verankert. Strukturelle Störungen führen dazu, dass im Erwachsenenalter die Impulssteuerung und Affektregulierung gestört ist, die Symbolisierungsfähigkeit und Realitätsprüfung zu wenig ausgeprägt und die Grenzziehung zwischen dem Selbst und Objekt oft nicht gelingt. Das eingeschränkte strukturelle Funktionsniveau ist aber nicht einfach als Defizit zu verstehen, „*sondern spiegelt spezifische Erwartungen des Subjekts an die Objektwelt wider.*“ (Rudolf 2006, 52). Die Ich-Schwäche führt dazu, dass Persönlichkeiten mit strukturellen Störungen auf ein Objekt bzw. auf eine Struktur angewiesen sind, die ihnen Halt gibt und die strukturellen Mängel verhilft zu kompensieren, um das Erfahren von Getrenntheit zu vermeiden.

Neben den Entwicklungstraumatisierungen können auch später erfahrene Traumata zu strukturellen Störungen führen. Kinder und Jugendliche, die traumatisierenden Erfahrungen wie sexueller Missbrauch und Gewalt ausgesetzt sind, können diese meist psychisch nicht integrieren, was den bisherigen Entwicklungsstand bedroht. Psychische Abwehrfunktionen brechen zusammen, die Traumaerfahrungen können nicht mentalisiert werden und bilden einen Defekt in der späteren Persönlichkeit (Fonagy et al. 2004, 2011). Das traumatische Erleben wird dissoziiert und wie in einer Kapsel von der übrigen Persönlichkeit getrennt gehalten. Forschungen zu Folgewirkungen von Traumatisierungen haben gezeigt, wie das Kind versucht, das Geschehen ungeschehen zu machen, indem es die Erinnerung und das Erleben der dazugehörigen Affekte vermeidet (u.a. Shengold 1995). Nachweisbar sind darüber hinaus langanhaltende Hirnveränderungen mit all den Folgen psychischen Erlebens und kognitiven Prozessen. Die Abspaltung und Art der Abwehr schwächen weitere psychische Funktionen, die dann für die Verarbeitung des Erlittenen nicht mehr zur Verfügung stehen (vgl. u.a. Stre-eck-Fischer, A., Sachsse, U. & Özkan, I. 2001). Psychoanalytisch von Interesse ist unbewuss-

te Tendenz zur Wiederholung des Traumas. Die damit verbundene Dynamik zeigt sich folgenderweise:

„Zum einen identifiziert sich ein Kind mit der Aggression und dem Ärger des als Angreifer erlebten Erwachsenen. Zum anderen werden aber auch eigene aggressive Impulse und Bestrafungstendenzen geweckt. Eine spätere Bewältigungsform der traumatischen Erfahrung stellt die häufig antreffbare Wendung vom passiv Erlebten in die aktive Ausführung dar.“
(Mertens 2005,117)

4.2 Krankheitsmanifestation

Auslösesituationen, die auch spezifische Lebensaufgaben sein können, aktualisieren einen latenten bis dahin verdrängten Konflikt mit entsprechender Symptomentwicklung und werden subjektiv als Überforderung erlebt. Damit einher geht eine starke intrapsychische Spannung, die das Individuum überfordert und regressive Bewältigungsformen nach sich zieht (Mentzos 2005,37). Ein psychodynamisches Verständnis erklärt, warum eine Lebenssituation dann dazu führt, dass ein Grundkonflikt aktualisiert wird und die bisherigen Bewältigungsmodi und Abwehrmaßnahmen nicht mehr ausreichen. Häufig sind Symptome eine Kompromisslösungen.

Ermann (2007, 19) unterteilt psychogene Erkrankungen in verschiedene Gruppierungen (siehe auch Kap.7). Dabei erfasst er neurotische Störungen, die auf einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung basieren, bei der unbewusste neurotische Konflikte und deren Abwehr für die Ätiologie einer psychischen Erkrankung angenommen werden. Die psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen sind Manifestationen von psychogenen Störungen in Form von körperlichen Symptomen. Sie beruhen auf emotionalen Entwicklungsdefiziten und der weiteren Verarbeitung von neurotischen Konflikten. Entsprechend der psychoanalytischen Theorie wird Konversion von der Somatisierung unterschieden. Durch die Bildung eines Konversionssymptoms wird der ursprünglich belastende Inhalt unbewusst, drückt sich aber symbolhaft im Symptom aus. Somatisierung hingegen beruht auf einer partiellen Ich-Regression, mit der ein früherer psychophysiologischer Entwicklungs- und Erlebniszustand wieder hergestellt wird (Ermann 2007, 242). Davon differenziert werden reaktive Störungen, die als Belastungsreaktionen krankheitswertige Anpassungsprobleme mit sich bringen. Bei der Strukturpathologie ist der Verlust haltgebender Beziehungen und Strukturen vorrangig, was zu Ängsten, Depressionen und körperlichen Symptomen führt. Autoaggressives Verhalten und Suchtverhalten werden als Ausdruck des erlebten Selbstverlustes verstanden. Symptome auf dem Hinter-

grund der Trauma-Pathologie entstehen, wenn das Individuum die Erinnerung an das Trauma nicht mehr verdrängen kann. Kennzeichnend sind hier vor allem Dissoziationserscheinungen.

Ermann (2007) und Mertens (2005) betonen, dass die Unterscheidung der neurotischen und strukturellen Symptomatik aufgrund ihrer Komplexität schwierig sei. Die klinische Realität zeigt, dass Konflikt und Struktur miteinander verwoben sind. Die beiden Krankheitsmodelle der konflikt- und der strukturbezogenen Störungen ergänzen sich im Verständnis individueller Erkrankungen, was in der Operationalisierung psychischer Erkrankungen auf dem Hintergrund der Konflikte und der Strukturpathologie des Patienten im Rahmen der aktuellen psychodynamischen Diagnostik der OPD (2006) erarbeitet wurde (siehe auch Kap. 7.1.2).

Auch wird die frühere Abgrenzung von neurotischem Konflikt und real erfahrener Entwicklungs-trauma in der modernen Psychoanalyse heute nicht mehr aufrechterhalten. Vielmehr werden sie auf einem Kontinuum liegend und als Dispositionen für psychische Erkrankungen begriffen (Mertens 2005, 116). In den in Kap. 3 beschriebenen Grundkonflikten mit ihren spezifischen Entwicklungsaufgaben sind die konflikthaftern Erfahrungen in ihren intrapsychischen und daraus resultierenden strukturellen Störungen intendiert.

4.3 Geschwisterkonflikte und psychische Erkrankung

In Kap.1.3 wurden empirische Untersuchungen im psychiatrisch-klinischen Bereich in Bezug auf Geschwistereinflüsse benannt. Es gibt mittlerweile eine Reihe von Einzelfallstudien, die die Notwendigkeit der Analyse diesbezüglicher Konflikte für eine erfolgreiche psychoanalytische bzw. psychotherapeutische Behandlung unterstreichen (Khan & Lewis 1988; Lehmkuhl & Lehmkuhl 1995; Volkan & Ast 1997; Sohni 1999; Stolorow 2004; Adam-Lauterbach 2007; Heenen-Wolf 2008). Dabei werden überwiegend pathologische Entwicklungen beschrieben, die mit traumatisierenden Geschwisterbeziehungen wie z.B. Gewalt und Missbrauchserfahrungen durch einen Bruder oder einer Schwester in Verbindung gebracht werden (z.B. bei Mitchell 2003; Cole 2003; Volkan & Ast (1997)). Es gibt aber auch Behandlungsberichte von eher unauffälligen Geschwisterbeziehungen, die für die Entwicklung der Patienten einen nachhaltig starken Einfluss und hohe emotionale Bedeutung gehabt haben (Agger 1988; Graham 1988; Wellendorf 1995; Sohni 1998; Adam-Lauterbach 2007; Heenen-Wolf 2008).

Die im dritten Kapitel vorangegangenen Überlegungen bezüglich entwicklungspsychologischer Aufgaben zielte vor allem darauf ab, die Notwendigkeit der psychischen Abgrenzung und Loslösung in der psychosexuellen Entwicklung nicht nur den Eltern, sondern auch den

Geschwistern gegenüber zu betonen. So sind viele Forscher z.B. der Ansicht, dass Konflikte um Neid und Rivalität im Laufe der späten Kindheit bei einer gesunden Entwicklung abnehmen (vgl. Kasten 2009). Handelt es sich um eine pathologische Entwicklung, so stellt sich die Frage, ob konflikthafte, sexuell und aggressiv aufgeladene Geschwisterkonflikte bei der Manifestation einer psychogenen Erkrankung eine Rolle spielen. Auf einige, in der Literatur beschriebenen psychischen Erkrankungen, bei denen Geschwistererfahrungen als langandauernde Effekte beschrieben werden, möchte ich nochmals Bezug nehmen (vgl. Kap.1.3).

So beschreiben z.B. Volkan & Ast (1997, 21ff) bei den von ihnen behandelten erwachsenen Patienten, die älteste Geschwister waren, persistierende Fantasien, in den Bauch der Mutter dringen zu wollen, um den Rivalen zu besiegen. Nach ihrer Erfahrung sind Träume von kleinen Tieren, Ungeziefer oder Parasiten oftmals unbewusste Symbolisierungen für das immer noch bestehende aggressive Besetztsein jüngerer Geschwister. Klaustrophobische Symptome sehen die Autoren ebenfalls durch unbewusste Fantasien motiviert, die mit der Geschwistererfahrung zu tun haben:

„Our own experience with patients who fear enclosed spaces also suggests that the patient`s symptoms often relate to unconscious fantasies concerning mental representations of younger siblings and the mother`s pregnancy with the younger siblings.“ (Volkan & Ast 1997, 34)¹⁹

Häufig sind die Bindungen unter Geschwistern so eng, dass altersgerechte Ablösungs- und Verselbständigungsschritte nicht möglich sind. Geschwister sind dann als Erwachsene davon abhängig, Nähe und Verschmelzung miteinander herzustellen. Diese Dynamik kann bei defizitären und vernachlässigenden Eltern kompensatorische und fördernde Aspekte gehabt haben, was als Kompensationshypothese in der Literatur beschrieben wird (z.B. Bank & Kahn 1994). Letztlich untergräbt aber die Fixierung auf eine präödipale symbiotische Bindung an Bruder oder Schwester Autonomie und Abgrenzung. Die Wahrnehmung von Differenz und Trennungswünsche lösen dann Schuldgefühle aus. Die mit diesen Mustern verbundene unbewusste Aggression wird durch Idealisierung und Altruismus abgewehrt.

Untersuchungen von Zwillingen zeigen, dass Konflikte um Abhängigkeit und Autonomie, Trennung und Separation in dieser Geschwisterbeziehung oftmals stärker sind als bei anderen Geschwisterkonstellationen (Parrish 1978; vgl. dazu auch Kasten 1999, 80). Die Konfusion der Selbst- und Objektgrenzen verhindert eine klare Abgrenzung und Realitätsüberprüfung:

¹⁹ Dies entspricht den Ergebnissen der Studie von Abarbanel 1983 (siehe Kap. 3. 3. 2)

„Unsere klinischen Beobachtungen haben das bestätigt. Die enge Identifikation mit dem Zwilling verhindert eine Trennung und führt so zu einer Verzerrung der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Zwillinge sind das extreme Beispiel einer Geschwistergemeinschaft, in der eine Beeinträchtigung der Realitätsprüfung vorherrscht.“ (Bank & Kahn 1994, 45)

Exzessive Bindungen können phasenweise auch bei Nicht-Zwillingen auftreten. Volkan & Ast (1997, 100) sowie Bank & Kahn (1994) nennen diese Form einer pathologischen Geschwisterbeziehung „*Twining*“. Dabei wird der innere Repräsentanzenraum des Kindes von den Objekt- und Selbstrepräsentanzen des Geschwisters besetzt. Die Geschwister erleben sich als Einheit, oft sind es Bruder und Schwester, die sich in der Kindheit schwören, nie auseinander gehen zu wollen. Sie genügen sich selbst und scheinen unabhängig von anderen zu sein. Die Ich-Funktionen und das Über-Ich werden quasi mit dem Geschwister geteilt. Aus der gemeinsamen Idealisierung und der exklusiven Zweierbeziehung kann ein Entwicklungsstillstand werden. Diese Fixierung führt zur sozialen Isolation und unter Umständen zu einer inzestuösen Regression. Das Ziel des „*Twinnings*“ ist die Illusion, der andere sei ständig verfügbar. Meist kommt es in der Adoleszenz zu einer Separation, aber die Erinnerung an ihr Eins sein verschwindet nie und belastet andere Objektbeziehungen. Es hat keine Integration der Selbst- und Objektrepräsentanzen stattgefunden. Erstickungsgefühle und Klaustrophobie sind häufig Symptome für das Vorhandensein einer solchen Zwillingsidentifikation, die mit unbewussten aggressiven und mörderischen Impulsen einhergeht. Die Trennung gelingt deshalb so schwer, weil die Abgrenzung vom internalisierten Zwilling aufgrund der mangelnden Differenzierung der Subjekt-Objekt-Repräsentanzen als bedrohlich erlebt wird und Angst vor Selbstverlust entsteht (vgl. Volkan & Ast 1997, 120f.). Bewältigung und Integration der Geschwisterbeziehung in die eigene psychische Struktur erfordert eine intensive Abgrenzungsarbeit:

„Die geschwisterliche Nähe und die Prozesse der Identifikation, Verschmelzung und Regression implizieren die Gefahr einer Destrukturierung und bedrohen den bereits erreichten Entwicklungsstand und die noch unsichere Identität.“ (Wellendorf 1995, 304)

Eine andere Problematik, die sich langfristig in psychischen Erkrankungen niederschlagen dürfte, ist ein Übermaß an Aggressivität, Dominanz und Gewalt in Geschwisterbeziehungen. Diese Form der Traumatisierung weist auf die Rolle der Eltern hin, die hier nicht regulierend und begrenzend eingegriffen haben. Bank & Kahn (1994, 171) differenzieren dabei Eltern, die eher konfliktvermeidend oder auf der anderen Seite konfliktverstärkend die Aggressionen mit agiert und inszeniert haben.

4.3.1 Der Einfluss der Eltern

Bislang wurde der Beitrag der Eltern bei der psychischen Strukturierung und Ausgestaltung der Geschwisterbeziehung als Hintergrundkontext berücksichtigt. Es wurde in der vorliegenden Arbeit schon darauf hingewiesen, dass eigene ungelöste und unbewusste Geschwisterkonflikte und -repräsentanzen von den Eltern auf ein Kind projiziert werden können. Einfluss haben dabei vor allem die unbewussten Fantasien der Eltern. In Bezug auf die Tradierung persistierender ödipaler Geschwisterkonflikte in der Elterngeneration ist die Untersuchung von Bell (1964) von Interesse, die bei Müttern, die jüngere Brüder hatten, vermehrt Kastrationswünsche dem eigenen Sohn gegenüber feststellt. Die Autorin geht davon aus, dass das phallisch kastrierende Verhalten der Mütter oftmals durch ungelöste Bruderkonflikte und persistierenden Penisneid motiviert sei.

Darüber hinaus wird oftmals die Beziehung zwischen den Kindern entsprechend der psychischen Disposition und emotionalen Bedürftigkeit der Eltern geformt bzw. beeinflusst. Spaltungen und Konflikte von Eltern werden dann unbewusst zwischen Geschwistern indiziert, um das eigene narzisstische Gleichgewicht zu bewahren. So initiieren Eltern z.B. aus Gründen der Konfliktvermeidung symbiotische Bindungen und Fusion wie das oben beschriebene „*Twinning*“ zwischen Geschwistern, in dem sie die Kinder nicht trennen und Unterschiede zwischen ihnen negieren (Volkan & Ast 1997). Das identische Behandeln von Kindern ist oft Abwehr einer eigenen Geschwisterproblematik und Ausdruck von Verleugnung der Rivalität. Problematisch ist, dass dabei nicht nur Trennung und Aggression verleugnet werden, sondern auch Neid und Rivalität, die für die Abgrenzung und Ich-Entwicklung der Kinder wichtig sind. (Diepold 1988).

Eine andere Problematik ergibt sich, wenn ein eigenes Kind unbewusst mit dem Bruder bzw. der Schwester gleichgesetzt wird (Abarbanel 1983; Adam-Lauterbach 2007). Es ist anzunehmen, dass die Erfahrung von sehr konflikthaften, z.B. stark rivalisierenden Geschwisterbeziehungen zu einer unbewussten Ablehnung eines eigenen Kindes führen kann. Das Kind wird zur Projektionsfläche für konfliktbesetzte Geschwisterrepräsentanzen. Die Reinszenierung von geschwisterlichen Spaltungsprozessen in die Beziehung der eigenen Kinder ist von Agger bei Borderline Patienten beobachtet worden:

„Clinical experience has convinced me that borderline parents are especially prone to using the primitive defenses of splitting and projective identifications to induce sibling role and conflict behaviours among their children to satisfy their own narcissistic needs and to generate

destructive patterns of relatedness among them to gratify aggressive inclinations.” (Agger 1988, 5)

Im Unterschied zu Bank & Kahns (1994) Kompensationshypothese (vgl. Kap. 3) zeigen Furman & Giberson (1995) in einer Milieustudie auf, dass eine negative Familienatmosphäre auch negative Geschwisterbeziehungen nach sich ziehen kann. Es kommt dann nicht zu einem verstärkt positiven Zugang unter den Geschwistern (Bank & Kahn 1994), sondern zu einer Verschiebung der von den Eltern erfahrenen Aggression auf die Geschwisterebene.

Desgleichen wird in auffälligen Familien beobachtet, wie Machtkämpfe zwischen den Eltern zu vermehrten Konflikten zwischen den Geschwistern führen kann (Scharf, Shulman & Avigad-Spitz 2007, 68).

„Ihre Ehebeziehung ist ein Modell, und die Kinder nehmen per Identifikation wesentliche Merkmale der elterlichen Interaktion auf.“ (Diepold 1988, 277)

Geschwister tragen untereinander also unter Umständen Ehekonflikte der Eltern miteinander aus. Diese Konfliktverschiebung scheint für die Eltern weniger bedrohlich und kränkend zu sein als wenn sie sich selbst damit konfrontieren. Für die Entwicklung der Kinder ist besonders belastend, dass die Progressionsmöglichkeit ihrer Beziehung damit verhindert wird und inzestuöse geschwisterliche Beziehungskomponenten sich verstärken können.

Der Einfluss der Eltern wird in der Literatur auch in Hinsicht auf Geschwisterinzest reflektiert (Hirsch 1999a), wo psychosexuell intakte Elternpaare fehlen würden. In diesem Sinn konstatiert Sohni:

„Wenn es kein Elternpaar mit einer eigenen psychosexuellen Paarbeziehung gibt, dann fehlt dem Geschwisterpaar ein intergenerationales Modell für die Paarbeziehung. Die Generationengrenze kann sich nicht über einen erfahrbaren Unterschied vermitteln: So sind die Eltern als Paar, so sind wir Geschwister als Paar. Diese strukturelle Desorientierung kann dann zu real inzestuösem Umgang der Geschwister führen.“ (Sohni, 1999,42)

Auch Bank & Kahn machen elterliche emotionale Abwesenheit für sexuelle Beziehungen unter Geschwistern verantwortlich:

„Erst bei schweren Defiziten in der emotionalen Zugänglichkeit und Reaktionsbereitschaft der Eltern vermitteln sich Geschwister die notwendige emotionale Befriedigung durch die Nähe, Spannung und Verstrickung der inzestuösen Beziehungen.“ (Bank & Kahn 1994, 153)

Wenn die Eltern nicht als Paar erlebt werden, kann das Mädchen keine wirkliche Begrenzung ihrer auf den Vater bezogenen Wünsche und Fantasien erleben (King 1995; Flaake 2003). Häufig wenden sich Väter aus Abwehrgründen abrupt von ihren Töchtern ab. Das Mädchen erlebt den Rückzug des Vaters nicht nur als Kränkung und als Verlust, sondern auch als Beschämung und Schuldzuweisung. Gleichzeitig werden damit narzisstische adoleszente Größenfantasien unterlegt:

„In dieser abrupten Abwendung könnte die latente Botschaft enthalten sein, dass nicht seine, des Vaters, Probleme für den Rückzug verantwortlich sind, sondern die weibliche Körperlichkeit und Sexualität der Tochter. Das Anstößige, Bedrohliche der Sexualität wird dann der Tochter zugewiesen und in ihr bestraft. Zugleich ist darin die große Fantasie einer großen Macht der töchterlichen Körperlichkeit und Sexualität enthalten: Der Vater kann sich vor ihr nur durch eine Flucht retten.“ (Flaake 2002, 409)

Dieser Verlust der väterlichen Zuwendung und die Labilisierung des narzisstischen Gleichgewichts können eine erotisch verführerische Hinwendung zum Bruder und damit verbundene inzestuöse Handlungen zur Folge haben.

Langfristige psychopathologische Konsequenzen und negativen Einfluss auf die Geschwisterdynamik wird der Parentifizierung zugeschrieben, wo es um eine Rollenumkehr zwischen Kind und Erwachsenen geht. Das Konzept der Parentifizierung wurde in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts von Familienforschern entwickelt (vgl. Seiffge-Krenke 2009, 243). Dabei übernehmen Kinder bzw. Jugendliche elterliche Funktionen für andere Geschwister oder für die Eltern selbst und werden auch in emotionaler Weise überfordert. Dieses betrifft nach Cicirelli (1995) häufig das älteste weibliche Kind.

Eine andere Sichtweise führen allerdings Bank & Kahn (1994, 116f) ein, indem sie den Blick auf den progressiven Anteil des Versorgens in der psychischen Strukturbildung des Kindes richten. Das Kind erhalte sich dadurch intrapsychisch und intersubjektiv ein idealisiertes Elternbild, indem es sich um das Geschwisterkind kümmert. Die Kinder würden sich auf die Repräsentanzen der frühen idealisierten Mutter beziehen und sich identifikatorisch und kompensatorisch das Bild der guten Mutter erhalten. Aber die Autoren problematisieren auch die damit verbundenen Aggressionen, die altruistisch im Versorgen der Geschwister abgewehrt werden.

Eine vertikale Eltern-Kind-Ersatzpartnerschaft geht vermutlich mit einer Störung der horizontalen Beziehung der Geschwisterbeziehung einher. Denn aufgrund ihres Machtzuwachses und

ihrer oftmals heftigen Aggressionen werden die versorgenden Geschwister oft als tyrannisch, unsensibel, willkürlich und eigenmächtig von den anderen erlebt. Oft entsteht in diesen Familien offene oder verdeckte psychische wie körperliche Gewalt und Misshandlung unter den Geschwistern. Dabei leidet das jüngere Kind nicht nur unter der erlebten Dominanz, sondern auch unter Abhängigkeit, Schuldgefühlen und Verpflichtung dem versorgenden Geschwister teil gegenüber.

Auch Mertens (2005, 150) verweist auf die schädigende Rolle der Parentifizierung und problematisiert eine damit einhergehende narzisstische Entwicklung. Durch die narzisstische Besetzung von einem Elternteil fühlen sich die parentifizierten Kinder isoliert und aus der Beziehung zu den anderen Geschwistern ausgeschlossen. Das wiederum verstärkt den narzisstischen Gewinn aus der Parentifizierung. Ihre eigene Vernachlässigung wird selten wahrgenommen.

Die Parentifizierung kann auch Fremdheit und Distanz zur Folge haben. Die Geschwister scheinen kaum emotionale Bedeutung füreinander zu haben. Ihre Bindung wirkt flach, als ob es keine eigene und selbstständige Beziehung zu Bruder oder Schwester gäbe. Das Vorhandensein einer nicht oder wenig emotional besetzten Beziehung zu einem Bruder oder einer Schwester kann sich in einer tiefen Kontakt- und Bindungsstörung als Erwachsener fortsetzen (Adam-Lauterbach 2007).

Als traumatisierende Geschwistererfahrung wird in der Literatur der Tod eines Geschwisterkindes herausgestellt (Kap.1). Ist das Geschwisterkind vor der Geburt des Kindes oder während der Säuglingszeit gestorben, kommt es häufig in die Position eines Ersatzkindes (Pollock 1978). Die Eltern verwenden das Kind, um den Verlust nicht affektiv erleben zu müssen. Es bekommt die Identität eines anderen gewissermaßen implantiert, was sich auch in der Namensgebung manifestieren kann. Hirsch (1999b) führt aus, dass unbetrauerte Verluste zu Introjekten werden, die wie ein Fremdkörper im Selbst Selbstwerterniedrigung und Schuldgefühle verursachen. Das Kind müsse perfekt sein, um die angenommenen Standards der Eltern des toten aber idealisierten Kindes zu erfüllen. Gleichzeitig müsse es anders sein, damit es nicht das gleiche Schicksal erlebe. Einerseits können die Eltern den Verlust nicht betrauern und idealisieren das verlorene Kind, andererseits schreiben sie dem neuen Kind Ersatzfunktionen zu und messen es an dem idealisierten Bild des toten Kindes. Das Ersatzkind erlaube somit eine partielle Leugnung des erlebten Verlustes. Der Wunsch, das introjizierte Ersatzkind zu verlassen, verursache Schuldgefühle, da die Eltern den Schmerz so zurückerhalten würden. Schuldgefühle entstehen auf Seiten des Kindes zwangsläufig, da es dem Ideal nicht

entsprechen könne und weil es das verstorbene Geschwisterkind im Sinne einer Überlebensschuld überlebt habe:

„Denn die identifikatorische Unterwerfung unter das Introjekt des toten Geschwisters bedeutet, einen Tod zu leben, lebendig tot zu sein. Aber die Auflehnung, die Befreiung und Trennung vom Introjekt, von der aufgezwungenen Identität, würde wiederum einen Tod bringen, und zwar den des toten Geschwisters, der dann erst realisiert, wahrgenommen werden müsste, weil die Funktion des Überlebenden, bei der Verleugnung zu helfen, wegfiel.“ (Hirsch 1999b, 95).

Die Folge kann eine transgenerationale Weitergabe dieses Traumas sein. Eltern geben später dann die Geschwisterobjektrepräsentanz in das eigene Kind weiter. Wenn ein Kind mit einer so weitergebenen Objektrepräsentanz identifiziert ist, wird diese Objektrepräsentation in die kindliche Selbstrepräsentation hineingezwungen. Die traumatische Selbst-Repräsentanz wird in eine sich entwickelnde Selbst-Repräsentanz eines Kindes weitergegeben und „*eingepflanzt*“. Eine gestörte Identitätsentwicklung kann die Folge sein.

Selbst wenn davon auszugehen ist, dass unter Geschwistern auf dem Hintergrund der primären Objekterfahrungen eine eigene Dynamik und Entwicklungslinie nachzuvollziehen sind, so scheinen psychopathologische Folgen des Twinnings, des Geschwisterinzests und der Parentifizierung in einem nicht unerheblichen Ausmaß durch Konflikte und Defizite der Elterngeneration verursacht zu sein. Die Tradierung von unbewussten Konflikten der Eltern kann, so könnte hypothetisch formuliert werden, zu einer gestörten Geschwisterbeziehung führen, die die Brückenfunktion unterläuft.

4.4 Fragestellung

Die bisherigen Ausführungen sollen deutlich machen, dass es von klinischem Interesse ist, ob bei einer psychischen Erkrankung Abgrenzungsprobleme gegenüber Geschwistern, persistierende Geschwisterkonflikte und eine andauernde Identifikation mit der Geschwisterposition neben anderen Faktoren wirksam sind. Überlegungen zur Geschwisterdynamik in die psychotherapeutische Behandlung wären sinnvoll und für den therapeutischen Prozess bereichernd. Methodische Überlegungen für die klinische Erforschung langandauernder Effekte von psychopathologischen Geschwistereinflüssen bei erwachsenen Psychotherapiepatienten stehen im Mittelpunkt des nächsten Kapitels.

5 Methodisches Vorgehen

5.1 Forschungsverständnis der Psychoanalyse

Im psychoanalytischen Diskurs gibt es von Beginn an die Diskussion, ob die Psychoanalyse als Wissenschaft betrachtet werden kann oder nicht, da sie sich mit nicht messbaren, unbewussten Motiven des Handelns und Erlebens beschäftigt:

„Per definitionem entzieht sich das Unbewusste der direkten Beobachtung. Die Frage, wie Unbewusstes dennoch erforscht werden kann, begleitet den psychoanalytischen Diskurs von Beginn an.“ (Leuzinger-Bohleber 1995, 442)

Wegen der psychischen, meist unbewussten Abwehrleistung der Menschen ist der Forschungsgegenstand der Psychoanalyse für bloßes statistisches Abfragen ungeeignet (Stuhr 2007, 953). Gegenstände psychoanalytischer Forschung sind sowohl der psychotherapeutische Prozess als auch Konzepte und Hypothesen der ihnen zugrundeliegenden Theorien. Die moderne Psychoanalyse sieht das seelische Erleben des Menschen unter dem genetischen Blickwinkel der Entwicklung, die sich im gesamten Lebenslauf transformiert und als hoch komplexes psychisches Geschehen betrachtet wird. Die Schwierigkeiten psychoanalytischer Forschung ergeben sich aus dieser Komplexität:

„Allerdings darf nicht übersehen werden, dass der psychogenetische Gesichtspunkt wiederum nur im Verbund mit den anderen metapsychologischen Gesichtspunkten sinnvoll ist (...). Dies hat zur Folge, dass auch die gegenwärtigen bewussten, aber auch unbewussten situativen Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind. Denn gegenwärtiges Interaktionsverhalten ist nicht einfach eine Reproduktion oder simple Wiederholung früherer Erfahrungen und Konfliktkonfigurationen, sondern ist in unterschiedlichem Ausmaß auch situativ konstelliert.“ (Mertens 2005, 36)

Die Forschungsphilosophie der Psychoanalyse war jahrzehntelang primär qualitativ orientiert. Die Einführung eines interpretativen bzw. konstruktivistischen Paradigmas in den sozialen Kontext, um menschliches Verhalten und Denken als Gegenstand zu erfassen, stellt besondere Anforderungen an die Wissenschaft dar. Bei einer rein quantitativen Vorgehensweise werden die Beforschten nicht differenziert genug betrachtet, bei einer rein qualitativen Strategie werden sie hingegen zu sehr als Subjekt wahrgenommen. Die Entwicklung der sozialwissenschaftlichen Forschung führte von der Objekt-Logik zur Subjekt-Objekt-Relation bzw. Interaktion (Stuhr 2004, 160). Das Verstehen des Menschen ist dabei an die Vormeinung des Ver-

stehenden geknüpft, weshalb es zu einem hermeneutischen Zirkel kommen kann. Man wählt die Fakten, die der Vormeinung oder dem Vorurteil am ehesten entgegenkommen, um die Ergebnisse bestätigt zu finden (Stuhr 1992, 162). Für die Hermeneutik gilt, dass ohne die subjektive Position kein Zugang zum Verstehen möglich ist (Gadamer 1971). Wird die Fähigkeit des eigenen Verstehens mit reflektiert, gelangt man zu einer höheren Ebene des Verstehens. Klinische Forscher müssen deshalb über Beobachtungen selbstkritisch und systematisch nachdenken, und sie erneut in klinischen Situationen überprüfen. Wichtig sei die kritische Reflexion der Subjektivität.

Psychoanalyse lässt sich jedoch nicht auf Hermeneutik reduzieren, da sie historisch gesehen einen naturwissenschaftlichen Hintergrund hat. Lorenzer bezeichnet sie deshalb als „*Wissenschaft zwischen den Wissenschaften*“ (zit. nach Leuzinger-Bohleber 2007, 969). Freud (1927a, 293) hat als Ausdruck für das gleichzeitige Heilen und Forschen von Jungtimpf Forschung gesprochen. Moser (1991) orientiert sich an diese Vorgabe, indem er die in der psychoanalytischen Situation gewonnenen Erkenntnisse als Online-Forschung beschreibt und sie durch externe bzw. nachträgliche Untersuchungen als Offline-Forschung erweitert sehen möchte. Theorie und empirische Beobachtung können nicht unabhängig voneinander gesehen werden, denn sie bestimmen einander. In der klinischen Praxis geht es um das Verstehen persönlicher und biographischer Einmaligkeit. Insofern ist in Anlehnung an Leuzinger-Bohleber die analytische Methode ein klinisches Forschungsinstrument, mit der unbewusste Determinanten des Denkens, Fühlens und Handelns von Patienten erfasst und in einer ergänzenden Offline-Forschung belegt werden sollen (Leuzinger-Bohleber & Garlich 2010).

Leuzinger-Bohleber entwickelt ein Modell psychoanalytischer Forschung, in der sich klinische, konzeptuelle und extra-klinische, d.h. empirische und interdisziplinäre, als gleichwertige Forschung unterscheiden lassen (Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006; Leuzinger-Bohleber 1995, 2007). Klinische Forschung wird als „*zirkulärer Erkenntnisprozess konzeptualisiert, der in der klinisch-psychoanalytischen Situation in der Interaktion mit einem Analysanden stattfindet.*“ (Leuzinger-Bohleber 2007, 975). Die Entdeckungen und Hypothesen, die in der psychoanalytischen Situation gewonnen werden, können später Subjekt der extra-klinischen Forschung werden. Extra-klinische Forschung findet also im Anschluss außerhalb der klinischen Situation statt. Dabei kann es sich um die Entwicklung schon vorhandener Konzepte oder um experimentelle - empirische Untersuchungen psychoanalytischer Fragestellungen handeln.

Ähnlich fordert auch Stuhr (2004, 2007) als wissenschaftliches Kriterium eine komplementäre Integration von quantitativen und qualitativen Vorgehensweisen. Die Illustration des dynamischen konflikthaften Geschehens müsse über Einzelfalldarstellungen hinausgehen und auch an Ergebniszahlen festgemacht werden können. Die gewonnenen Erkenntnisse und Beschreibungen der komplexen klinischen Variablen sollten in größere prognostische Studien eingebunden werden, um dann mit Hilfe dieser Variablen zu wissenschaftlich abgesicherten Aussagen zu gelangen. Generell wird dieses Vorgehen, quantitative und qualitative Untersuchungen zu ergänzen bzw. zu triangulieren, in den Sozialwissenschaften als Möglichkeit der Qualitätssicherung gesehen (Engler 1997). Zur Gewährleistung der prozessualen Validität und Reliabilität sollten unterschiedliche Methoden zur gegenseitigen Ergänzung Verwendung finden, so dass Ergebnisse auch für Dritte nachvollziehbar sind (Denzin 1978).

5.2 Methodik

In vielen aktuellen empirischen Studien mit psychoanalytischen Fragestellungen ist eine Kombination von Fallgeschichten als die verbreitetste Darstellungsform der klinisch-psychoanalytischen Forschung mit empirisch-quantitativen Methoden üblich.

Auf dem Hintergrund dieser wissenschaftstheoretischen Überlegungen werden zunächst Einzelfallstudien aus eigenen psychoanalytischen Behandlungen in Bezug auf Geschwisterkonflikte verfolgt. Anschließend werden die dort gefundenen Erkenntnisse mit einem ergänzenden extra-klinischen empirischen Teil verbunden. Das theoriegeleitete Top-Down-Verfahren besteht aus den theoretischen Überlegungen zur Geschwisterdynamik und ihren klinischen Schlussfolgerungen (vgl. Kap. 3 und 4). Die qualitative Untersuchung der Einzelfälle und Aktenanalysen einer größeren Stichprobe könnten als Bottom-Up-Verfahren angesehen werden, in dem Hypothesen für weitere Forschung generalisiert werden können. Wenden wir uns zunächst der Methode der Einzelfallstudie zu.

5.2.1 Die Einzelfallstudie als wissenschaftliche Forschungsmethode in der Psychoanalyse

Die Bedeutung der Fallgeschichte in der Psychoanalyse ist zunächst historisch zu verstehen und geht auf die Krankengeschichten Freuds zurück (Stuhr 2007). Freuds Beschreibungen basierten auf einem Ansatz, in dem klinische Tatsachen ihren Vorrang erhalten und die Psychologie als Erklärungsansatz für die Neurosen erstmalig herangezogen wurden. Diese Fallbeschreibungen waren klinisch-therapeutische Arbeit und zugleich auch klinische For-

schungsarbeit. Die Entwicklung der Psychoanalyse ist auf dem Hintergrund dieser Tradition seit ihren Anfängen an die fallvergleichende Arbeit gebunden (Leuzinger-Bohleber 1995). Das kasuistische Vorgehen über immer weitere Einzelfälle zur Theorie zu gelangen, ist wissenschaftstheoretisch kritisiert worden (Popper 1965). Es bleibt strittig, inwieweit die Fälle therapeutischen Erfolg zeigen und ob der Analytiker überhaupt zur reliablen Beobachtung in der Lage sei (Thomä & Kächele, 2006). Zudem stellt sich die Frage nach der Validität, d.h. ob das mit der Fallgeschichte gewonnene Wissen auch tatsächlich Gewicht für die psychoanalytischen Konzepte und Behandlungstechnik habe (Schachter 2005, 480).

Dennoch hat sich die Fallstudie als wissenschaftliches Forschungsinstrument unter bestimmten Anforderungen etabliert. Sie ist Online-Forschung und wissenschaftliches Instrument, das die Reflexion der Subjektivität explizit bejaht (u.a. Leuzinger-Bohleber 1995), da hier wichtige Erkenntnisse z.B. aus der Analyse des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens verwendet und ausgewertet werden können. Die mit den Einzelfällen verbundene ubiquitäre Forschsubjektivität ist nicht nur für den Gewinn von Einsichten nützlich, sondern auch Bedingung. Denn Fallstudien eröffnen Spielräume der verallgemeinernden Auslegung, die auch für die Theoriebildung folgenreich sein können. Die Erfassung einer Fallstudie folgt in Anlehnung an Brede (2004, 250) einem geeigneten Argumentationsaufbau, bei dem es um eine kohärente Interpretation eines Geschehens geht.

Die Fallstudie hat als Grundlage einen oder mehrere Beobachter, die die Daten selektieren. Es enthält eine Aktivität des Analytikers, die im Rückblick auf den Ablauf des Gesprächs „*einen Sinn in Abhängigkeit von erinnertem eigenem Erleben während des Gesprächs hervorbringt*“ (Brede 2004, 262). Mit der Niederschrift des Gesprächs aus der Erinnerung wird eine Auswahl aus den Daten der Interaktion getroffen, deren Ziel es ist, Aussagen über psychische Vorgänge beim anderen zu machen.

„Die Subjektivität der Psychoanalytikerin ist in dieser Weise konstitutiv für das professionelle Ziel, mittels eines Gedächtnisprotokolls aus einem interaktiven Handlungsablauf, an dem sie beteiligt ist, auf fremdes Psychisches zu schließen.“ (Brede 2004, 262)

Der subjektiven Erkundung der qualitativen Variablen wird eine heuristische Funktion als erste wichtige Stufe der Forschung zugeschrieben. Wahrscheinlich relevante Variablen werden an Einzelfällen entdeckt und in ihrem psychodynamischen Gehalt beschrieben. Die Fallstudie berücksichtigt die Prozesshaftigkeit, die der Erkenntnisbildung anhaftet.

Um wissenschaftlichen Kriterien zu genügen, bietet es sich z.B. an Tonbandaufzeichnungen anzufertigen, die dann später von externen Beobachtern eingeordnet werden. Aber dabei stellt sich das methodische Problem, eine hohe Inter-Reliabilität unter den Beobachtern ermöglichen zu müssen (Thomä & Kächele, 1973). Deshalb postulieren Canestrie (1994) und Leuzinger-Bohleber (u.a. 1995), dass Einzelfälle, die in Intervisionsgruppen, in Supervisionen und klinischen Fallkonferenzen besprochen werden, auch ein hohes Maß an Generalisierung und Reliabilität aufweisen können. Der triangulierende Blick auf das Material durch Fachkollegen ermögliche die Generierung von Hypothesen als auch die Analyse von Gegenübertragungsphänomenen. Die Evaluation durch Supervision hebe den Interaktionsprozess zwischen Analysand und Analytiker bzw. Analytikerin auf ein anderes höheres Abstraktionsmodell, das zwar strukturell der therapeutischen Situation analog sei, aber den Erkenntnisgewinn erhöhen würde (Leuzinger-Bohleber 1995, 454).

Bei der nun folgenden Illustrationen der Geschwisterdynamik in Einzelfallstudien werden zwangsläufig andere psychodynamische Zusammenhänge und Faktoren vernachlässigt, die an der Entstehung der psychogenen Erkrankungen beteiligt sind. Eine solche, zielgerichtete Analyse eines psychoanalytischen Prozesses ist insofern legitim, da man im Versuch etwas zu verstehen immer eine implizite Fragestellung verfolgt. Von daher ist es methodisch richtig „zu einem bestimmten Thema einen Korpus von Beobachtungen zusammenzustellen.“ (Perron 2004, 77).

5.2.2 Methodisches Vorgehen bei der Erstellung eigener Einzelfallstudien

Von mehreren Autoren (Brede 2004; Leuzinger-Bohleber 1995, 2007, 2010; Stuhr 2007) wurden Qualitätskriterien für die Erstellung der Fallgeschichte erstellt, die hier zusammenfassend aufgelistet werden und die als Orientierung für die Darstellung der eigenen Einzelfälle dienen:

1. Die Anonymität ist zu gewährleisten.
2. Das Material ist transparent und plausibel darzustellen (Tonbandaufnahmen / Stundenprotokolle).
3. Eine Validierung durch andere Kollegen sollte erfolgen (Supervision, Intervention, Qualitätszirkel).
4. Eine gewisse Nähe zum klinischen Material ist herzustellen.
5. Neben den Fixpunkten ist es dem Autor freigestellt, zu erzählen, was sich in der Therapie ereignet.

6. Das subjektive Erleben ist, ergänzend zu objektiven Fakten, zu erfassen.
7. Die Nützlichkeit der klinischen Erklärbarkeit und Präzision des theoretischen Verstehens ist zu gewährleisten.
8. Die Innovation, Originalität und Fähigkeit, die Fantasien der Kliniker zu bereichern und zu motivieren, etwas Neues zu entdecken, ist herzustellen.
9. Der Text sollte für den Diskurs Beschreibung und Argumentation so miteinander verbinden, dass er eine Geschlossenheit bekommt.
10. Der Erfolg einer Behandlung sollte nach der Therapie transparent und multiperspektivisch dargestellt werden.

Die in dieser Untersuchung dargestellten Einzelfälle sind der eigenen klinischen Praxis entnommen und aktiv anonymisiert. Von den Patienten wurde dennoch ein Einverständnis geholt, das Material ihrer Behandlungen für den vorliegenden Forschungszusammenhang nutzen zu können (Punkt 1). Es handelt sich um psychoanalytische Therapien, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wurden. Die Behandlungen sind alle schriftlich dokumentiert, z.T. wurden die Stunden transkribiert, daneben liegen Gedächtnisprotokolle vor.

Die Anträge, die von einem externen Gutachter der Krankenkassen evaluiert wurden, sind ebenfalls in die Darstellungen eingegangen. Eine Behandlung wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes über Langzeitbehandlungen chronischer Depressionen²⁰ mit Erlaubnis der Patientin teils auf Tonband aufgenommen. Die Behandlungen sind supervidiert und/oder in Interventionsgruppen vorgestellt worden. Auch dazu liegen Protokolle bzw. Tonbandaufzeichnungen vor (Punkt 2 & 3).

In der Darstellung der Einzelfälle werden zunächst der Behandlungsanlass, diagnostische Einschätzungen der Symptomatik und wesentliche Aspekte der Anamnese der Patienten beschrieben. In die Anamnesen fließen auch Erkenntnisse, die während des Behandlungsverlaufes gewonnen wurden. Dabei werden die für die psychogene Erkrankung wesentlichen psychodynamischen Zusammenhänge erläutert (Punkt 4).

Psychodynamische Aspekte werden in der sich anschließenden Beschreibung des Therapieverlaufs vertieft. Es geht hier auch um wesentliche Aspekte der Entwicklung der Übertra-

²⁰ LAC- Studie (Leuzinger-Bohleber et al. 2010)

gungs-Gegenübertragungsbeziehung, in der das subjektive Erleben der Behandlerin wiedergegeben wird (Punkt 5 und 6).

Besonderes Gewicht wird im Anschluss daran auf die Vermittlung persistierender Geschwisterkonflikten gelegt. Die Erfassung der Geschwisterdynamik erfolgt zum einen durch biographische Rekonstruktion mit Hilfe des Materials, das die Patienten im Lauf der Behandlung eingebracht haben, als auch durch die vertiefende Analyse der therapeutischen Beziehung. (Punkt 7 und 8)

Es wurden Einzelfälle von Patienten ausgesucht, die Geschwisterkonflikte schon zu Behandlungsbeginn benannt haben. Die Interpretation und Deutung ihrer Genese erfolgt auf dem Hintergrund der bislang erfolgten theoretischen Auseinandersetzungen. Mir erscheint es aber gleichsam wichtig, zunächst allgemeine Aspekte der Behandlung in den Vordergrund zu stellen und dann erst auf die Geschwisterperspektive zu fokussieren, um eine schlüssige und geschlossene Darstellung zu gewährleisten (Punkt 9).

Die bislang abgeschlossenen Fälle werden hinsichtlich ihrer Beendigung und ihres Behandlungserfolges reflektiert. Die Auswahl richtet sich danach, möglichst eine Vielzahl von Geschwisterpositionen bzw. Geschwisterkonstellationen zu bearbeiten. Zwei Fälle sind mit einbezogen, die noch im Behandlungsprozess sind. Von daher kann zum Behandlungsergebnis noch keine Aussage gemacht werden (Punkt 10).

Einzelfallstudien veranschaulichen zwar dynamisches konflikthafte Geschehen, aber für das Wissenschaftsverständnis der Psychoanalyse sollte zusätzlich eine Strategie verfolgt werden, die über Fallgeschichten hinausgeht:

„Der Einzelfall interessiert nur, wenn er auf etwas Allgemeines verweist, wenn seine Interpretation zu Erkenntnissen führt, die über ihn hinausreichen.“ (Oswald 2010, 184f).

Die in den Einzelfallstudien gefundenen Variablen der Geschwisterdynamik werden aus diesem Grund mit einer größeren Stichprobe kombiniert.

5.2.3 Empirischer Teil

Geht es bei den Einzelfallstudien um klinische Forschung mit dem Ziel, Einsichten über unbewusste psychodynamisch wirksame Geschwisterkonflikte zu bekommen, so stellt der empirische Teil eine explorative Pilotstudie dar, die überwiegend deskriptiv orientiert Geschwisterinflüssen bei psychischen Erkrankungen in einer größeren klinischen Stichprobe nachgeht. Die Wahl dieser Methode resultiert aus der Berücksichtigung der Schwierigkeiten der Ge-

schwisterforschung (vgl. Kap.1). Die Geschwisterposition ist als Variable leicht zu erfassen. Aber sie besitzt keinen Erklärungswert, da sie auch ein Indikator für andere Phänomene sein kann. Aus diesem Grund soll in dem empirischen Teil versucht werden, die Geschwisterposition als eine psychodynamische Variable zu erfassen, in der angesichts der entwicklungspsychologischen Überlegungen auch Aspekte der Geschlechtszugehörigkeit Berücksichtigung finden.

5.2.4 Die Dokumentenanalyse als Methode zur Exploration der Geschwisterdynamik anhand von Krankenakten einer stationären psychotherapeutischen Einrichtung

Poscheschnik (2009, 344) resümiert, dass die Psychoanalyse vor der Herausforderung stehe, die Forschungsmethoden, die sie braucht, selbst zu entwickeln. Das gilt auch für die vorliegende Arbeit. Denn es soll für die zu untersuchende Fragestellung ein am Untersuchungsgegenstand adäquates Untersuchungsverfahren gefunden werden, in dem der Gegenstand die Methode bestimmt. Die Nähe zum konkreten Objekt soll erhalten bleiben (Mayring 2002; Stuhr 2007). Auch Kasten (1993) fordert kreative Methoden und Forschungsdesigns, die notwendig seien, um die schwer greifbaren, emotional aufgeladenen und oftmals auch erinnerungsbesetzten Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter analysieren zu können.

Das Ausgangsmaterial der vorliegenden empirischen Studie sind Akten aus einer psychosomatischen Klinik. Hierbei handelt es sich um die psychoanalytisch orientierte psychosomatische Klinik im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin. Die psychoanalytische Orientierung der Klinik in Diagnostik und Behandlung ist wichtig, denn auf diese Weise ist ein gewisser gemeinsamer theoretischer Bezugsrahmen der von mir beschriebenen Einzelfälle und der in der Klinik stationär behandelten und erfassten Patienten gewährleistet.

Attestlander (1971) bezeichnet die Dokumentenanalyse zwar als ein klassisches methodisches Vorgehen qualitativer Forschung, räumt aber ein, dass auch quantitative Analysemethoden eingesetzt werden können. In diesem Zusammenhang fasst Mayring (2002) zusammen:

„Die Dokumentenanalyse muss zunächst ihr Ausgangsmaterial in Bezug auf eine Fragestellung genau definieren, bevor sein Aussagewert eingeschätzt werden kann und sein Gehalt interpretativ und eventuell quantitativ erschlossen werden kann.“ (Mayring 2002, 49)

Wegen des nichtreaktiven Charakters dieses Vorgehens können Dokumente, hier die Krankenakten, dazu dienen, Hypothesen, die aus den vorangegangenen Untersuchung der Einzelfälle der eigenen psychoanalytischen Behandlungen gewonnen werden, weiter zu generieren.

Man könnte formulieren, dass es sich hier um eine quantitative Erhebung von fremden Fallanalysen handelt.

Aufgrund der offenen Erkundung des Gegenstandsbereichs handelt es sich um eine Vorstudie, die relevante Dimensionen von langandauernden Effekten von Geschwistereinflüssen in einem größeren empirischen Zusammenhang erschließen soll. Die Vor- bzw. Pilotstudie ist eine Möglichkeit, weitere Hypothesen zu generieren und gilt in den Sozialwissenschaften als ein gängiges Hilfsmittel bei Forschungsproblemen (Friedrichs 1980, 122), wie sie in Hinsicht auf die vorliegende Thematik schon erörtert worden sind (vgl. Kap.1)

Die Aufarbeitung und Ordnung des Aktenmaterials nach theoretisch und empirisch sinnvollen Klassifizierungen von Geschwisterthemen richtet sich ausschließlich nach dem vorliegenden Material. Aus diesem Grund werden die Variablen, die in den Aktenanalysen herausgearbeitet werden, unabhängig von den Einzelstudien entwickelt.

Man kann davon ausgehen, dass Geschwisterthemen im klinischen Alltag nicht stark beachtet und von daher in den Akten wenig berücksichtigt werden. Ausgehend von der Annahme, dass diesbezügliche Daten und Aussagen nicht sehr umfangreich sind, bietet sich deshalb das Verfahren der Dokumentenanalyse an. Das Kategoriensystem ist das Ergebnis der Analyse. Dafür werden alle zu den Geschwistern auftauchenden Daten aus den Akten herausgefiltert und mit psychogenen Störungsbildern und inhaltlich sinnvollen psychodynamischen Kategorien in Beziehung gesetzt. Kategorien der Geschwisterdynamik wie z.B. Neid, Nähe, Rivalität etc. liegen in den Akten nicht immer vor, sondern müssen mit Hilfe von bestimmten Kriterien konstruiert und herausgearbeitet werden. Da diese Klassifizierungen z.T. ein höheres Abstraktionsniveau haben als das Aktenmaterial selbst, handelt es sich in Anlehnung an Barton & Lazarsfeld (1979,77f) um integrierende Konstrukte.

Bei der quantitativen Datenanalyse handelt es sich um die Darstellung und Auswertung von Kreuztabellen mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS.

5.3 Formulierung eines Beitrages zum psychoanalytischen Verständnis der Geschwisterdynamik

Die Struktur der vorliegenden Arbeit baut sich auf dem auf, was bislang historisch, entwicklungspsychologisch und klinisch-psychoanalytisch an Konzeptualisierungen zur Geschwisterdynamik vorliegt und erweitert diese mit Überlegungen aufgrund der theoretischen Schlussfolgerungen und der eigenen klinischen Erkenntnisse. Die Arbeit verfolgt deshalb das Ziel

einen Beitrag zu einer weitergehenden Konzeptualisierung der Geschwisterbeziehung zu leisten, indem Hypothesen formuliert werden, die in späteren klinisch-empirischen Forschungszusammenhängen überprüft werden könnten.

Der Fokus der Konzeptforschung liegt nicht darauf, Bestehendes zu bestätigen oder zu überprüfen, sondern in der Vertiefung des Verstehens klinischer Phänomene und Integration neuer Erkenntnisse (Dreher 2004; Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006). Nach Leuzinger-Bohleber (u.a. 2009, 150ff) ist der zentrale Ort für die praktische Bewährung neuer Konzepte die analytische Situation, die im Mittelpunkt der nun folgenden Einzelfallstudien steht.

Die Fokussierung auf die Geschwisterdynamik könnte eine Perspektive für die Konzeptforschung erlauben, in der es nicht darum geht, Bestehendes zu bestätigen oder zu überprüfen, sondern um die Vertiefung des Verstehens klinischer Phänomene und um die Integration neuer Erkenntnisse (Dreher 2004; Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006).

6 Qualitative Untersuchung

6.1 Einleitung: Die psychoanalytische Behandlungsmethode als Grundlage der Einzelfallstudien

Nach der Darstellung relevanter Aspekte des psychoanalytischen Verständnisses der Persönlichkeitsentwicklung und der psychoanalytischen Krankheitslehre erfolgt als dritter Bereich der Psychoanalyse die psychoanalytische Behandlungsmethode, worauf die Einzelfallstudien basieren. Die psychoanalytische Psychotherapie ist eine Anwendungsform der Psychoanalyse als Richtlinienverfahren in der Krankenbehandlung, die „*das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen krankheitswertigen Störung*“ voraussetzt (Reimer & Rüger 2006, 43). An dieser Stelle folgt eine knappe Zusammenfassung der wesentlichen Elemente (vgl. dazu u.a. Mertens 2005; Ermann 2006; Thomä & Kächele; 2006 Reimer & Rüger 2006).

Gegenstand der psychoanalytischen Methode ist die Behandlung und soweit möglich die Aufhebung der intrapsychischen und interpersonalen Konflikte sowie die Nachreifung struktureller Defizite. Ziel ist die Erforschung der unbewussten Motive und die Integration der abgewehrten bzw. abgespaltenen Anteile des Selbst, die Ursache für psychische Störungen und damit verbundene Symptome sind (vgl. Kap.4). Das psychoanalytische Setting soll die Bewusstwerdung der hinter den Symptomen wirkenden psychodynamischen Kräfte ermöglichen. Das klinische Material bildet sich aus unbewussten Fantasien, Träumen, Assoziationen, Einfällen und Erinnerungen des Patienten, die lebensgeschichtlich bedeutsam sind. Bestimmte Rahmenbedingungen wie Häufigkeit der Sitzungen, Couchlage oder sitzend, eine eher zurückhaltende analytische Haltung bei gleichzeitig emotionaler Präsenz sind nur einige Aspekte, die therapeutisch wirksam sind. Besonderes Gewicht wird der Bearbeitung der Übertragung-Gegenübertragungsbeziehung zwischen Patient und Analytiker beigemessen, die es ermöglicht in den darin enthaltenen Manifestationen von Regression, Inszenierungen und Konflikten Hypothesen über die unbewusste Psychodynamik des Patienten zu gewinnen (vgl. Leuzinger-Bohleber 2007).

Auch wenn es in den verschiedenen psychoanalytischen Richtungen und Schulen unterschiedliche Auffassungen z.B. darüber gibt, in wieweit die biographische Rekonstruktion, die Deutung im Hier und Jetzt, die Abwehr- und Widerstandsanalyse oder die intersubjektive Matrix zwischen Patient und Therapeut im Zentrum des therapeutischen Geschehens stehen, so ist allen Schulen die Prämisse des Unbewussten gemeinsam:

„Allen psychoanalytisch orientierten Therapeuten ist gemeinsam, dass sie eine therapeutische Situation herzustellen versuchen, um Einblicke in unbewusste seelische Zusammenhänge gewinnen zu können.“ (Thomä & Kächele 2006, 4)

Ebenso wird die zentrale Bedeutung der Übertragungsanalyse in allen psychoanalytischen Gruppierungen gleichermaßen herausgestellt (Reimer & Rüger 2006, 45). Zusammenfassend kann man mit Ermann formulieren:

„Die Aufgabe des Analytikers besteht darin, sich auf die Mitteilungen des Analysanden einzulassen und gleichzeitig seine eigenen Einfälle und gefühlsmäßigen Reaktionen zu erfassen, die ihm helfen zu verstehen, was im Patienten und in der Begegnung zwischen beiden aus der Perspektive des Unbewussten geschieht.“ (Ermann 2007, 402)

6.2 Auswahl der Einzelfälle und Art der Darstellung

Der von Leuzinger-Bohleber (2006, 2007, 2010; vgl. Kap. 5.2) beschriebene zirkuläre Erkenntnisprozess in der klinischen psychoanalytischen Situation basiert auf „*Minitheorien*“, die als abstrakte Konzepte verbunden mit affektiven und auch körperlichen Reaktionen des Analytikers mit seinen Konzepten und Theorien in Verbindung gebracht werden. Weiter führt Leuzinger-Bohleber aus, dass der Analytiker in einer offenen Haltung aus dem Pluralismus der Psychoanalyse auf die Konzepte zurückgreift, die für den spezifischen Erklärungsgehalt der Behandlung passend sind. Dabei spielen auf Seiten des Analytikers z.T. auch unbewusste implizite Theorien eine Rolle. Nicht nur in den Behandlungen selbst, sondern auch in den für den vorliegenden Forschungszusammenhang nachträglich erfolgten Reflexionen der Einzelfälle sind die eigenen theoretischen Überlegungen und Konzepte der Geschwistererfahrungen als implizite Theorien der Deutungen eingegangen. Jede psychoanalytische Behandlung ist auf das Individuum zentriert, so dass immer ein Spannungsverhältnis zwischen dem Einzelfall und dem Versuch, generalisierende Erkenntnisse zu formulieren, bleibt:

„Jeder neue Einzelfall kann durch bisher erworbenes theoretisches Wissen nur teilweise verstanden werden und wird sich durch seine Einmaligkeit jeder ‚generalisierten Festlegung‘ partiell entziehen. Der Wunsch, den Einzelfall in seiner Unverwechselbarkeit zu verstehen, ihn aber – bewußt oder vorbewußt – mit allem bisherigen Wissen in Beziehung zu setzen, führt zu einer unauflösbaren Spannung im klinischen und forschenden Erkenntnisprozeß.“ (Leuzinger-Bohleber 1995, 452)

Dieses spiegelt sich bei dem Versuch, unbewusste Geschwisterkonflikte, Geschwisterrepräsentanzen und Geschwisterbindungen nachzuspüren und zu verfolgen besonders stark wider, denn die Vielzahl ihrer Konstellationen macht eine Verallgemeinerung unmöglich. Dieser Variabilität wird mit Darstellungen und Analysen unterschiedlicher Geschwisterpositionen und -konstellationen Rechnung getragen, in denen die hier vorgestellten Patienten aufgewachsen sind.

Dies erfolgt nun anhand von Einzelfallbeschreibungen, beginnend mit dem Beispiel einer Patientin, die als Einzelkind aufgewachsen ist, gefolgt von drei Fällen von erstgeborenen Patienten. Im Anschluss daran werden zwei Fälle von jüngsten Geschwisterpositionen aufgezeigt. Fall sieben spiegelt das Aufwachsen als Zwilling und die letzte Fallbeschreibung beschäftigt sich mit der Behandlung einer Patientin, die als Mittlere geboren wurde.

6.2.1 Einzelkind, Frau A.: „Ich bin dazu da, dass es meiner Mutter gut geht.“

Bei diesem Fall handelt sich um eine analytische Behandlung einer zu Behandlungsbeginn 38-jährigen Patientin, die überwiegend dreistündig im Liegen stattfand und 240 Stunden umfasste. Die Behandlung erstreckte sich insgesamt über drei Jahre.

Behandlungsanlass und erster Eindruck

Die 38-jährige Patientin, Frau A. berichtete, dass sie seit ihrer Kindheit unter Ängsten leide. Sie war Sonderpädagogin und wegen ihrer Angsterkrankung nicht mehr arbeitsfähig. Im Umgang mit anderen erlebte sie Unsicherheit, Selbstzweifel, machte sich über andere viele Gedanken und beschäftigte sich noch lange mit Gesprächen. Die behandelnde Ärztin hatte sie an einen Psychiater überwiesen, der sie medikamentös behandeln wollte, was sie aus Angst vor den Nebenwirkungen ablehnte. Sie wollte es nach einer Verhaltenstherapie, die wenig Erfolg gezeigt hätte, noch einmal mit einer psychoanalytischen Therapie versuchen und schiebe das eigentlich schon seit Jahren vor sich her, weil sie Ängste hatte, ob es ihr dann noch schlechter gehen könnte. Sie litt seit über zehn Jahren unter Darmproblemen, Bauchschmerzen und häufigen Durchfällen. Vor vier Jahren hatte sie eine Bandscheibenoperation. Seit einem Jahr hatte sie Herzrhythmusstörungen, bei denen eine organische Ursache ausgeschlossen werden konnte. In letzter Zeit waren noch Kopfschmerzen und Schlafstörungen dazu gekommen.

Die Patientin imponierte zunächst durch ihre Größe. Sie war schlank, gepflegt und modisch gekleidet. Dabei hatte sie etwas kindlich Flapsiges, als ob sie nicht wusste, wohin mit ihren langen Gliedmaßen. Über ihrer Störung sprach sie ruhig, sachlich und sehr überlegt und wirk-

te kontrolliert. Sie schilderte, dass sie wenig Zugang zu ihren Gefühlen hätte und eher über alles nachdenke. Kontrastierend zu ihrer rationalen Herangehensweise hatte sie gleichzeitig etwas Kindliches und Hilflozes. Sie weinte in den Erstgesprächen viel, was ihr bei jedem Arztbesuch und auch in Gesprächen mit Kollegen passierte. Die Stimmung war gedrückt und ernst. Aggressive Affekte vermittelten sich nicht. Auf eine höfliche und zurückhaltende Weise nahm sie viel Raum ein. Auffallend war, wie sehr sie bemüht war, zu betonen, dass sie sich mit ihren Eltern und ihrem Mann sehr gut verstehe und dass sie Sorge hätte, die Therapie könne da etwas kaputt machen.

Biographische Anamnese

Die Aufnahme ihrer Anamnese zog sich über mehrere Stunden hin, aber trotz der intensiven Schilderungen ihrer Familiensituation und ihrer Entwicklung wirkten die Elternfiguren relativ blass. Die 38-jährige Patientin war verheiratet und hatte eine zu Behandlungsbeginn neunjährige Tochter.

Frau A. war das einzige Kind einer bei ihrer Geburt 19-jährigen Mutter und eines 29-jährigen Vaters. Sie wuchs in einer Kleinstadt in Mecklenburg-Vorpommern auf, wo die Eltern noch heute leben. Eineinhalb Jahre vor der Geburt der Patientin hatte die Mutter eine Totgeburt im achten Monat, einen Jungen, worüber in der Familie nie gesprochen worden sei.

Die Mutter der Patientin wuchs in der Landwirtschaft auf und hatte noch einen acht Jahre jüngeren Bruder. Ihre Mutter, also die Großmutter mütterlicherseits, galt als „*nervenkrank*“. Die Patientin hatte sie jammernd, müde und wehleidig in Erinnerung. Sie war häufiger in stationärer Behandlung und bekam Medikamente. Sie verstarb vor zehn Jahren. Die Mutter der Patientin war als Arzthelferin beschäftigt, nach der Wiedervereinigung war sie in einem Rechtsanwaltsbüro tätig. Sie war zeitweilig ebenfalls depressiv, hätte sich aber nie behandeln lassen.

Der Vater der Patientin kam ebenfalls aus der Landwirtschaft und wurde als „*pragmatisch*“ geschildert. Er legte wenig Wert auf soziale Kontakte und wurde von der Patientin als „*Einsiedler*“ beschrieben. Er war bis zu seiner Pensionierung als Bauingenieur tätig und hätte immer viel gearbeitet. Die Ehe der Eltern wurde zunächst als harmonisch beschrieben.

Die Patientin sei nicht gestillt worden. Mit einem Jahr kam sie in die Krippe, wo die Sauberkeitserziehung „*drillmäßig abgelaufen worden sei*“. Im Kindergarten sei sie ein anhängliches, ängstliches Kind gewesen, zeitweise nässte sie ein. Frau A. beschrieb, dass sie als Kind auch

schon ängstlich gewesen und viel alleine gelassen worden sei, dass sie jedoch früh selbständig war und im Gegensatz zu heute „*Dinge angegangen sei*“.

Sie war Leistungsschwimmerin und wurde in der Pubertät gesichtet, um in den Kader aufgenommen zu werden, was sie gerne gemacht hätte. Ihre Eltern wollten ihr dies nicht zumuten, aus Angst, vom Staat vereinnahmt zu werden. Ihre Eltern waren in der DDR nicht in der Partei, wären eher kritisch gewesen und erlebten die Wende als positive und spannende Zeit. In den Ferien hätten die Eltern mit ihr lange Campingreisen in die Ostblockländer unternommen, was die Patientin zwar als beengend, aber positiv erinnerte.

Im Alter von 13 Jahren bekam sie ihre Menstruation, was sie „*überrascht*“ hätte. In der Schule war sie eine Musterschülerin. Zuhause hingegen hätte sie in der Pubertät rebelliert, sich wenig Grenzen setzen lassen und die Mutter „*verbal attackiert*“. Sie hätte sich ihr überlegen gefühlt.

Während ihres Studiums ging Frau A. nach Cambridge, um ihr Englisch zu verbessern. Den Eltern wäre es sehr schwer gefallen, als sie wegging. Sie fühlte sich „*hier kurz nach der Wende in einer völlig anderen Welt, aber ich hatte keine Probleme damit, sondern war gespannt auf all das Neue.*“

In England lernte sie ihren fünf Jahre älteren Mann kennen. Es wäre Liebe auf den ersten Blick gewesen. Er studierte Informatik und folgte ihr, für sie ziemlich schnell und überraschend, nach Deutschland. Sie bewohnten in der weiteren gemeinsamen Studienzzeit ein acht Quadratmeter großes Zimmer in einem Studentenwohnheim. Da er keinerlei Deutschkenntnisse besaß, fühlte sich Frau A. von Beginn an für ihn verantwortlich.

Die psychosomatischen Symptome von Bauchkrämpfen und Durchfällen begannen nach Abschluss des Studiums. Nach Beendigung ihres Studiums wurde Frau A. in einer Sondereinrichtung für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche des öffentlichen Dienstes fest angestellt.

Als sie auf eigenen Wunsch hin schwanger wurde, erlebte die Patientin Ängste vor der Verantwortung und betrauerte den Verlust der Zweisamkeit mit ihrem Mann. Gleichzeitig bekam sie aufgrund der Totgeburt der Mutter Ängste, das Kind verlieren zu können. Mit der Geburt der Tochter wäre es dann zu einer Chronifizierung der Ängste gekommen. Als sie mit ihrer Familie nach England fliegen wollte, musste sie wegen Panikattacken das Flugzeug verlassen. Nach der Verhaltenstherapie vor acht Jahren hätte sie es einige Male mal geschafft, aber seit vier Jahren ginge es gar nicht mehr, woraufhin sie auch die Schwiegereltern nicht mehr be-

sucht hätte. Die Ängste hätten sich in den Folgejahren auf andere Verkehrsmittel und Unternehmungen ausgeweitet. So war es ihr auch nicht mehr möglich, die Eltern mit dem Auto zu besuchen oder in den Urlaub zu fahren. Aufgrund der Angsterkrankung fanden zu Behandlungsbeginn kaum gemeinsame familiäre Unternehmungen statt, was der Patientin große Schuldgefühle bereitete.

Der Ehemann schien fürsorglich und verständnisvoll zu sein, konnte sich aber auch von der Patientin abgrenzen und distanzieren. Ihre Ehe erlebte Frau A. als harmonisch und glücklich, auch wenn sie darunter litt, dass aufgrund der immer noch bestehenden schlechten Deutschkenntnisse des Mannes soziale Kontakte schwierig waren. In der Beziehung zur Tochter überwogen Fürsorge und Ängstlichkeit.

Behandlungsverlauf

Nach anfänglicher Vorsicht und Unsicherheit mir gegenüber begann Frau A. langsam Vertrauen zu entwickeln. In der Gegenübertragung hatte ich mütterliche Gefühle und eine Vorsicht, sie in „*Watte packen zu wollen*“. Das Ausmaß ihrer Ängste und ihrer Unsicherheit, ihre Scham- und Schuldgefühle und ihr großer Leidensdruck lösten Gefühle aus, sie wie ein kleines Kind beruhigen zu müssen, damit sie sich überhaupt auf die Behandlung einlassen konnte. Entsprechend einer hysterischen Dynamik schien Frau A. mich unbewusst mit ihrer kindlichen hilflosen Art zu einer Schonhaltung und Fürsorge zu verführen, die aber, so war zu vermuten, ihre Symptomatik eher stabilisierte. Gleichzeitig war ich neugierig, wo ihre starken Seiten, die sie in ihrer Anamnese geschildert hatte, geblieben waren. Die Notwendigkeit der Ausbalancierung dieser Spannung von Schonung und Anforderung begleitete mich während der gesamten Behandlung in meiner behandlungstechnischen Haltung ihr gegenüber.

In den ersten Wochen war sie überwiegend von Ängsten und Sorgen eingenommen, was mit ihr in der Analyse passieren würde. Sie äußerte ständig Besorgnis, dass sie nach der Therapie ja „*auch ohne mich klar kommen müsse*“. Erst als ich sagte, dass sie das Ende schon vorwegnahm, ohne dass überhaupt etwas geschah, kam es allmählich zur Bearbeitung ihrer Konflikte.

Thematisch drehte es sich zunächst um ihre Arbeit. Es fiel ihr schwer, ihre damalige Arbeitsunfähigkeit zu akzeptieren. Einerseits war sie erleichtert, dass ich sie darin bestärkte, andererseits hatte sie Angst, gar nicht mehr in den Dienst zurückgehen zu können. Eine amtsärztliche Untersuchung bestätigte ihr, dass sie sechs Monate aussetzen sollte, ehe erneut darüber ent-

schieden werden könne. Diese Zeit bedeutete auch für meine Arbeit ein Stück Freiraum, indem sich das analytische Arbeiten entfalten konnte.

Dennoch fiel es der Patientin schwer, konflikthafte Themen anzusprechen. Immer wieder wurde alles relativiert. Sie fragte mich oft ganz direkt, was normal sei und was nicht. Sie suchte nach Maßstäben und nach Führung. Hier kamen zwar ostspezifische Sozialisations-effekte zum Tragen, die man mit der Verunsicherung der Erfahrungen nach der Wiedervereinigung in Verbindung bringen kann (vgl. Adam-Lauterbach 2009), aber entscheidender waren eine tiefe Selbstunsicherheit und Überforderungsgefühle, die ihre Beziehungen belasteten.

Es wurde deutlich, dass Frau A. im Vorfeld ihrer Erkrankung Konflikte mit Kollegen hatte, die sie bislang verleugnete. Die Patientin realisierte, wie sehr sie mit ihrer Vermeidungshaltung nicht nur Auseinandersetzungen, sondern auch die Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse vermieden hatte. Wir verstanden ferner, wie sehr die meist am Abend auftretenden Bauchschmerzen die Nähe und Distanzwünsche zu ihrem Mann regulierten. Tatsächlich war sie vorher nicht in der Lage, Rückzugsbedürfnisse zu spüren und in die Beziehung einzubringen. Es war von großem Vorteil, dass ihr Mann mit dieser Entwicklung umgehen konnte. Im Zuge dieses Prozesses verschwanden die Bauchschmerzen zunehmend. Dieser erste Behandlungserfolg ermöglichte der Patientin, auch die Beziehung zu den Eltern zu hinterfragen.

Das Thema Alleinsein nahm nun einen breiten Raum in der Therapie ein. Frau A. sprach angstbesetzte Kindheitserinnerungen aus. Die Eltern hätten sie oft im Zimmer oder beim Einkaufen im Auto eingeschlossen und allein gelassen. Mit fünf Jahren sprang sie einmal aus Panik aus dem Fenster, weil sie die Zimmertür nicht aufmachen konnte. Als diese Ängste erinnert wurden und in die Bearbeitung kamen, fiel mir auf, dass Frau A. wenig Einfühlung und Empathie für sich entwickelte. Sie erzählte diese Begebenheiten mit emotionaler Teilnahmslosigkeit und war unfähig, Empörung über diese Erziehung zu empfinden oder eine Verbindung zu ihren heutigen Ängsten herzustellen. Sie war auffallend mit der elterlichen Haltung identifiziert. Ich fühlte mich angesichts dieser Abwehr, die sich wie eine Leere anfühlte, hilflos. Erst als ich eine Identifikation mit ihrer Tochter herstellen konnte, indem ich sie fragte, wie es ihr wohl damit gehen würde, halfen der Patientin, emotionalen Zugang zu ihren Erfahrungen zu bekommen. Besonders schmerzlich war ihr Erleben, dass die Eltern über ihre Ängste als Kind gelacht hätten.

Den Aufenthalt in England und die damals noch offene Lebensperspektive verstand sie als Freiraum und Loslösung. Frau A. begriff, dass sie zu einem Zeitpunkt erkrankte, als sie sich in Familie und Beruf festlegte.

Der unbewusste Konflikt bestand darin, dass die Patientin einerseits Sicherheit suchte, was Einengung bedeutete und sich andererseits nach Freiraum sehnte, was wiederum Angst auslöste. Versteht man die Bauchsymptome als Angstäquivalent, so traten die Ängste zum ersten Mal auf, als Frau A. nach dem Studium den wichtigen stabilisierenden Rahmen der Universität verlor. Die Anforderungen durch den Beruf und später durch die Geburt des Kindes führten nicht nur zur Einengung, sondern auch zu einer Erschütterung der bisherigen Sicherheit und zwangen zur Übernahme von erwachsener Verantwortung.

Die damit verbundene Veränderung der bis dahin engen, symbiotischen Beziehung zu ihrem Mann ließen zudem frühkindliche Ängste vor Trennung und Objektverlust virulent werden. Hintergrund der angstneurotischen Erkrankungen waren unbewusste Trennungsängste aufgrund mangelnder Objektkonstanz (Mahler et al. 1978), gleichzeitig unbewusster Protest und unbewusste Aggressionen gegen Festlegung und Einengung.

Als diese Doppelgesichtigkeit ihres aktualisierten, unbewussten infantilen Konflikts durchgearbeitet werden konnte, ging die Angstsymptomatik mehr und mehr zurück. Frau A. wagte erstmalig seit nunmehr fast acht Jahren Ausflüge und erste längere Autofahrten zu den Eltern. Sie begann wieder zu arbeiten und konnte Konflikte mit den Kollegen zunehmend klären. Ich möchte nun noch einige Überlegungen zu ihrer Situation als Einzelkind anfügen, wie sie sich für mich in der Übertragung-Gegenübertragungsbeziehung gestaltete.

Psychodynamische Überlegungen zu ihrer Situation als Einzelkind

Die Patientin war das einzige lebend zur Welt gekommene Kind einer 23-jährigen Mutter, die eineinhalb Jahre vor der Geburt der Tochter einen Sohn im achten Monat tot gebar. Diese traumatisierende Erfahrung wurde kaum kommuniziert, hatte aber vermutlich Einfluss auf die frühe Entwicklung der Patientin aufgrund der unverarbeiteten Trauer der Eltern (vgl. Hirsch 1999b). Es lässt sich vermuten, dass es der Mutter schwer fiel, auf die Abhängigkeits-Autonomiebedürfnisse der Patientin einzugehen. Inwiefern hier mütterliche Ängste aufgrund der vorangegangenen Totgeburt auf die Tochter projiziert wurden, blieb fraglich. Die mangelnde Lösung vom mütterlichen Objekt führte auch zu einer schwachen ödipalen Dynamik.

Die mangelnde Fähigkeit zur Triangulierung (vgl. Abelin 1986) manifestierte sich später in der für die Patientin unverständlichen Trauer, als sie von ihrer Schwangerschaft erfuhr. Sie

hatte das Erleben, obwohl sie sich bewusst ein Kind gewünscht hatte, nun auf ihren Mann verzichten zu müssen. Einerseits fühlte sie sich durch die symbiotischen Muster in der Ehe eingeeignet, andererseits erlebte sie triadische Muster als bedrohlich. Aus diesem Grund konnte sich die Patientin vermutlich auch nicht für ein zweites Kind entscheiden. Vielleicht verzichtete sie aber auch deshalb auf ein zweites Kind, weil es sie weiter von der Mutter entfernt hätte. Darüber hinaus hatte die Tragik des im achten Monat verstorbenen Bruders zu einer inneren unbewussten Überzeugung geführt, dass Schwangerschaft Tod und Bedrohung bringen könnte. Diese Überlegungen erklärten, warum sich die Symptomatik nach der Geburt der Tochter manifestierte. Ich vermutete, dass die Ablösungsprobleme der Patientin mit dieser tradierten Erfahrung zu tun haben, aber Frau B. konnte diese Deutung nicht annehmen:

„Dieses Kind hat weder bei mir noch bei meiner Mutter jemals eine Rolle gespielt. Meine Mutter meinte zwar, als sie mit mir schwanger war, Angst gehabt zu haben. Aber das war dann auch alles! Darüber wurde nie gesprochen. Da wurde ganz pragmatisch mit umgegangen“

Der Trauer um den Tod des Kindes wurde abgewehrt und konnte meines Erachtens nicht verarbeitet werden. Für die Patientin war die Instabilität der Großmutter entscheidender für die Genese der Mutter. Frau A. erinnerte ihre Mutter als überaus ängstlich und überfürsorglich, gleichzeitig fühlte sie sich von ihr alleingelassen. Die Schilderungen ihrer ängstlichen und anklammernden Reaktionen bei Eintritt in Krippe und Kindergarten deuten darauf hin, dass sie unsichere Bindungsmuster entwickelt hatte. Der Aufbau verlässlicher Objektrepräsentanzen war beeinträchtigt. So schien Frau A. als Kind überfordert und in wichtigen Entscheidungen allein gewesen zu sein.

In Bezug auf ihre Situation als Einzelkind stellt sich die Frage, ob ein Geschwisterkind sie unterstützt hätte, trianguläre Objektbeziehungsmuster entwickeln zu können (vgl. Kap. 3.6.1). Da keine Geschwister da waren, hatte die Patientin keine Brückenobjekte, die ihr die Chance gegeben hätten, korrigierende Erfahrungen zu machen (vgl. Sohni 1998; Cierpka 1992).

Das Fehlen einer geschwisterlichen Identifikation

In der Übertragung hielt Frau A. mich zunächst auf Distanz. Sie äußerte Ängste vor Abhängigkeit und wirkte in der Analyse wie ein Einzelkämpfer. Mir kamen Bilder, wie sie fleißig ihre Schwimmbahnen schwamm und mich allenfalls am Beckenrand zugucken ließ. Ihre Fragen an die Therapie kamen mir manchmal vor, als ob ich in die Rolle der Trainerin war, die das Tempo vorgeben sollte. Da sich zwischen uns emotional am Anfang wenig Kontakt her-

stellte, waren die Stunden anstrengend. Ihre Leistungsorientierung entfaltete sich in der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik. Sie brachte viel Material ein, ich wollte durch kluge Deutungen glänzen und kam dann auch noch unter Druck, „*sie wieder arbeitsfähig zu machen.*“

Als ich mit Hilfe der Supervision aus einer intersubjektiven Perspektive heraus dieses Zusammenspiel erkannte und in der Therapie ansprach, wurde deutlich, dass wir uns beide vom anderen alleingelassen fühlten und uns trotz unseres Bemühens nicht begegneten.

Ich hatte den Eindruck, dass ihre Beziehung zu den Elternobjekten so eng war, dass ich keinen Platz in ihr für eine libidinöse Besetzung fand. Als ich diese Dynamik verstand, vermittelten sich mir Aspekte ihres Daseins als Einzelkind. Dieses Verstehen vertiefte sich, als Frau A. begann, ein auffallendes Interesse an anderen Patienten von mir zu entwickeln und sich Gedanken machte, warum diese wohl zur Behandlung kamen. Dabei schien es nicht um Konkurrenz oder Rivalität zu gehen, sondern um ein Interesse an anderen, ähnlich wie sie es auch aus ihren anderen sozialen Beziehungen kannte. Ich begriff dieses Interesse als Suche nach geschwisterlicher Identifikation, die ihr verhalf, sich stärker von den Elternrepräsentanzen zu lösen und eigene Selbstrepräsentanzen zu etablieren.

Als mir dieser Zusammenhang deutlich wurde, beantwortete ich ihre Fragen, die z.T. persönlicher Art waren, direkter, denn ich hatte den Eindruck, dass es der Patientin dadurch möglich wurde, einen lebendigeren und freieren Kontakt zu mir zu gestalten. Sie entwickelte Objektkonstanz und setzte sich mit der in der Therapie erlebten Abhängigkeit konstruktiv auseinander, ohne sich psychisch bedroht zu fühlen.

Die beginnende psychische Ablösung von den Eltern und die reale Auseinandersetzung mit ihnen nahmen im weiteren Verlauf einen breiten Raum in der Behandlung ein. Es hatte einen positiven Effekt, dass parallel zu ihrer Entwicklung die Tochter in die Pubertät kam und sich erste Ablösungsprozesse abzeichneten. Frau A. gelang es, die Beziehung zu ihren Eltern und das Erlebte in der Identifikation mit der Tochter zu reflektieren. Sie begriff die Notwendigkeit der ödipalen Grenzziehung und stellte ihre problematische Rolle, die sie den Eltern gegenüber immer noch innehatte, erstmals in Frage.

Andauernde Parentifizierung

Die Patientin telefonierte täglich mit den Eltern, um sich in alltäglichen Dingen Rat zu holen. Als ich mich darüber erstaunt zeigte, meinte die Patientin, dass die Eltern dies von ihr erwarteten und den häufigen Kontakt einforderten. Es wurde deutlich, dass die Mutter durch die

Anteilnahme am Leben der Tochter Lebendigkeit gewann. Der sozial isolierte und kontakt-scheue Vater war für die Mutter eine Belastung, die sie durch die Bindung an die Tochter zu kompensieren versuchte. Das Ausmaß der immer noch vorherrschenden Parentifizierung äußerte sich z.B. darin, dass Frau A. jedes Jahr den Hochzeitstag der Eltern ausrichtete. Die Mutter bezog sie stark in die ehelichen Probleme ein, die wesentlich größer waren, als anfangs dargestellt. Die Mutter hätte sie von klein auf eingespannt, um bei dem Vater Dinge durchzusetzen, die sie selbst nicht vermochte. Im weiteren Verlauf der Behandlung fiel Frau A. auf, dass die Mutter von ihr diese Vermittlerrolle erwartete, sie aber gleichzeitig mit ihr rivalisierte und sie letztendlich gekränkt war, dass die Patientin dem Vater gegenüber mehr zu erreichen schien als sie. In dieser „*double-bind*“ Situation (Watzlawick 1971) gefangen, stellte sich ihre Angstsymptomatik nochmals mehr als Kompromiss dar. Mit der Erkrankung drückte sie unbewusst ihre Überforderung aus und kam den Erwartungen der Eltern nicht nach. Ihr Leiden entlasteten ihr Über-Ich und verringerten die mit den Wünschen nach Ablösung verbundenen Schuldgefühle. Gleichzeitig befriedigte sie ihre Wünsche nach Abhängigkeit und Sicherheit.

Natürlich lässt sich nicht darüber spekulieren, wie es gewesen wäre, wenn die Patientin nicht als Einzelkind aufgewachsen wäre, aber es sollte in dieser Falldarstellung deutlich geworden sein, dass sie als Einzelkind unter Parentifizierung gelitten hatte, sich überfordert fühlte und sich nicht von den Eltern loslösen konnte. In ihrer Ehe hatten sich die symbiotischen Beziehungsmuster, aber auch Aspekte ihrer Parentifizierung wiederholt. Frau A. verstand, wie sehr sie aus Angst vor Überforderung andere durch ihre Ängste auf Abstand gehalten hatte und dadurch versuchte, die Kontrolle zu behalten.

Für die Einzelkindsituation sind die Parentifizierung und die mangelnde Loslösung in diesem Fall kennzeichnend, die eng mit der konflikthafter Beziehung der Eltern als auch der psychischen Vulnerabilität der Mutter zusammenhing (vgl. Kap. 4.2.1). In der Übertragungsbeziehung ist darüber hinaus der Wunsch nach Identifikation virulent geworden, die verhalf, dass sich die Patientin sich von den Eltern abgrenzen und verselbständigen konnte. Dieses könnte mit der Brückenfunktion verglichen werden, die Geschwister v.a. in der Adoleszenz füreinander haben.

6.2.2 Erstgeborene Schwester von fünf Geschwistern, Frau B.: „Ich hatte die alle fest im Griff!“

Geschildert wird eine Fallgeschichte einer zu Behandlungsbeginn 50-jährigen Patientin. Es handelt sich um eine dreijährige psychoanalytische Behandlung, die insgesamt 270 Stunden umfasste. Die Behandlung fand von Beginn an dreistündig im Liegen, im letzten Behandlungsjahr zweistündig statt.

Erster Eindruck und Anfangssymptomatik

Die zu Behandlungsbeginn 50jährige Frau B. wurde wegen Magenbeschwerden, Bluthochdruck, Ängsten und Depressionen, unter denen sie nun schon seit vielen Jahren litt, an mich überwiesen. Sie klagte über Antriebsschwäche und Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Sie fühlte sich als Angestellte in einer Bank beruflich unterfordert, traute sich aber auch nichts anderes zu, alles Neue würde sie ängstigen. In Kontakt mit anderen Menschen fühlte sie sich klein und unsicher. Sie litt unter starken Gewichtsschwankungen, hatte schon mehrere Diäten hinter sich und war zu Beginn der Behandlung adipös. Vor vier Jahren hatte sie eine zweijährige Gesprächspsychotherapie gemacht, die aber letztendlich nicht viel geholfen hätte. Sie wirkte trotz ihres Alters kindlich und klein, schaute mich ängstlich und verschämt an. Als Frau B. von ihrer Familiengeschichte erzählte, war ich verwundert, dass diese so kindlich anmutende Frau die älteste Schwester von insgesamt fünf Kindern sein sollte. Vordergründig passte sie nicht in das Klischee der dominanten Erstgeborenen. Einen Auslöser für die Symptomatik und den Wunsch, erneut eine Therapie zu beginnen, ließ sich aufgrund der Chronifizierung nicht festmachen.

Biographische Anamnese

Die Patientin war verheiratet und kinderlos. Ihr Mann war als Tontechniker in der Musikbranche tätig. Sie wuchs in einer ländlichen Gegend in Bayern auf. Die Eltern bewirtschafteten einen Bauernhof. Sie war das erste Kind einer damals 29-jährigen Mutter und eines 25-jährigen Vaters. Zwei Brüder der Patientin waren eineinhalb und sechs Jahre jünger, zwei Schwestern drei und neun Jahre jünger.

Die Großeltern väterlicherseits lebten während der Kindheit von Frau B. mit auf dem Hof. Das Zusammenleben wäre wegen der autoritären Art des Großvaters schwierig gewesen, worunter die Mutter oft gelitten hätte. Der Vater der Patientin hätte sich in den Augen der Mutter zu wenig seinen Eltern gegenüber zur Wehr gesetzt. Er wurde von Frau B. als wenig durchsetzungsfähig beschrieben.

Die beiden jüngeren Schwestern von Frau B. waren geschieden und alleinerziehend. Sie hatten ein von den Eltern relativ unabhängiges Leben. Die Brüder lebten beide noch auf dem Hof der Eltern und litten unter Alkoholproblemen. Sie waren zu Beginn der Therapie unverheiratet und kinderlos. Die Beziehungen unter den Geschwistern wurden als ambivalent charakterisiert. Einerseits gab es viel Nähe und Wärme untereinander, andererseits waren die Beziehungen konfliktuell und schwierig. Obwohl die Geschwister in der Nähe der Eltern wohnten, war die Patientin diejenige, die sich zu Therapiebeginn den Eltern gegenüber am stärksten verpflichtet und schuldig fühlte, wenn sie deren Ansprüche und Erwartungen nicht erfüllte.

Frau B. war ein Wunschkind. Die Schwangerschaft und Geburt seien komplikationslos gewesen. Sie sei gestillt worden. Im zweiten Behandlungsjahr berichtete die Patientin, dass sie mit sieben Monaten für sechs Wochen wegen einer Lungenentzündung ins Krankenhaus musste, was das strukturelle Defizit mit Ängsten vor Abhängigkeit, Trennung und Verlust deutlich machte. Frau B. meinte bis zur Geburt des Bruders als sie eineinhalb Jahre alt war, dennoch viel Zuwendung und Aufmerksamkeit bekommen zu haben. Als der Bruder geboren wurde, seien die Schwiegereltern ins Haus gezogen. *„Bis dahin habe ich im Mittelpunkt der Familie gestanden.“*

Die Patientin beschrieb ihre Mutter als launisch und ungeduldig. Sie hätte viel geschrien und hätte die Kinder häufig geschlagen. Gleichzeitig schilderte sich die Patientin als ihr Lieblingskind und *„Mutters Vertraute.“* Die Mutter bezog sie schon früh in ihre Probleme ein und machte sie zur Geheimnisträgerin, z.B. im Konflikt mit den Großeltern. Die Mutter gab der Patientin noch heute das Gefühl, ungeheuer wichtig für die Familie zu sein.

Ihre Kindheit erlebte Frau B. als *„permanente Überforderung“*. Sie wäre immer als die Große angesehen worden. Man hätte ihr Dinge zugemutet und zugetraut, die sie noch gar nicht gekonnt hätte. Die Patientin ging nicht in den Kindergarten, war in der Grundschule zusammen mit ihrem jüngeren Bruder in einer jahrgangsübergreifenden Schulklasse, wo sie autoritäre und demütigende Erfahrungen erinnert. In diesem Alter traten erstmalig Bauchschmerzen auf. Im Gymnasium litt sie unter Lernblockaden und fühlte sich in ihrer Leistungsfähigkeit stark vom Lehrer abhängig. Die Eltern wären während ihrer Pubertät sehr streng gewesen. Gleichzeitig wurde ihr die Verantwortung für die jüngeren Geschwister übertragen. Gegen den Willen der Eltern sei sie nach der 11. Klasse vom Gymnasium abgegangen. Sie wollte wegen ihrer musikalischen Begabung aufs Konservatorium gehen, um Musiklehrerin zu werden, scheiterte aber bei der Eignungsprüfung. Als sie im Alter von 20 Jahren nach München zog, hätte die Mutter mit Depressionen reagiert. Hier lernte sie ihren Mann kennen und zog mit

ihm nach Berlin, um hier auf einem Kolleg das Abitur zu absolvieren. Nach einem betriebswirtschaftlichen Studium wurde sie von einer Bank übernommen, obwohl sie lieber etwas „*Kreatives oder Soziales*“ gemacht hätte. Beruflich fühlte sie sich zu Beginn der Therapie „*immer noch nicht richtig angekommen*“ und unterfordert.

Die ersten sexuellen Erfahrungen machte sie im Alter von 20 Jahren. Mit ihrem drei Jahre jüngeren Ehemann war sie seit ihrem 23. Lebensjahr zusammen. Sie hätten sich immer Kinder gewünscht, aber Frau B. ist trotz jahrelangem Bemühen nicht schwanger geworden. Mehrere künstliche Befruchtungsversuche seien fehlgeschlagen. Nachdem ihr Anfang des 40. Lebensjahrs die Gebärmutter wegen eines Myoms entfernt worden sei, hätte sie sich wie befreit gefühlt, „*weil dieses lästige Kinderthema endlich vorbei war*“. Mit ihrem Mann verstand sie sich gut, litt aber darunter, dass er passiv wäre und wenig Verantwortung unternahm.

Die Bearbeitung ihrer Geschwisterposition begleitete diese Behandlung von Anfang an, weshalb die Darstellung des Verlaufs eng mit der Geschwistererfahrung verwoben ist.

Behandlungsverlauf

Frau B. war äußerst motiviert, brachte sich aktiv in die Stunden ein und war fähig zur therapeutischen Ich-Spaltung. Allerdings hatte sie bei für sie schwierigen Themen eine Denkhemmung und gewisse Verwirrtheit. Die Thematik umfasste zunächst vor allem die konflikthafte, schuldbesetzte und ungelöste Beziehung zur Mutter. Ihr wurde deutlich, dass sie noch immer unter dem Druck stand, den Eltern zur Verfügung stehen zu müssen. Erfuhr sie hier einerseits die für die Parentifizierung typische narzisstische Zufuhr, wichtiger als die Geschwister zu sein, wurde ihr auf der anderen Seite deutlich, dass sie sich nie wirklich von den Eltern lösen durfte.

Sie hatte eine idealisierende positive Übertragung auf mich, in der sich bald negative Tendenzen mischten. Sie befürchtete, dass ich „*sie schimpfen könne*“ oder thematisierte Ängste vor Abhängigkeit mir gegenüber. Auch machte sie sich ständig Gedanken und Sorgen um mich und fragte sich, wie es sei, „*ständig*“ Patienten zu haben. Es wurde schnell deutlich, dass sie einerseits die Überforderung der Mutter mit den fünf Kindern meinte, aber es ging auch um die Wiederbelebung ihrer eigenen erlebten Überforderung. Denn die Übertragungsmanifestationen fühlten sich in der Gegenübertragung an, als ob die Patientin mich als schwach erlebte, mir nichts zutraute und mich „*kleinmachte*“.

Als ich ihr mitteilte, dass sie anscheinend Angst hatte, dass sie eine Belastung sein könnte, der ich nicht gewachsen war, begann sie sich ihrer eigenen Überforderung, Ängste und Einsam-

keit als Kind zu erinnern, die sie auf mich projiziert hatte. Ihr fielen ihre Bauchschmerzen ein, unter denen sie bei den gemeinsamen Mahlzeiten oft gelitten hätte. Häufig hätte sie sich auf dem Hof versteckt und stundenlang geweint.

Nach ungefähr einem Behandlungsjahr intensivierte die Patientin die Beschäftigung mit ihren Geschwisterbeziehungen. Es war, als ob Frau B. in der Übertragung zunächst mit mir allein blieb, ähnlich wie sie es als Kind in der Beziehung zur Mutter erlebt hatte, bevor der Bruder zur Welt kam. Frau B. berichtete zwar schon zu Therapiebeginn von einem Entthronungserlebnis, als ihr Bruder geboren wurde, aber dies schien jetzt erst behandlungsrelevant zu werden. Breiten Raum in der Behandlung nahmen Schuld- und Schamgefühle gegenüber den Geschwistern ein, da sie zu den jüngeren Geschwistern autoritär und streng gewesen wäre. Frau B. näherte sich immer wieder dem Geschwisterthema, aber es war auffällig, dass die Brüder im gesamten Behandlungszeitraum stärker im Vordergrund standen als die Schwestern. Die Verschränkung der Geschwister- und der Elternebene zeigten sich darin, dass auch die Mutter die Söhne vorgezogen und anders behandelt hätte als die Töchter. Die Brüder der Patientin hätten weniger Aggressionen zu spüren bekommen. Sie wären verwöhnt worden. Frau B. unterlief bei dieser Thematik ein Versprecher:

„Vater hat mehr drauf gedrängt, dass die ausziehen, aber er biss bei meiner Mutter auf Granit. Er hat nichts machen können, dass meine Söhne ausziehen.“

Ich verstehe diesen Versprecher als Ausdruck einer ödipalen Besetzung der Brüder. Dazu passt, dass bewusste Erinnerungen an die Geschwister erst auf dem Höhepunkt der ödipalen Phase mit sechs Jahren erinnert wurden.

Der Bruder als Erfüllung unbewusster ödipaler Kinderwunschfantasien

Der jüngste Bruder war psychisch am stärksten präsent. Bei seiner Geburt war Frau B. sechs Jahre alt. Dieser Bruder wäre ein Zwilling gewesen, was man erst bei der Geburt bemerkt hätte. Der Zwilling sei während der Schwangerschaft verstorben. Er wäre „*verkümmert*“. Die Mutter hätte wenig Zeit für dieses dritte Kind gehabt. Das Stillen wurde häufig unterbrochen, wenn die Mutter zum Hofverkauf musste. Dieser Bruder war der Lieblingsbruder der Patientin. Sie hätte sich von klein auf um ihn gekümmert.

Seine heutigen Alkoholprobleme führte Frau B. zunächst auf den erlebten Mangel in der Beziehung zur Mutter zurück. Es stellte sich aber heraus, dass sie sich unbewusst für seine Lebensproblematik verantwortlich fühlte. Sie erinnerte, dass sie schon als Kind das Erleben hatte, ihm nicht gerecht werden zu können, ihm gegenüber zu streng und dominant gewesen wä-

re. Sie verstand, wie sehr sie mit ihren kindlichen Möglichkeiten versucht hatte, die defizitär erlebte Beziehung zur Mutter zu kompensieren. Diese Konflikte erklärten die überwertigen Sorgen um den Bruder. Er heiratete im letzten Behandlungsjahr eine ältere Frau, die ebenfalls Alkoholprobleme hatte und weder von der Patientin noch von den Eltern akzeptiert wurde. Frau B. fiel es auffallend schwer zu akzeptieren, dass sie dem 48-jährigen Bruder nicht mehr helfen konnte. Hintergrund dieser Dynamik war meines Erachtens, dass dieser jüngste Bruder die Erfüllung ihrer ödipalen Kinderwunschfantasien zu sein schien (vgl. Kap.3.6.4). Der Vater kam als ödipal besetztes Objekt in der Behandlung wenig zum Tragen. Ihr Mann erinnerte sie bezüglich seines Humors und Aussehens an den jüngsten Bruder. Als sie ihren Mann kennen lernte, war es wie ein „*Nachhause kommen*“. Ihm gegenüber nahm sie von Beginn an die Position der älteren Schwester ein. Sie fühlte sich verantwortlich und blickte sorgenvoll auf ihn, da sein berufliches Fortkommen als Tontechniker mit großer finanzieller Unsicherheit verbunden war. Gleichzeitig gab es von Beginn an eine große Verbundenheit, Humor und Vertrautheit. Dennoch vereitelten die symbiotischen Beziehungsmuster eine lebendige Sexualität zwischen ihnen. Die Partnerwahl schien stärker durch die libidinöse Besetzung des Bruders determiniert gewesen zu sein als durch den Vater (vgl. Kap. 4.2; Adam-Lauterbach 2007; Shape & Rosenblatt 1994).

Während der kleinste Bruder ihr Lieblingsbruder war, hatte sie zu dem anderen, eineinhalb Jahre jüngeren Bruder, zwar ein enges, aber schwieriges Verhältnis. Mangelnde Abgrenzung und persistierende Abhängigkeit-Autonomiekonflikte schienen hier lange Zeit wirksam gewesen zu sein (vgl. Kap. 3.4). Sie gingen in dieselbe Klasse, hatten daher beide dieselbe Lehrerin, von denen die Kinder sich drangsaliert und schikaniert fühlten. Frau B. bekam durch diese Erfahrung eine besonders enge Bindung und ein Verantwortungsgefühl ihm gegenüber. Ein Traum offenbarte, dass die Beziehung zu ihm auch verfolgende Objektrepräsentanzen hatte:

„Ich habe geträumt, ich sei weggelaufen und mich verfolgte ständig ein kleines Kind. Ich war in dem Traum so wie heute, also groß, das Kind war komisch. Es hatte kurze blonde Haare und ein maskenhaftes, fast monsterhaftes, böses Gesicht. Es hielt immer den gleichen Abstand zu mir. Ich konnte machen, was ich wollte, ich wurde es nicht los“.

Ihr fiel ein, dass dieser Bruder blond war. Sie assoziierte das Kind im Traum als starr, ernst, bedrohlich und „*wissend*“. Ihr fiel in der Traumarbeit ein, dass sie als knapp sechsjähriges Mädchen zusammen mit dem Bruder in einem Ferienheim war. Es gab dort Jungen- und Mädchenhäuser. Somit war er weiter entfernt in einem anderen Haus im Wald untergebracht. Da er aber so stark weinte, wurde er zu ihr gebracht. Sie hingegen hatte sich mit den anderen

Mädchen groß gefühlt und hatte ihn nun am „Rockzipfel“, was sie sehr verärgert hätte. Die Patientin brachte den Traum dann mit ihrer Kinderlosigkeit in Verbindung:

„Ich musste immer für die Geschwister da sein und habe mich überfordert gefühlt. Ich glaube im Grunde wollte ich keine Kinder. Deshalb war ich auch erleichtert, als es sowieso nicht mehr ging nach der OP. Ich hatte immer Angst, dass ein Kind dann immer hinter mir her ist. Wenn es nah wird, muss ich immer so viel geben. Ich wollte deshalb keine Kinder. Ich hätte dann nichts Eigenes mehr gehabt. Ich verbinde mit dem Kind nur so eine Art Krallen, Festhalten, ein Gefängnis.“

Auf der Subjektebene wurde der Traum von der Patientin auch als Abwehr eigener regressiver Anteile erkannt, die sie nur in Form ihrer Symptome ausdrücken konnte. Sie schämte sich ihrer „Schwäche“ und konnte es nicht akzeptieren, wie klein sie sich damals fühlte. Während dieser Auseinandersetzung entwickelte Frau B. massive körperliche Konversionssymptome und bekam einen Bandscheibenvorfall, den wir als Ausdruck ihrer inneren seelischen Anspannung verstanden, aber sie auch zwang *„stehen zu bleiben und nicht mehr wegzulaufen, um mich zu verstecken“*.

Im Zuge der Bearbeitung der Ablehnung eigener Kinder, die sie unbewusst mit den Geschwistern gleich gesetzt hatte, kam es zu einer vertieften Auseinandersetzung mit ödipalen Themen und ihrer weiblichen Identifikation. Die Patientin erinnerte die Schwangerschaften der Mutter, und sie fragte sich, ob ihre Gewichtsschwankungen eine unbewusste Identifikation mit den Schwangerschaften der Mutter darstellten.

Aufgrund der vielen ihr übertragenen Aufgaben identifizierte sie sich im besonderen Maß mit der Mutter. Sie selbst sah sich als große Schwester und Mutter, die zuhörte und Trost gab. Während die Mutter meist unkontrolliert Impulse und Gefühle ausgelebt hätte, hatte die Patientin das Erleben, dass sie mit ihrer Affektisolierung und Abwehr über die Mutter triumphieren konnte. Letztendlich verfestigte dieser narzisstische Gewinn ihre Parentifizierung und Überforderung, aber verführten sie auch, Dominanz und Macht auszuüben:

„Ich hatte die Geschwister im Griff. Ich musste dafür sorgen, dass die ruhig waren. Der kleine Bruder hatte totale Angst vor mir, ich habe die regelrecht drangsaliert.“

Psychodynamische Aspekte ihrer Geschwisterposition

Als diese Thematik im dritten Behandlungsjahr bearbeitet wurde, erlebte ich in der Gegenübertragung oft ein inneres emotionales Unbeteiligt sein, dass ich zunächst nicht verstand.

Frau B. problematisierte, dass sie sich im Kontakt mit anderen oft ungeschützt, wie abgetrennt und nicht zugehörig erlebte. Ich deutete ihr dieses Erleben von Getrenntheit zunächst als Folge der Trennung im ersten Lebensjahr durch den Krankenhausaufenthalt. Bewusstseinsnäher und emotional zugänglicher waren ihr aber Erinnerungen, sich den Geschwistern als Gruppe nicht zugehörig zu fühlen. Sie fantasierte sich als Kind in der Geschwistergruppe im Abseits stehend. Es kamen Erinnerungen hoch, in denen sie sich neben den Geschwistern sah, die den Platz bei der Mutter einnahmen.

“Das musste ich aushalten. Ich habe immer das Gefühl, ich war alleine. Ich kenne keine Eifersucht und musste tapfer sein. Immer hieß es, du bist doch schon so groß. Die durften ja auch nie sehen, wenn ich traurig war oder ich Angst hatte.“

Diese mangelnde Zugehörigkeit bezog Frau B. auch auf ihre berufliche Entwicklung. Sie hatte nur kurz mit anderen Kollegen im Team gearbeitet, zog eine Tätigkeit allein in einem Büro vor, obwohl sie sich hier oft einsam und unterfordert fühlte. Sie hatte Angst vor Streit, wenn sie mit anderen zusammenarbeitete und erkannte, dass sie *„doch eigentlich abgrundtief eifersüchtig war“*. Für die Patientin war das Thema Eifersucht schwer zu bearbeiten. Zunächst kam es durch die Übertragung in ihr Bewusstsein. Sie beschäftigte sich auffallend viel mit anderen Patienten in ihrer Fantasie. Manchmal empfand ich dies als distanzlos und übergriffig. Als ich ihr die Beschäftigung mit den anderen Patienten auf der Geschwisterebene erneut deutete, reagierte Frau B. auffallend stark. Sie fühlte sich hilflos und ausgeliefert und meinte, ich lehnte sie ab, da Eifersucht *„böse und egoistisch“* wäre. Eifersucht wäre wie eine *„Schlangengrube, da wollte sie den Deckel zuhalten“*. Frau B. hatte während der Durcharbeitung dieser Thematik starke körperliche Reaktionen in den Sitzungen. Sie spürte einen massiven Druck im Magen, meinte körperlich eine Schlange in sich wahrzunehmen. In den Assoziationen und Einfällen wurden massive Aggressionen bis hin zu abgewehrten Todeswünschen den Geschwistern gegenüber deutlich. Der im Uterus verstorbene verkümmerte Zwilling Bruder des jüngsten Bruders wurde von der Patientin ebenfalls mit unbewussten Tötungsimpulsen assoziiert. Eifersucht zu erleben, war unbewusst mit Todeswünschen besetzt und musste verdrängt werden, ähnlich der Beschreibung in Kap. 3.8.1 (vgl. Wellendorf 1995).

Die Bearbeitung der bis dahin unbewussten Aggressionen führte dazu, dass die Geschwister differenzierter wahrgenommen und in ihren Repräsentanzen abgegrenzter wurden. Einzelne Geschwisterobjektbeziehungen schälten sich stärker heraus. Dadurch näherte sie sich aber auch nochmals konflikthaftem Material. Die Ablösungsproblematik, die sie gegenüber den Eltern verspürt hatte, äußerte sich jetzt auch den Schwestern gegenüber (vgl. Kap. 4.2). Die

Patientin erlebte, dass sich die Schwestern ihr unterlegen fühlten und gegen sie verbündeten. Sie warfen ihr noch im Erwachsenenalter vor, dass sie bevorzugt worden wäre. Die Patientin erinnerte, dass sie gegenüber den Schwestern ein Verbot erlebte hatte, Neid spüren zu dürfen:

„Ich wäre nie auf die Idee gekommen, mich zu ärgern, wenn die Schwester mir etwas wegnahm. Ich hatte immer ein schlechtes Gewissen, weil ich größer und älter bin.“

In der Bearbeitung dieser Thematik kamen Kindheitserinnerungen auf, die mir ihre schwierige Position in der Familie und die damit zusammenhängenden intrapsychischen Konflikte nochmals deutlich machten. War sie einerseits die große Schwester, die erzieherische Funktionen wahrnehmen musste und sich ständig überfordert fühlte, so wurde erst am Ende der Therapie deutlich, dass sie auf der körperlichen Ebene die Kleinste war und sich den anderen jüngeren Geschwistern diesbezüglich unterlegen fühlte. Sie erlebte also nicht nur Ausgeschlossen sein, sondern auch Bedrohung.

Dieses Paradoxon wiederholte sich auch in der Beziehung zum mütterlichen Objekt. Auch hier erlebte sie eine für sie unlösbare Situation. Die Mutter verlangte und forderte Autonomie und Selbständigkeit von ihr, ließ sie aber nicht gehen und hielt sie vor allem in der Pubertät klein und abhängig. Loslösungsschritte wurden bestraft. Autonomie und Unabhängigkeit wurden schuldbesetzt und als Quelle von Neid erlebt. Am Ende der Behandlung befürchtete sie auch meinen Neid und konnte sich nicht vorstellen, dass sie mir gegenüber groß sein durfte. Sie hatte Assoziationen, ein Vogel säße ihr im Nacken, der sie festkrallte. Es kam zu einer Vermischung mütterlicher und geschwisterlicher Projektionen.

„Ich habe Angst vor dem Neid der anderen. Ich habe immer noch das Gefühl, als wäre es verboten, was zu können, Neid führt dazu, dass ich mich klein mache. Wenn ich klug bin, bin ich allein. Dann heißt es, ich wäre rechthaberisch. Ich zeige meine Freude nicht. Ich war neidisch auf die anderen, die gehörten zusammen.... Ich mache mich klein, um dazu zu gehören. Ich gehöre zu euch, ich bin auch klein.“

Mir wurde nun verständlich, warum die Patientin in das Klischee der großen Schwester vordergründig nicht hineinpasste. Sich klein zu machen, bedeutete scheinbare Zugehörigkeit. Alles andere konnte Neid und Aggressionen nach sich ziehen. Die Überlegenheit den Geschwistern gegenüber, z.B. in ihrem musikalischem Können, sei ihr regelrecht abtrainiert worden. Sie entwickelte sich im Verborgenen. Aber das Scheitern der Eignungsprüfung für die musikalische Ausbildung war letztlich ein Ausdruck des Entwicklungsverzichts und der unbewussten Angst vor den Aggressionen der Geschwister.

Der Ablösungsprozess von mir fiel der Patientin besonders schwer. Frau B. konnte sich erst lösen, als sie ihre Position als Erstgeborene psychisch aufgeben und betrauern konnte. Dabei wurde aber auch das Ausmaß ihrer Projektionen und Größenfantasien deutlich.

Durch das Durcharbeiten der unbewussten Aggressionen und Schuldgefühle, das Zulassen ihrer Wünsche nach Zugehörigkeit und Autonomie gingen die Symptome zurück. Der Patientin gelang es, dauerhaft ihr Gewicht zu reduzieren. Sie fühlte sich leichter und befreit. Die vorher vorhandenen Fusionstendenzen lösten sich allmählich auf. Frau B. konnte den Geschwistern in der Realität auf gleicher Ebene begegnen, gab Verantwortung an sie zurück und konnte ihnen gegenüber Schwäche zugeben. In Bezug auf ihren Beruf betrauerte sie die ungenutzten beruflichen Möglichkeiten, kündigte in der Bank und begann eine selbständige Tätigkeit in einem Wirtschaftsunternehmen, was sie zunehmend befriedigte. Die Beziehung zu ihrem Mann wurde während der Therapie durch heftige Auseinandersetzungen auf die Probe gestellt. Je mehr es Frau B. aber schaffte, die Projektionen auf ihn zurückzunehmen, desto autonomer und aktiver wurde er.

In der Biographie der Eltern ist in Bezug auf die Geschwisterbeziehungen festzuhalten, dass die Mutter der Patientin die jüngste von insgesamt sieben Kindern war. Die Mutter war ein Ersatzkind für eine erstgeborene Tochter gewesen, die als Kind verstarb. Sie hätte den Namen dieser verstorbenen Schwester bekommen und wäre verwöhnt worden, hätte sich aber nie von der engen Bindung an die Mutter gelöst. Es ist anzunehmen, dass die Mutter Anteile dieser verstorbenen Schwester auf die Patientin projizierte. Der Vater der Patientin war der älteste Sohn von insgesamt fünf Kindern. Für beide Elternteile schien die Position des Erstgeborenen psychodynamisch eine bedeutsame Rolle zu spielen, so dass die Entwicklung der Patientin auf diesem mehrgenerationalen Hintergrund nochmals verstehbar wurde. Vermutlich haben die Eltern unbewusst eigene Geschwisterkonflikte in ihre Kinder projiziert (vgl. Kap. 4.2.1)

Die in dieser Behandlung virulent gewordenen Geschwisterthemen waren eng mit ihrer Position als Erstgeborene und als Schwester verwoben. Die Themen drehten sich um Entthronung, Abhängigkeit und Autonomie, Ambivalenz, Neid, Dominanz, ödipale Konflikte, Überforderung und Parentifizierung sowie mangelnde Ablösung. Die Geschwisterbeziehung zeigte sich als eigene Entwicklungslinie (vgl. Graham 1988), unabhängig von der Elternbeziehung, ist

aber auch in vielen Aspekten als Kompensation für dort erlittene Defizite begreifbar geworden (vgl. Bank & Khan 1994).

Besonders hervorheben möchte ich an dieser Stelle die konfliktbesetzte Position als Erstgeborene der Patientin, die sich aufgrund der mit ihr verbundenen abgewehrten Konflikte und negativen Selbstrepräsentanz im Erwachsenenalter als wesentlicher Anteil ihrer psychogenen Erkrankung herausgestellt hat.

6.2.3 Erstgeborene von zwei Schwestern, Frau C.: „Ich fühlte mich ausgeschlossen und wollte doch nur dazu gehören!“

Im Folgenden wird aus einer noch laufenden Behandlung einer modifizierten analytischen Therapie einer 53jährigen Frau berichtet, die wegen einer chronifizierten depressiven Erkrankung behandelt wird. Die Behandlung umfasst jetzt 150 Stunden. Sie findet zweistündig im Sitzen statt.

Erster Eindruck und Anfangssymptomatik

Frau C. kam auf Empfehlung ihres behandelnden Psychiaters. Sie berichtete, unter schweren Depressionen zu leiden. Sie sei nun schon länger krankgeschrieben, schaffe nichts mehr und „komme nicht hoch“. Sie hätte schon vor fünf Jahren eine analytische Therapie gemacht. Die Patientin schilderte, gar nicht zu wissen, was sie so depressiv mache, schließlich sei doch in ihrer Kindheit alles normal gewesen. Ich war über diese etwas undifferenziert klingende Aussage angesichts einer vorausgegangenen psychoanalytischen Behandlung irritiert. Eine Diskrepanz erlebte ich auch in ihrem damals eher einfachen äußeren Erscheinungsbild. Sie sah aus wie eine Rockmusikerin, was gar nicht so recht zu ihrem akademischen Status als promovierte Mathematikerin zu passen schien. Die Patientin war verlangsamt und sprach mit leiser, kindlicher, etwas hoher und weinerlicher Stimme. Anamnestiche Daten und Biographisches waren nur schwer zu erheben. Ihr Leidensdruck löste mütterliche Gefühle in mir aus. Ich hatte den Eindruck, viel Zeit und Geduld für sie haben zu müssen und sie nicht überfordern zu dürfen. Aber es wirkte auch so, als ob sie ihr Potential in gewisser Weise versteckte und ein Geheimnis um viele Themen machte.

Eine analytische Therapie im Liegen wollte sie aufgrund ihrer Vorerfahrungen nicht machen, willigte aber ohne Schwierigkeiten ein, an einem Forschungsprojekt über Langzeitbehandlungen chronischer Depression teilzunehmen. Aufgrund ihrer schweren Depression schienen zunächst Ich-Stützung und Stabilisierung im Vordergrund zu stehen. Hinsichtlich ihres kind-

lich-infantilen Auftretens hatte ich den Eindruck, es sei kontraindiziert, in einem liegenden Setting noch mehr Regression zu fördern. Von daher wurde eine modifizierte analytische Therapie mit einer Frequenz von zwei Stunden in der Woche beantragt.

Biographische Anamnese

Die Patientin ist das erste Kind einer bei ihrer Geburt 20-jährigen Mutter. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. Die Patientin sei gestillt worden, auch die nachfolgende Entwicklung wäre „*normal und unauffällig*“ gewesen.

Die Eltern von Frau C. sind in eher einfachen Verhältnissen aufgewachsen. Die Mutter wäre eine kühle, kontrollierte und strenge Frau. Sie sei gelernte Schneiderin. Der Vater wäre ein ruhiger Mann, der als Ofensetzer und später als Postbote arbeitete. In seiner Freizeit betrieb er viel Sport und wäre handwerklich sehr geschickt. Die Eltern lernten sich als Kinder in den Trümmern der zerbombten Häuser in Berlin kennen und erlebten keine anderen Partnerschaften. Die Patientin kann sich nicht erinnern, dass die Eltern jemals gestritten hätten. Sie hätten ähnliche Interessen und würden sich gegenseitig respektieren. Nach Meinung der Patientin würden sie sich vor allem deshalb gut verstehen, weil der Vater sich letztendlich der Mutter beuge und unterordne.

Die Schwester der Patientin ist drei Jahre jünger als die Patientin und Erzieherin. Sie war ebenfalls wegen einer depressiven Erkrankung in psychotherapeutische Behandlung. Das Familienleben wird von der Patientin als eng geschildert, es hätte wenig Außenkontakte gegeben. Nach außen hätte sie eine intakte und harmonische Kindheit gehabt. Trotz dieser familialen Enge hätte sie zu ihrer Schwester eine distanzierte Beziehung gehabt. Die Schwester wäre „*Mutters Kind*“, sie wäre „*Vaters Kind*“ gewesen. Von der Mutter habe sie sich nie richtig geliebt gefühlt und erinnert von klein auf, dass die Mutter sie anders behandelt hätte als die Schwester, zu der sie liebevoller und toleranter gewesen sei.

Frau C. beschreibt sich als braves Kind. Sie hätte immer alles gemacht, was man von ihr verlangt hätte. Die Patientin sei nicht in den Kindergarten gegangen, da die Mutter das nicht gewollt hätte. Sie hätte schon früh lesen können, aber die Mutter hätte es ihr verboten, aus Sorge, sie würde dann Schulschwierigkeiten bekommen. Sehnsüchtig freute sie sich auf die Schule, um mit anderen Kindern zusammen sein zu können. Als sie mit fünfeinhalb Jahren eingeschult wurde, hätte sie jedoch nur Hänseleien erlebt. Sie fühlte sich ausgeschlossen, fand keine Freunde und wurde ausgelacht, weil sie immer alles so ernst genommen hätte. Sie war eine sehr gute Schülerin, auch deshalb wäre sie immer ein Außenseiter gewesen. Häufig nahm

sie sich zurück und versuchte schulisch nur guter Durchschnitt zu sein. „*Ich vertuschte, dass ich schneller begriff als die anderen.*“ Frau C. berichtete, auffällig zögerlich und von Schamgefühlen mir gegenüber begleitet, überdurchschnittlich intelligent zu sein. Sie hätte einen IQ von 145 und sei in einer Vereinigung hochintelligenter Menschen. Sie wäre als Kind wie ein Junge gewesen, hätte sich mit dem Vater handwerklich betätigt und gemeinsam mit ihm Sport getrieben. Die Beiden wären „*wie Vater und Sohn*“ gewesen. Als sie in die Pubertät gekommen sei, hätte er sich von ihr abgewandt. Auch war sie unglücklich, als sie im Alter von 12 Jahren ihre Menstruation bekommen hätte: „*Nun war es klar, dass ich kein Junge mehr werden konnte.*“

Durch die strenge Erziehung der Mutter sei es in der Pubertät oft zu Auseinandersetzungen gekommen. Vom Vater fühlte sie sich im Stich gelassen. Als 17-Jährige hatte sie zum ersten Mal Depressionen mit vorübergehenden akustischen und visuellen Halluzinationen, von denen sie sich distanzieren konnte. Sie hätte sich zu Hause wie eine „*Gefangene*“ gefühlt und zog im Alter von 18 Jahren kurz vor dem Abitur in eine eigene Wohnung, wobei sie ein Jahr lang keinen Kontakt zu ihren Eltern hatte. Nach dem Abitur studierte sie Theologie, weil sie Pfarrerin werden wollte. Sie brach das Studium aus „*Enttäuschung*“ nach vier Semestern ab. Sie wäre in dieser Zeit mit einem „*verrückten Künstler*“ zusammen gewesen und wurde schwanger. Nach der Geburt ihres Sohnes mit Anfang 20 litt sie unter einer postpartalen Depression. Bald darauf trennte sie sich vom Vater des Kindes, da er sie nie unterstützt hätte. Mit 26 Jahren erkrankte sie an einer schweren Erschöpfungsdepression. Als der Sohn in den Kindergarten kam, begann sie Mathematik zu studieren. Nach dem Diplom bekam sie eine Promotionsstelle in einem renommierten Forschungsinstitut. Da sie zu lange an der Promotion gearbeitet hätte und das Thema für die Forschung dann als überholt galt, wurde sie nicht weiter beschäftigt. Eine Habilitation und wissenschaftliche Karriere hätte sie sich jedoch gewünscht. Sie bekam eine Stelle in der Presseabteilung des Bundesgesundheitsamtes, wo sie sich angesichts ihrer wissenschaftlichen Fähigkeiten unterfordert fühle.

Frau C. hatte mehrere, z.T. auch langjährige Partnerbeziehungen, in denen sie sich häufig ausgenutzt vorkam. Zu Beginn der Therapie lebte sie in fester Partnerschaft mit einem gleichaltrigen Mann, den sie im Verlauf der Behandlung geheiratet hat. Der Ehemann ist selbständig und betreut Webseiten, verdiene aber wenig Geld damit. Frau C. sorgt für den gemeinsamen Lebensunterhalt. Sie fühlt sich wohl mit ihm und erlebt erstmals eine für sie befriedigende sexuelle Beziehung. Seine Aufmerksamkeit und Fürsorge ihr gegenüber seien etwas, was sie in anderen Beziehungen in dem Maße nie bekommen hätte.

Bisheriger Behandlungsverlauf

Die Patientin war zu Beginn der Therapie im Oktober 2009 aufgrund ihrer Depressionen nicht arbeitsfähig. Zwei Monate nach Therapiebeginn begann sie zunächst halbtags und bald darauf wieder ganztags zu arbeiten. Auch wenn sich Frau C. insgesamt stabilisiert hat, gibt es immer wieder depressive Einbrüche, die bislang in der Behandlung aufgefangen werden konnten.

Im ersten Abschnitt der Behandlung brachte Frau C. viel Material aus ihrer Kindheit und Träume mit. Der Eindruck in den ersten Gesprächen einer undifferenzierten und unreflektierten Patientin bestätigte sich nicht. Sie gab sich viel Mühe, hatte aber gleichzeitig Angst, etwas falsch zu machen. So traute sie sich z.B. nicht, um die Verschiebung einer Stunde zu bitten, aus Angst, ich könne sie „*unverschämt und frech finden*“.

Ihre depressive Erkrankung wurde vor dem Hintergrund einer defizitären Mutterbeziehung verständlich. Die Mutter schien für die Patientin in der Kindheit emotional wenig verfügbar gewesen zu sein. Kompensiert wurde dieses Defizit z. T. durch die Großmutter mütterlicherseits, die zeitweilig in der Familie lebte, vor allem aber durch die Bevorzugung ihres Vaters. Die Bindung an ihn brachte sie in eine exponierte Stellung sowohl zur Mutter als auch zur Schwester. Sie fühlte sich von klein auf der Schwester und der Mutter überlegen, was aber von ihr wie ein Geheimnis versteckt wurde. Wir verstanden, dass sie in dem Paradoxon gefangen war, einerseits durch Leistung Anerkennung zu bekommen, andererseits einer Angst für ihre anscheinend überdurchschnittlichen Leistungen von der Mutter abgelehnt zu werden, weshalb sie ihre Fähigkeiten zu verstecken begann. So traute sie sich z.B. nicht, die Mutter auf orthographische Fehler hinzuweisen.

Allmählich konnte Frau C. eine Parallele zu ihren beruflichen Schwierigkeiten ziehen. Als es um die Bearbeitung der erlebten Unterforderung im Beruf ging, wurde verständlich, dass die Patientin mit ihrem Scheitern einer wissenschaftlichen Karriere einen Kompromiss gesucht hatte. Sie litt unbewusst unter der Angst, durch Erfolg Liebe und Anerkennung vom mütterlichen Objekt zu verlieren. Diese Dynamik hatte zu einem Entwicklungsverzicht geführt und war auch als Motiv der früheren neurotischen Partnerwahl verstehbar.

Die Thematisierung ihrer Arbeitskonflikte gestaltet sich trotz der Bearbeitung dieses zentralen unbewussten Konfliktes dennoch weiterhin sehr zäh, da diesbezügliche Probleme verleugnet werden. Die in der Familie erlebte Konflikt- und Aggressionsabwehr führte dazu, dass sie sich auch bei Kollegen nicht durchsetzen konnte. So hatte sich Frau C. im Vorfeld der erneuten depressiven Erkrankung die Durchführung eines für sie wichtiges Projekts nehmen lassen

und machte, wie in der Familie, die Erfahrung, in ihren Bemühungen nicht ernst genommen und ausgebremszt zu werden. Unbewusst fühlte sie sich als Opfer „*egoistischer Kollegen*“. Wie sehr sie diese Dynamik inszeniert hatte, konnte erst bearbeitet werden, als ihr deutlich wurde, dass sie kindlich-infantil die „*Wissenschaftlerin spielt*“ und ihr Anliegen nicht ernst nimmt und nicht deutlich artikuliert.

Bei der Darstellung ihrer beruflichen Tätigkeit ist Frau C. häufig davon ausgegangen, dass ich alles verstehen würde. Man könnte dies als Wunsch nach einem idealisierten Selbstobjekt oder als Ausdruck von Verschmelzungswünschen verstehen, aber es war mehr als Kontaktstörung fühlbar. Mein Nachfragen irritierte sie in einer Art und Weise, als ob Unwissenheit beschämend wäre. Von einer intersubjektiven Perspektive ausgehend wurde deutlich, dass die Erfahrung nicht (gleich) verstanden zu werden, bei der Patientin unbewusst mit dem Erleben von ausgeschlossen sein verbunden ist. Der Patientin fiel in diesem Zusammenhang auf, wie schwer es ihr generell falle, andere wahrzunehmen, da sie sich häufig von anderen Menschen wie abgeschnitten fühle. Mentalisierungsschwächen sind in diesem Zusammenhang zutage getreten, da sie sich kaum Gedanken über die Motive anderer Menschen macht. In dem Maße, wie sie sich von anderen abgeschnitten fühlt, geht es ihr auch mit ihren Gefühlen. Sie beschreibt eine Spaltung zwischen Verstand und Gefühl und hat den Eindruck, als ob ihr „*Gehirn ein Eigenleben hätte*“, das sie nicht beeinflussen könne.

Die Patientin hatte Angst vor der Analyse im Liegen, da sie im Liegen häufig Zustände erlebte, in denen sie ihren Gedanken nachginge und sich verliere. Das Liegen in der ersten analytischen Behandlung hätten sie gelähmt und geängstigt, und Gefühle von Kontaktlosigkeit und Einsamkeit ausgelöst. Obwohl sie es quälte, dachte sie, das müsse so sein und traute sich nicht, ihr Unbehagen auszusprechen. Da sie eine „*gute und angepasste*“ Patientin war, die assoziierte, Träume mitbrachte und sich erinnerte, war es vermutlich schwierig, die Abwehr „*der braven Tochter*“ zu erkennen, die es dem Analytiker bzw. dem Vater in der Übertragung leicht machen wollte. Das Sitzen ermöglicht es ihr, sich meiner zu vergewissern. Es hilft ihr, Gedanken, Fantasien und Assoziationen in einem struktur- und haltgebenden Rahmen zu begrenzen. Das machte ein aktiveres Vorgehen notwendig, lange Schweigepausen scheinen sie zu ängstigen und führen dazu, dass sie den Kontakt zu mir verliert.

Nach etwa eineinhalb Jahren Behandlung heiratete sie. Frau C. fühlte sich mit nunmehr 52 Jahren wie eine junge Braut und heiratete kirchlich und im weißen Brautkleid. Eine ähnliche Haltung hat sich auch im Erleben der Wechseljahre gezeigt, über die sie „*freute*“ und die sie mit dem Erreichen der „*Volljährigkeit*“ verglich. Es ist deutlich geworden, dass sie unbe-

wusst am Infantilen und Kindlichen festhält, um sich nicht mit Grenzen, Verlusten und Trennungen auseinanderzusetzen zu müssen.

In der Übertragung zeigt sich diese Dynamik darin, dass sie sich angesichts eines Verlängerungsantrages nicht einem möglichen Ende der Behandlung beschäftigen wollte, was in meiner Gegenübertragung zunehmend aggressiver getönte Reaktionen hervorrief. In der Reflexion in meiner Interventionsgruppe, verstand ich, dass die aggressiven Gegenübertragungsreaktionen Ausdruck einer projektiven Identifizierung waren. Die Aggressionsabwehr der Patientin dient der Aufrechterhaltung einer guten Selbstrepräsentanz. Das Festhalten an dem kindlich infantilen Modus, die Abwehr von Aggressionen und Verleugnung negativer Selbstrepräsentanzen werden erst in einer erweiterten Perspektive ihrer Objektbeziehungen deutlich, die die Beziehung zu ihrer drei Jahre jüngeren Schwester im Fokus hat.

Psychodynamische Überlegungen in Bezug auf ihre Geschwisterposition

Frau C. benennt in Bezug auf die Schwester ein Erleben von Entthronung. Schon seit ihrer Geburt wäre sie eifersüchtig gewesen und hätte mit dem Baby nichts anfangen können. Vor dem Hintergrund einer problematischen und vermutlich defizitären Bindung zum mütterlichen Objekt konnte sich die dreieinhalb-jährige Patientin zu Beginn der ödipalen Phase nicht genügend mit der Mutter identifizieren (vgl. Mertens 1994a). Bedenkt man die mit dem Eintritt in die ödipale Phase einhergehenden Verlustängste des Mädchens bei der Aufgabe des primären Liebesobjektes (vgl. Kap. 3.6.4), so hat sich die Patientin bei der Geburt der Schwester von der Mutter vermutlich allein gelassen gefühlt, was den Aufbau einer engen bzw. eigenen Beziehung zur Schwester vereitelte.

Distanz und Aggression in der Beziehung zur Schwester als Folge mangelnder familialer Triangulierungsprozesse

Frau C. kann sich nicht erinnern, in die Fürsorge der kleinen Schwester einbezogen worden zu sein. Aus ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Mutter anscheinend Schwierigkeiten hatte, sich auf eine trianguläre Struktur mit der Geburt des zweiten Kindes einzulassen. Da die Mutter durch die Kriegskindheit selbst ein parentifiziertes Kind war und sich von klein auf um ihren Bruder kümmern musste, könnten hier eigene Konflikte eine Rolle gespielt haben (vgl. Kap. 4.2). Frau C. konnte sich weder mit der fürsorglichen Mutter noch spielerisch in der Sorge um das Baby identifizieren und somit die frühen erlittenen Defizite nicht kompensieren (vgl. Kap. 3.4.1). Das Geschwister blieb im ersten Lebensjahr fremd für sie. Sie fühlte sich unerwünscht und von der Mutter ungeliebt.

Vor dem Hintergrund dieser Dynamik kam es zu einer aggressiven Attacke gegenüber der Schwester, die über dem als erste Verschiebung der Aggression aus der Beziehung zum mütterlichen Objekt zu begreifen ist. Denn bereits in der zehnten Stunde berichtete Frau C. weinend von einem für sie belastenden Erlebnis mit ihrer Schwester. Als die Patientin vier Jahre alt war, hätte sie dem Baby fast ein Auge ausgestochen, da sie gucken wollte, ob die Pupille - wie bei ihrer Puppe - auch aus Glas war. Die Mutter und die Oma hätten sie bestraft und als böse bezeichnet. Sie wurde seitdem nicht mehr mit dem Baby allein gelassen, sondern ängstlich kontrolliert. Da der Patientin nicht geholfen wurde, diese traumatische Erfahrung zu mentalisieren und zu integrieren, war die Basis einer negativen Beziehung zur Schwester fixiert: *„Alle hatten nun bemerkt, dass ich meine kleine Schwester nicht leiden konnte.“*

Frau C. machte das Baby zu einer Sache und behandelte sie wie eine Puppe, da ihr eine Beziehung zur kleinen Schwester versperrt war. Die unempathische Reaktion der Mutter führte vermutlich bei der Patientin zu einer Selbstrepräsentanz, *„böse und zerstörerisch“* zu sein. Ihre mangelnde Fähigkeit zur Mentalisierung ist vor dem Hintergrund dieses Erlebnisses verstehbar geworden (vgl. Fonagy et. al 2004). Es wirkte auf Frau C. entlastend, als ich ihr nicht ihre Aggressionen und Rivalität der Schwester gegenüber deutete, sondern ihre Not und verzweifelte Suche nach mütterlicher Zuwendung und nach einer eigenen Beziehung zu ihrer Schwester.

In der weiteren Entwicklung der Patientin kam erschwerend hinzu, dass sie eine ungleiche Behandlung und emotionale Beteiligung der Mutter der Schwester gegenüber erlebte. Während im Erleben der Patientin bei der Schwester vieles toleriert, freudig beantwortet und belächelt wurde, meinte Frau C. von der Mutter auf die Rolle der Vernünftigen festgelegt worden zu sein:

„Meine Schwester durfte immer frech sein. Meine Mutter hat bei ihr immer gelacht und sich gefreut. Sie war das blonde süße Teufelchen. Ich musste hingegen die Brave und Vernünftige sein.“

Frau C. konnte sich daran erinnern, dass die Mutter mit der Schwester, nicht aber mit ihr gespielt hätte. Sie bekam bei Wünschen nach Zuwendung zu hören, dass sie doch schon groß sei. Wir verstanden vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen das tiefe Gefühl der Patientin, Ausgeschlossen zu sein. Sie erinnerte sich dann auch zunehmend ihrer Sehnsucht, einfach nur zur Mutter und Schwester dazu gehören zu wollen. Stattdessen zog sie sich immer mehr zurück und versuchte durch Anpassung und Gehorsam, die Liebe der Mutter zu gewinnen. Eine

triadische Beziehung zwischen der Mutter und den beiden Schwestern fand anscheinend nicht statt. Folglich konnte Frau C. auch keine eigenständige Beziehung zu ihrer jüngeren Schwester entwickeln, in der auch die aggressiven Impulse der Schwester gegenüber integriert und moduliert hätten werden können. Es entwickelte sich eine intrapsychische Selbstrepräsentanz, die bis heute ihre Wirkung entfaltet hat: „*Ich gehöre nicht dazu.*“

War die Patientin in Bezug auf die Elternobjekte brav und aggressionsgehemmt, so schien sie ihre Aggressionen auf die Schwester verschoben zu haben. Dabei spielten nicht nur die Enttäuschung an der Mutter eine Rolle, sondern auch Aggressionen, die sie in der Beziehung zum idealisierten Vater erlebte. Es wurde offenbar, dass er latent eine sadistische, zumindest aggressive Seite zu haben schien. Die hier erlebte Aggression verschob die Patientin auf die Schwester. Sie forderte sie auf, in ihre Arme zu springen und sprang zur Seite, so dass die zweijährige Schwester eine Gehirnerschütterung und eine Platzwunde erlitt, die genäht werden musste. Ihre schon durch die Scherenepisode sich entwickelnde negative Selbstrepräsentanz hat sich hier vermutlich gefestigt:

„*Die Verachtung von Mutter und Großmutter hat sich danach wie ein Stempel eingebrannt. Ich bin böse.*“

Diese Kindheitserinnerungen waren sehr schuld- und schmerzbesetzt und ließen das Festhalten an einer guten Selbstrepräsentanz aus Abwehrgründen verstehbar werden. Frau C. verstand, dass sie sich bei dem Erleben von Aggressionen ängstigt, mit dieser negativen, als böse geltenden Repräsentanz identifiziert zu werden.

Das Festhalten an dyadischen Beziehungen war kennzeichnend für die Familiendynamik. Fixiert und erstarrt wirkte die Beschreibung der Spaltung in der Familie. Bis zur Pubertät war Frau C. „*Vaters Tochter*“, die Schwester sei noch heute „*Mutters Tochter*“. Sie hätte sich nie richtig von ihr lösen können. Es scheint, als ob beide Eltern eine eigene Beziehung zwischen den Schwestern vereitelt hätten, da jedes Kind narzisstische Selbstobjektbedürfnisse der Eltern befriedigte. Aggressionen gegenüber den Elternobjekten durften nicht erlebt werden und wurden verdrängt bzw. auf die Schwester verschoben. Aufgrund der mangelnden triadischen Strukturen in der Familie blieben vermutlich auch die ödipalen Strebungen relativ unaufgelöst. Die mangelnde Anerkennung der Generationsgrenzen, die sich bei der Patientin in der Infantilität und dem Verleugnen der mit dem Leben und Älterwerden einhergehenden Verluste zeigen, könnte ein Ausdruck der unbewältigten ödipalen Konflikte sein.

Aufgrund der mangelnden Identifizierung mit der Mutter kam es unbewusst zu einer Fixierung in der gleichgeschlechtlichen ödipalen Position, an der die Patientin bis zur Pubertät festhielt (vgl. Kap. 3.8). Die Aussage, dass ihr in bei ihrer Menstruation schmerzlich bewusst wurde, dass sie dann ja kein Junge mehr werden konnte, spiegelt meines Erachtens diese Dynamik bzw. das Festhalten an der Bisexualität wider (vgl. Blos 1978). Es ist zu vermuten, dass ihre Hemmung, Intelligenz und Können unter Beweis zu stellen und mit anderen zu rivalisieren unbewusst mit dem Phallischen/Penis gleich gesetzt werden und persistierende Schamgefühle eine Rolle spielen.

Erst als die Patientin im Alter von 18 Jahren ausgezogen war, hätten die Schwestern eine bessere Beziehung entwickelt. Die Schwester wurde Erzieherin. Auf die Frage, ob Frau C. mit dem Bildungsgefälle in der Beziehung zu ihr Schwierigkeiten haben würde, meinte sie: „*Nein, der war ich doch schon immer voraus.*“ Als die Schwester vor einigen Jahren selbst eine psychotherapeutische Behandlung begann, wäre die Patientin erstaunt gewesen, dass sie offensichtlich auch gelitten habe. Die mangelnde Mentalisierungsfähigkeit und die mangelnde Empathie sind in der Bearbeitung der Geschwisterbeziehung verständlich geworden. Ihre unbewusste Aggression, die mit dem verdrängten Neid und der Rivalität auf die Schwester zu tun hat, ist Frau C. noch nicht zugänglich. Die Kontaktlosigkeit ist vermutlich auch aufgrund der Abwehr diesbezüglicher Konflikte zu begreifen. Die therapeutische Behandlung gestaltet sich in dem Versuch diese Dynamik anzusprechen, als äußerst schwierig. Obwohl die Patientin die Beziehung zu ihrer Schwester und ihre Attacke auf sie früh angesprochen hat, sind die frühen aggressiven Gefühle und unbewussten Vernichtungsfantasien vermutlich nur in einer höher frequentierten Behandlung bearbeitbar.

Umgekehrt hat die Schwester in der Patientin auch kein „*Brückenobjekt*“ (Sohni 1998) finden können, das ihr geholfen hätte, sich aus der dyadischen Bindung zur Mutter zu lösen. Sie blieb, auch weil ihr die triangulierende Beziehung zum Vater gefehlt hat, bis heute nach Aussagen der Patientin an das mütterliche Objekt gebunden. Die mangelnde Beziehung zwischen ihnen unterlief vermutlich intersubjektiv betrachtet für beide Geschwister progressive Entwicklungsmöglichkeiten.

Entwicklungsverzicht als Folge unbewusster Schuldgefühle der Schwester gegenüber

In der Behandlung ist außerdem herausgearbeitet worden, dass Frau C. sich durch die Nähe zum Vater nicht nur der Mutter, sondern auch der Schwester gegenüber schuldig fühlte. Sie fand die Schwester uninteressant und „*blöd*“ und hätte immer gewusst, wie sie die Schwester

beim Vater ausstechen konnte. Der scheinbar ödipale Sieg über die Mutter (und Schwester) war mit der Aufgabe von positiver weiblicher Identifizierung verbunden. Weiblichkeit war zudem durch die ablehnende Art des Vaters negativ besetzt. Als der Vater, anscheinend selbst unsicher in seiner männlichen Identität, sich von seiner pubertierenden Tochter abwendete, fühlte sich die Patientin erneut abgelehnt, verlassen und verraten (Flaake 2003). Wieder erlebte Frau C., wie schon in der Beziehung zur Mutter und Schwester, ein tiefes Gefühl ausgeschlossen zu sein. Der frühzeitige Auszug aus dem Elternhaus ist aufgrund dieser Erfahrungen verstehbar geworden.

In der Behandlung war auffällig, dass Frau C. mir erst sehr spät und fast nebenbei von ihren Erkrankungen berichtete, wie es für den psychosomatischen Modus in der Art „*belle indifférence*“ (Uxküll 2003) oftmals typisch ist. Es zeigt sich jedoch gegenwärtig, dass hier noch ein anderer psychodynamischer Zusammenhang wirkt. Die Schwester erlitt vor kurzem einen Schlaganfall, was bei der Patientin Schuldgefühle hervor rief. Die Überwertigkeit dieser Gedanken war ihr bewusst. Aber sie verstand sie erst, als sie sich daran erinnerte, dass die Oma ihr vermittelt, dass Krankheiten auf böse Gedanken zurückgehen würden. Die negativen Gefühle und Gedanken wurden heimlich erlebt und durften nicht offensichtlich werden. Dabei lebte sie in der Angst, dass Gott ihre Gedanken sehen konnte. Wenn die Schwester in der Kindheit krank war, fühlte sie sich schuldig. Magisches Denken und infantile Größenfantasien, die Macht zu haben, Krankheiten herbei zu führen, sind als unbewusster psychodynamischer Hintergrund in die Bearbeitung gekommen.

Darüber hinaus fühlte sie sich aufgrund ihrer bösen und aggressiven Gedanken und Taten der Schwester gegenüber auch durch eigene Erkrankungen bestraft. Es wurde jetzt verständlich, warum die Patientin mir schwere Erkrankungen erst im Laufe der Behandlung, z.T. fast nebenbei mitgeteilt hatte und bagatellisierte. So wäre sie als Kind fast an einem Blindarmdurchbruch gestorben, da sie den Eltern zu spät ihre Schmerzen mitgeteilt hätte. Als 16-Jährige zog sie sich beim Volleyballspielen einen Augenhöhlenbruch zu. Einige Jahre später verletzte sie sich beim Handball so schwer die Schulter, dass sie diesen Sport nicht mehr ausüben kann. Mit Mitte 30 hatte sie wegen schwerer Bandscheibenvorfälle eine Rückenoperation. Alle fünf Jahre muss sie ein Meningeom kontrollieren lassen. Wir verstanden, dass sie sich aufgrund der Schuldgefühle, böse Gedanken vor allem der Schwester gegenüber gehabt zu haben, bestraft und unbewusst schuldig fühlte. In diesem Zusammenhang liegt es nahe, ihre Überzeugung einer organischen Beteiligung ihrer depressiven Erkrankung auf diesem Hintergrund als

Abwehr der Schuldthematik zu verstehen, die bei dieser Patientin eng mit der Geschwistererfahrung verknüpft zu sein scheint.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Frau C. sich durch die Geburt der Schwester aus einer ohnehin defizitär erlebten mütterlichen Beziehung ausgeschlossen fühlte. Die mangelnde Fähigkeit der elterlichen Objekte zur Triangulierung führte dazu, dass Frau C. und ihre Schwester trotz oder gerade wegen der mangelnden Außenkontakte wenig Nähe und Bindung miteinander entwickeln konnten. Die in der Objektbeziehung zur Mutter erlebten Defizite konnte durch die Beziehung zur Schwester nicht kompensiert werden (Bank & Khan 1994). Diese Erfahrungen setzten sich bei der Patientin in einer tiefen Kontaktstörung im Erwachsenenalter fort. Die in der Geschwisterbeziehung erlebten Aggressionen führten zu unbewussten Schuldgefühlen, die sich als Entwicklungsverzicht niedergeschlagen haben und immer noch maßgeblich an der depressiven Erkrankung beteiligt sind.

In Bezug auf die Psychodynamik der Geschwisterposition zeigen sich bislang bei Frau C. Themen der Entthronung, des Entwicklungsverzicht aus Schuldgefühlen heraus, ein tiefes Erleben von sich ausgeschlossen fühlen, Neid, Rivalität und Distanz. Die Verschränkung der Eltern- mit der Geschwisterebene ist in diesem Fall besonders deutlich geworden. Die Eltern haben, wie in Kap. 4.2 ausgeführt, Spaltungen aufgrund eigener Konfliktabwehr initiiert (Diepold 1988), so dass positive Identifikationen unter den Schwestern gerade auch in Hinblick auf die Festigung einer weiblichen Identität nicht gelingen konnten. Ähnlich wie bei Frau B. ist die Position als Erstgeborene in der Kindheit mit einer Frustration kindlich-regressiver Bedürfnisse einhergegangen. Im Erwachsenenalter bilden diese unbefriedigt gebliebenen unbewussten Wünsche nach Abhängigkeit und Zuwendung einen wichtigen Anteil der psychischen Erkrankung. Das, was in Folge der Geschwisterposition abgewehrt werden musste, wirkte als pathogener neurotischer Konflikt im Erwachsenenalter fort. Die mangelnde Identifikation mit der Schwester trug nicht zur Ich-Idealbildung bei und belastete die Weiblichkeitsentwicklung, die durch die Abwendung des Vaters in der Pubertät ohnehin konfliktbesetzt war (Flaake, 2002).

6.2.4 Erstgeborener Bruder einer Schwester, Herr D.: „Ich lerne meine Schwester jetzt erst kennen.“

Bei dieser Falldarstellung handelt sich um eine abgeschlossene analytische Behandlung eines zu Behandlungsbeginn 33-jährigen Mannes. Die Behandlung umfasste 300 Stunden und dau-

erte insgesamt fünf Jahre. Zweimal kam es zu einem Klinikaufenthalt und begleitender psychiatrischer Behandlung.

Erster Eindruck und Behandlungsanlass

Herr D. war ein freundlicher und offener Mann, der sehr differenziert und fast professionell sein Anliegen und seine Problematik vermitteln konnte. Er hatte die Fähigkeit, mich schnell für sich einzunehmen. Ich fühlte mich wach und interessiert, was die ganzen Jahre der Behandlung anhielt. Kontrastierend zu dieser Differenziertheit wirkten seine Übergewichtigkeit, die Assoziationen eines „*Riesenbabys*“ in mir hervorrief und eine gewisse körperliche Nachlässigkeit, die in mir manchmal Ablehnung und Distanz auslösten. Es schien, als ob er damit versuchte, Beziehungen zu regulieren, indem er einerseits viel Nähe und Bezogenheit herstellte, andererseits Abwehr und Distanz provozierte. Im Erstgespräch gab er an, dass er seit seiner Jugend unter Adipositas mit nächtlichen Essattacken, Depressionen und vielfältigen psychosomatischen Erkrankungen leidet. Er kam gerade von einem Klinikaufenthalt, wo er wegen Tinnitus, Schlafstörungen, Morbus Bechterew und Depressionen behandelt wurde. Vor sechs Jahren hätte er eine Psychoanalyse bei einem männlichen Kollegen abgeschlossen, die fünf Jahre dauerte und von Beginn bis zum Ende dreistündig im Liegen stattfand. Damals litt er unter starken Angstzuständen und Panikattacken, die im Verlauf der Behandlung zeitweilig weggegangen seien. Nachts hatte er Essattacken. Er berichtete schluchzend, dass er homosexuell sei und seit sechs Jahren in einer Beziehung lebte, die ohne Perspektive wäre, weil sein 22-jähriger Freund nicht wisse, ob er nicht doch mit einer Frau zusammen sein wolle. Die Beziehung wäre „*eigentlich ohne Sex*“, was ihn aber nicht störte. Sein Problem wäre vielmehr, dass er sich grundsätzlich nicht trennen könne. Weinend berichtete er, „*wie er beruflich seinen Mann stand*“, sich aber innerlich nach wie vor wie ein Kind fühlte. Er erzählte vorwurfsvoll von der unbefriedigenden Beziehung zu seinen Eltern, die ihn noch nie wahrgenommen hätten und von denen er sich noch heute unverstanden fühlte. Nach dem Ende der Analyse hatte er viel Zeit und Energie in Selbsterfahrungsgruppen und Familienaufstellungen investiert.

Biographische Anamnese

Der 33-jährige Patient ist in einem gutbürgerlichen Bezirk in Berlin aufgewachsen. Die Mutter war bei seiner Geburt 25 Jahre alt. Sie war Schneiderin und arbeitete als Schuhverkäuferin. Sie käme aus einer einfachen, aber intakten Familie und hatte drei Geschwister. Ein Jahr vor

ihrer Geburt wäre ein dreijähriger Bruder, ein Jahr nach ihrer Geburt eine einjährige Schwester gestorben. Über den Tod dieser Geschwister wäre nie gesprochen worden.

Der Vater war bei der Geburt des Patienten 31 Jahre alt. Er wäre sehr streng und autoritär erzogen worden. Seine Mutter verstarb, als er 15 Jahre alt war. Er war Maschinenschlossermeister, arbeitete aber später in einer Bank als Angestellter. Die Ehe der Eltern wäre schwierig gewesen. Es hätte viel Streit und Gewalt gegeben.

Herr D. hat eine sechs Jahre jüngere Schwester, die als Verpackungsingenieurin arbeitete. Sie hatte einen Freund, mit dem sie im Haus der Eltern lebte. Der Patientin gab an, mit ihr nichts anfangen zu können und keine Beziehung zu ihr zu haben.

Er wäre ein „*absolutes Wunschkind und Ergebnis einer Hormonbehandlung*“. Schwangerschaft und Geburt wären normal gewesen. Der Patient glaubte, entgegen der Angaben seiner Mutter, nicht dass er gestillt worden sei. Er sei ein anstrengendes Kind gewesen. Er wäre hochgradig allergisch gewesen, die Mutter hätte ihn nur mit Plastikhandschuhen gewickelt. Mit Beginn des Laufens im Alter von 14 Monaten bekam er einen Pseudokrupphusten und wäre viel krank gewesen. Da hätte es angefangen, dass „*unechte und echte Krankheiten verwechselt worden seien*“.

In die Grundschule sei er gerne gegangen, auf dem Gymnasium hingegen fand er Lernen schrecklich. Nur wenn er der Beste war, konnte er etwas leisten. Er ging nach der 10. Klasse von der Schule und machte eine Ausbildung als Großküchenkoch, was ihn aber nicht befriedigte. Seit zwei Jahren leitet er mit viel Engagement eine Einrichtung für berufliche Weiterbildung von jungen Erwachsenen.

Als er 13 Jahre alt war, gestand er seinen Eltern ein, dass er sich zu Männern hingezogen fühlte. Die Eltern hätten ihn daraufhin völlig panisch zu einem Kinder- und Jugendlichen-therapeuten „*geschleppt*“, wo er drei Jahre lang in größeren Abständen hingegangen sei. Er hatte bis zu seiner Beziehung mit seinem Freund bis Mitte 20 keinerlei sexuelle Kontakte zu Männern gehabt. Den Kontakt zur Homosexuellenszene mied er, da diese ihm Angst machte. Er fühlte sich in der sexuellen Beziehung immer noch wie ein 13-jähriger Junge. Herr D. ist evangelisch und hatte vor Behandlungsbeginn 10 Jahre intensiv in der Kirchengemeindearbeit ehrenamtlich gearbeitet, wo er auch den damals 16-jährigen Freund kennenlernte. Das Missbräuchliche an dieser Situation war ihm zu Behandlungsbeginn nicht zugänglich. Herr D. hatte einen engen Bekannten- und Freundeskreis und fühlte sich sozial integriert.

Behandlungsverlauf

Die Chronifizierung seiner Störung und der Umfang seiner multiplen Beschwerden ließen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf einem mittlerem bis höherem Strukturniveau zu, die nach der langen vorangegangenen analytischen Behandlung ein flexibleres, strukturgebendes Setting erforderlich machte. Aus diesem Grund fand die Behandlung zunächst zweistündig im Sitzen statt, in denen Herr D. intensiv mitarbeitete. Ich erkannte erst sehr viel später den Abwehrcharakter seiner selbstanalytischen Fähigkeiten, die anfangs etwas sehr Verführerisches für mich hatten.

Er beschäftigte sich gleich zu Behandlungsbeginn auffallend viel mit seinen Eltern und berichtete häufig von aggressiv aufgeladenen Kontakten mit seiner Mutter. Die symbiotisch-regressive Bindung war durch hohe Ambivalenz und andauernde Enttäuschung gekennzeichnet. Sie schien ihn einerseits narzisstisch zu besetzen und wirkte in seinen Schilderungen übergriffig und den Kontakt sexualisierend. Gleichzeitig fühlte er sich von ihr schnell im Stich gelassen. Die Plastikhandschuhe und die Aussage, dass er ein anstrengendes Baby gewesen sei, waren für ihn Ausdruck von Ablehnung ihm gegenüber. Kontrastierend zu dem als einengend erlebten Verhalten seiner Mutter schilderte der Patient die Vernachlässigung, die er als Kind bei Unfällen und den Pseudo-Krupp-Anfällen erlebte. Die Eltern hätten gleichgültig reagiert und seine Not bagatellisiert. Seine strukturelle Störung wurde im Laufe der Behandlung auf dem Hintergrund einer frühkindlichen Vulnerabilität verstehbarer. Fühlte er sich tagsüber sicher, so erlebte er nachts Panikattacken und Ängste, denen er mit Essattacken begegnete. Tag und Nacht waren in seinem Bewusstsein wie gespalten.

In der Übertragung fiel eine Getriebenheit mir gegenüber auf. Er konnte es kaum aushalten, mir sofort seine Träume, Einfälle und Erinnerungen mitzuteilen. Heute verstehe ich, dass er sich durch Deutungen und Interventionen wie ein Kleinkind gefüttert fühlte. Es kam mir in der Gegenübertragung so vor, als ob er mich bzw. meine analytische, verstehende Funktion einverleibte. Während die negative Übertragung in Form der nächtlichen Essattacken agiert wurde, die nach Beobachtung des Patienten besonders gehäuft in den Nächten vor der Therapie auftraten. Fraglich ist, inwieweit auch sexuelle Impulse und Fantasien mir gegenüber eine Rolle spielten. Er wurde von Albträumen gequält, in denen er verfolgt und vernichtet wurde. Das Ausmaß seines Aggressionspotentials ängstigte und bedrohte ihn. Wir verstanden den Abwehrcharakter der nächtlichen Essattacken. Das Bearbeiten dieser Thematik führte zu einer beginnenden Linderung seiner Symptome, die es dann auch ermöglichte, dass die Behandlung auf Wunsch des Patienten im Liegen stattfinden konnte.

Die Bearbeitung seiner sexuellen Identitätsstörung war für ihn im Liegen leichter. Die Reaktion der Eltern auf die vermutlich altersbedingten homosexuellen Fantasien in der Pubertät und Adoleszenz führte zu einer Pathologisierung seiner Triebwünsche. In übergriffiger und missbräuchlicher Weise ließen sich die Eltern von ihm seine sexuellen Fantasien erzählen. Er erinnerte sich, dass in der Familie über seine homosexuellen Neigungen in abwertender, aber gleichzeitig auch in distanzloser und beschämender Art und Weise gesprochen wurde. Diese massive Einmischung führte dazu, dass Herr D. keine von den Eltern unabhängige sexuelle Entwicklung hatte. Ich erlebte ihn in seiner homosexuellen Orientierung sehr unsicher und hatte den Eindruck, dass seine Homosexualität ein verzweifelter Abgrenzungsversuch gegenüber dem als invasiv erlebten (mütterlichen) Objekt darstellte. Für mich war das Ansprechen sexueller Themen handlungstechnisch schwierig. Er berichtete, dass der erste Analytiker ihn „*immer wieder ermahnt hätte*“, er solle über seine Sexualität sprechen. Es schien in der analytischen Behandlung im Erleben von Herrn D. zu einer Retraumatisierung gekommen zu sein. Denn ähnlich wie von den Eltern fühlte er sich auch von seinem Therapeuten verfolgt. Auch ich kam durch das Sprechen über seine Fantasien und Fetische in die Rolle der übergriffigen Mutter. Entgegen der Grundregel erlebte ich Gefühle in mir, vieles nicht hören zu wollen und war peinlich berührt, bis wir verstanden, dass sich in der Analyse die Szene mit den Eltern wiederholte. Es erschien wichtig, dass das Thema der Sexualität nicht vertieft wurde, damit Herr D. in der Lage war, angesichts seiner brüchigen Ich-Grenzen überhaupt eine eigene sexuelle Identität zu entwickeln. Verstehen und Deutungen griffen letztendlich seine Kohäsion an. Die damit verbundene negative therapeutische Regression und Reaktion konnte z.T. bearbeitet werden, aber es schien wichtig, Herrn D. nicht zu pathologisieren, sondern ihn zur genitalen Sexualität zu ermutigen, ohne mir davon zu berichten zu müssen.

Herr D. konnte im Verlauf der Behandlung erstmalig freiere sexuelle Kontakte leben und ging auch für mehrere Monate eine Beziehung zu einem Mann ein. Die Trennung von seinem Freund, der eine Beziehung zu einer jungen Frau einging, gestaltete sich unspektakulär und unproblematisch. Die Thematik seiner Homosexualität und Beziehungsschwierigkeiten blieben bis zum Ende der Behandlung problematisch und konfliktbesetzt. Der Patient wurde im Umgang mit seinen Eltern distanzierter und souveräner. Entsprechend dieser Entwicklung kam es auch zu Entidealisierung von infantilen Bindungen.

Das Akzeptieren von Trennungen und Verlusten waren ein weiteres wichtiges Thema in der Behandlung. Hatten die Gedanken an Tod und Sterben früher Panik ausgelöst, begann Herr D. diese Realität mehr zu akzeptieren und in sein Leben zu integrieren. Ich möchte nun den An-

teil der sexuellen Identitätsproblematik des Patienten hinsichtlich des Geschwistereinflusses reflektieren.

Überlegungen zur Geschwisterdynamik

Herr D. erinnerte bei der Geburt der Schwester, wie traurig er war, dass die Mutter da fort war. Zudem wurde ihm die Schuld daran gegeben, dass es bei der Geburt des Geschwisters Komplikationen gab. Weil er nicht brav gewesen wäre, hätte die Mutter sich aufgeregt, die Wehen hätten frühzeitig eingesetzt und die Geburt war dramatisch verlaufen. Er hätte es „Scheiße“ gefunden, dass er ein Geschwisterkind bekam, wenn, dann hätte er sich wenigstens einen Bruder gewünscht. Er erinnerte ein deutliches Erleben von Entthronung (vgl. Kap. 3.3.2) und hätte die Schwester am liebsten „weggetan“.

Kastrationsängste als Folge von Entthronung

Ich vermute, dass vor dem Hintergrund der frühen Störung und der als übergriffig erlebten Mutter die unsichere männliche Geschlechtsrollenidentifizierung durch die Erfahrung der Entthronung verstärkt wurde (vgl. Kap. 3.6.7). Die Geburt der Schwester und die Zuschreibung von Schuld (er hätte bei der Mutter vorzeitige Wehen ausgelöst!) erfolgten auf dem Höhepunkt seines ödipalen Konfliktes im Alter von sechs Jahren. Diese Erfahrung könnte kastrierend gewirkt haben (vgl. Mertens 1994a). Der Vater schien kein hilfreiches Objekt für den Patienten gewesen zu sein.

Der Patient bekam zwar viel Verantwortung für die kleine Schwester, aber es wurde immer vermittelt, sein Umgang mit ihr wäre falsch oder nicht gut genug. Die Mutter hatte anscheinend Schwierigkeiten, eine Triangulierung zwischen ihr und den Geschwistern zuzulassen bzw. herzustellen. Erschwerend kam hinzu, dass der Patient als Kind und Jugendlicher in der beengten elterlichen Wohnung auf dem Flur schlief, während die Schwester ein eigenes Zimmer hatte. Er hätte sich nie abgrenzen können und das Gefühl, keinen eigenen psychischen Raum in der Familie gehabt zu haben. Sein Erleben von Neid, Ungerechtigkeit und Benachteiligung wurde vor allem dadurch verstärkt, als dass er den aggressiven Ausbrüchen des Vaters ausgesetzt war, während die sechs Jahre jüngere Schwester nie geschlagen worden sei. Noch heute hatte er das Gefühl, dass seine „angepasste und langweilige“ Schwester von den Eltern mehr geliebt und bevorzugt wurde.

Herr D. hatte keine von den Eltern abgegrenzte positive Beziehung zur Schwester entwickelt. Erschwerend kam hinzu, dass die Mutter sich, wenn sie die Kinder allein ließ, mit der Ermah-

nung verabschiedete: „*Denk daran, dass du deiner Schwester nichts machst!*“ Den Patienten hätte diese Aussage verwirrt, er hätte gar nicht gewusst, was die Mutter damit gemeint hätte. Herr D. konnte sich an keine sexuellen Handlungen mit der Schwester oder an aggressive Übergriffe an sie erinnern. Die Geschwisterbeziehung wurde von den Eltern sexualisiert. Inwieweit die traumatische Erfahrung des Geschwisterverlustes der Mutter hier hineinspielte, ist fraglich (Hirsch 1999b).

Er konnte aufgrund der elterlichen Projektionen von Beginn an keine positiv besetzte Beziehung zu ihrem Körper entwickeln. Seine Versuche, sich ihr zu nähern, wurden angstvoll betrachtet und kommentiert, es nicht richtig zu machen, später sogar „*ihr was tun zu können.*“ Ödipale Strebungen ihr gegenüber waren ihm dadurch verwehrt und führten eventuell zu einer weiteren Manifestation seiner homosexuellen Orientierung (vgl. Sharpe & Rosenblatt 1994). Die Entwertung, die er in seinem Bemühen um sie erfuhr, wehrte er später mit Verachtung des Weiblichen ab, was auf persistierende Kastrationsangst deutete (vgl. Kap. 3.6.5). Entwicklungsfördernde Identifikationen und Desidentifikationen waren in dieser Beziehung nicht möglich (vgl. Wellendorf 1995).

Eine Veränderung der Qualität seiner Geschwisterbeziehung war erst zum Ende der Behandlung möglich, als die Schwester mit Zwillingen schwanger wurde. Herr D. begann sich, entgegen seiner Annahme, auf die Kinder zu freuen. Umso schmerzlicher war für ihn die Totgeburt beider im sechsten Schwangerschaftsmonat. Diese traumatisierende Erfahrung führte zu einem anderen Kontakt zwischen Herrn D. und seiner Schwester. Durch seine therapeutischen Erfahrungen und kirchliches Engagement konnte er ihr helfen, den Verlust zu integrieren. Beide lernten sich von einer neuen, von den Eltern unabhängigen Seite kennen. Da die Zwillinge ein Mädchen und ein Junge waren, schienen sich die Geschwister jetzt anders wahrzunehmen und begegnen zu können. Denn während der Bearbeitung dieses Verlustes wurde verstehbar, dass sich Herr D. und wohl auch die Schwester unbewusst mit ihnen identifizierten. Es schien, als ob sie in diesen Zwillingen eine Geschwisterebene fanden, die sie selbst nie hatten, was sie in dem Verlust der Kinder identifikatorisch betrauernten. Die positive Beziehung zwischen dem Patienten und seiner Schwester blieb bis zum Ende der Behandlung bestehen, was auch dadurch unterstützt wurde, dass die Schwester selbst eine Therapie begann und sich stärker von den Eltern ablöste. Die Beobachtungen der Lifespan- Forschung, dass sich Geschwister im Erwachsenenalter wieder stärker annähern und die Bindungen positiver werden, kann hier bestätigt werden (Kap. 3.10, Cicerelli 1995).

In dieser Geschwisterbeziehung wurde der Beitrag der Eltern in Bezug auf die von ihnen initiierte Spaltung deutlich (vgl. Kap. 4.2.1, Agger 1988). Die Eltern pathologisierten die Beziehung zwischen ihnen. Die Repräsentanz der Schwester war für den Patienten mit einer Bedrohung seiner männlichen Geschlechtsidentität verbunden. In dieser Fallvignette einer Bruder-Schwester-Beziehung lassen sich die Themen Entthronung, Neid, Rivalität bei gleichzeitiger Distanz sowie Konflikte in der Geschlechtsrollenidentität festhalten.

Nach der Darstellung von drei Einzelfällen einer Erstgeborenen Geschwisterposition möchte ich nun psychodynamische Aspekte von zweitgeborenen und jüngsten Geschwistern aufzeigen.

6.2.5 Jüngste von zwei Schwestern, Frau E.: „Nur wenn es meiner Schwester gut geht, habe ich das Gefühl, darf ich leben!“

Es handelt sich um eine Fallbeschreibung²¹ einer zu Behandlungsbeginn 27-jährigen Patientin. Sie war vier Jahre in analytischer Behandlung mit einem Umfang von 320 Stunden. Die Behandlung fand im Liegen, überwiegend dreistündig statt.

Erster Eindruck und Anfangssymptomatik

Frau E. kam wegen Depressionen, Kontaktängsten und Arbeitsstörungen in Behandlung. Vor Analysebeginn hatte sie vier Jahre zuvor ein Germanistikstudium und später mehrere Ausbildungen abgebrochen. Im Erstgespräch berichtete sie weinend, dass sie nun schon wieder eine gerade begonnene Lehre als Hotelfachkraft abgebrochen hatte. Sie schaffte es aufgrund von Panikattacken kaum noch, das Haus zu verlassen. Sie bekam Anfälle von Übelkeit und litt unter für sie unerträglichen Schuldgefühlen.

Sie verfügte über meist oberflächliche Kontakte im Medienmilieu, wo nie über Persönliches oder über Gefühle gesprochen würde, so dass sie dort, wie sie angab, „eine Rolle spielte“. Hin und wieder hatte sie Freundschaften, die sich aber nach kurzer Zeit höchst kompliziert entwickelten. In ihrem Erleben ordnete sie sich unter, hatte in Kontakt mit anderen schnell Ängste und brach die Beziehungen ab, ohne sich auseinander zu setzen. Ich konnte ihr angesichts ihrer freundlichen Art und lockeren äußeren Erscheinung kaum glauben, dass sie noch nie eine Partnerschaft und sexuelle Erfahrungen hatte. Im Erstgespräch gab sie an, ein „*Mamkind*“ zu sein. Ihrer Mutter erzählte sie alles und sie hielt es auch nicht gut aus, wenn sie

²¹ Dieser Fallbericht wurde 2007 in veränderter Fassung veröffentlicht (Adam-Lauterbach 2007).

verreise oder sie seltener Kontakt miteinander haben hätten. Die Wochenenden verbrachten sie häufig gemeinsam.

Trotz ihres Leidensdrucks und ihrer depressiven Gestimmtheit wirkte sie lebendig, z.T. humor- und Fantasievoll. Es vermittelte sich ihre Fähigkeit, eine Fassade aufzubauen, wobei sie sich mir gegenüber freundlich, zugewandt und leicht unterwürfig gab. Obwohl ihre Beziehungs- und Bindungsstörungen so offensichtlich waren, hatte ich wenig Zweifel, dass die Patientin sich auf eine analytische Langzeitbehandlung einlassen würde. Die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ließ diese Indikation als angemessen und gerechtfertigt erscheinen.

Biographische Anamnese

Die Mutter der Patientin, eine Grund- und Hauptschullehrerin, war bei ihrer Geburt 32 Jahre alt. Der Großvater der Patientin war Kapitän und wäre sehr autoritär gewesen. Zu ihrem Vater hatte die Patientin keinen Kontakt. Er hätte beim Zoll gearbeitet. Die Mutter hätte sich schon vor der Schwangerschaft mit der Patientin von ihm trennen wollen, da er Alkoholiker war und sie geschlagen hätte. Die Mutter hätte ihn immer von den Kindern ferngehalten. Nach Angaben der Mutter hätte sich Frau E. schon als Baby von ihm abgewendet, später sogar oft geschrien, wenn der Vater in der Nähe war. Frau E. hatte noch eine drei Jahre ältere Schwester, die in einer Behörde arbeitete. Sie war kinderlos und hatte seit ihrem 15. Lebensjahr einen zehn Jahre älteren Freund, mit dem sie zusammenlebte. Die Patientin lehnte ihn ab.

Von ihrer frühkindlichen Entwicklung wusste Frau E. wenig. Sie sei sechs Wochen gestillt worden. Die Mutter wäre acht Wochen nach der Geburt wieder als Lehrerin arbeiten gegangen. Als auffallend problematisch erinnerte die Patientin die Kindergartenzeit. Sie hätte ständig geweint und sich nicht von der Mutter trennen können, nur die Schwester hätte sie beruhigen können. Die Mutter trennte sich erst vom Vater, als die Erzieherinnen sie auf das auffallend ängstliche Verhalten der Patientin aufmerksam gemacht hätten. Frau E. war damals fünf Jahre alt. Die Mutter zog mit den Töchtern zu ihrem Freund. Aus dieser Übergangsregelung wurde ein Dauerzustand und das Erleben der Patientin in dem Haus des Stiefvaters war, „*nur geduldet zu sein*“. Er war Polizist. An den Wochenenden hätte er getrunken und die Familie tyrannisiert. Oft drohte er, das Haus anzuzünden. Sadistische und sexuelle Übergriffe waren an der Tagesordnung. Er sexualisierte den Kontakt mit der Mutter vor den Töchtern, ließ Pornohefte und Sexfilme offen liegen, machte ständig anzügliche Bemerkungen und Berührungen gegenüber der Mutter. Frau E. wäre nachts oft an das Bett der Mutter gegangen und hätte

sie beobachtet, und nie gewollt, dass der Freund die Mutter berührte. Sie und die Schwester hätten eng zusammen gehalten, fühlten sich aber beide von der Mutter im Stich gelassen und ungeschützt. Noch heute würde sich die Mutter über ihn beklagen, sich aber nicht von ihm trennen. Zu einem manifesten Missbrauch mit den Töchtern wäre es nicht gekommen, aber Frau E. meinte, obwohl sie zu Beginn der Therapie noch nie sexuellen Kontakt gehabt hätte, zu wissen „*wie Sexualität rieche*“. Sie bekam bei dem Thema einen Ekel und versuchte dies aus ihrem Leben zu verdrängen und zu verleugnen. Auf Nachfrage berichtete sie nie zu onanieren oder sexuelle Fantasien zu haben.

Die Patientin berichtete, dass sie sich als Kind häufig in Tagträume geflüchtet habe. Oft war sie von der Realität enttäuscht. Im Alter von 12 Jahren bekam sie ihre Menstruation, was „*schrecklich gewesen sei*“. Sie wäre aus Scham nicht zu ihrer Mutter gegangen, sondern hätte es ihrer Schwester erzählt. Frau E. weigerte sich anzuerkennen, dass sie ihre Periode hatte und trug zwei Jahre lang keine Binden oder Tampons.

Auf dem Gymnasium zeigte die Patientin trotz der familialen Belastungen gute Leistungen, vor dem Abitur bekam sie aber eine depressive Krise und absolvierte dieses unter großen psychischen Schwierigkeiten. Sie ging in dieser Zeit „*heimlich*“ zu einer Beratungsstelle, was ihr kurzfristig geholfen hätte. Da ihr dort empfohlen wurde den Kontakt zum Freund der Mutter abubrechen, brach sie aus Loyalität der Mutter gegenüber die Behandlung ab.

Bis zum Auszug der Mutter aus dem Haus des Stiefvaters, als die Patientin knapp 18 Jahre alt, war Frau E. übergewichtig und wog 25 Kilo mehr als zu Therapiebeginn. Die Mutter hätte sich aber letztendlich immer nur für kurze Zeit von dem Freund getrennt. Als die Patientin als 24-Jährige eine eigene Wohnung bezog, reagierte die Mutter mit Depressionen und Rückenproblemen.

Frau E. hatte zu Therapiebeginn den Eindruck, dass alle Versuche, sich zu verselbständigen und eine Lebensgrundlage zu entwickeln, gescheitert seien.

Behandlungsverlauf

Zunächst stand vor allem die Beziehung von Frau E. zu ihrer Mutter im Vordergrund. Die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Tochter war durch Enge und Ambivalenz gekennzeichnet. Es wurde deutlich, dass das Scheitern im Studium und das Fehlen einer Partnerbeziehung den von der Patientin fantasierten Wünschen der Mutter nach der „*ewigen Tochter*“ entsprachen. Im Zuge dieser Auseinandersetzung wurde der Patientin deutlich, dass sie sich in ihrem Leben wie ein Besitz der Mutter fühlte. Es wurde verstehbar, dass die frühe

Trennung von der Mutter sechs Wochen nach ihrer Geburt und die mangelnde Triangulierung durch den Vater zu einer Bindungsstörung und tiefen Störung in der Autonomieentwicklung geführt hatten, die sich in den auffallenden Trennungsreaktionen im Kindergarten und der immer noch engen, symbiotischen Bindung an die Mutter widerspiegelten.

Frau E. entwickelte bald eine positive, idealisierende Übertragung auf mich, die sie entsprechend dieser Dynamik in Loyalitäts- und Schuldgefühle der Mutter gegenüber brachte, von der sie sich auf dem Hintergrund der therapeutischen Beziehung stärker abzugrenzen versuchte. Die altruistische Haltung und die symbiotische Bindung an die Mutter dienten gleichzeitig der Abwehr der unbewussten Aggression ihr gegenüber.

Als wir in der Behandlung auf das übergriffige, sexualisierte Verhalten des Stiefvaters zu sprechen kamen, wurde die unbewusste Identifizierung mit der verleugnenden Mutterrepräsentanz deutlich. Frau E. war der Zusammenhang der negativen Erfahrungen und ihrer Sexualabwehr nicht erkennbar. Ihre aufgenommene Arbeit bei einem privaten Fernsehsender entpuppte sich nun als Akquise für eine Sexualtalkshow, was psychodynamisch eine Nähe zum Stiefvater und eine Reinszenierung der erfahrenen Sexualisierung bedeutete.

Die in der Familie auch durch Gewalt und Bedrohung erlebte kumulative Traumatisierung hatte zur Stagnation der adoleszenten Entwicklung geführt, was sich in der Weigerung von Frau E. zeigte, die Realität ihrer Menstruation in der Pubertät anzuerkennen. Das Besetzen eines außerfamilialen Liebesobjektes war ihr nicht möglich (vgl. Kap. 3.6.8).

Als der Stiefvater von mir als Therapeutin ein Foto haben wollte, was mir das Ausmaß seiner Übergriffigkeit zeigte, brach Frau E. den Kontakt zu ihm ab. Dieser Kontaktabbruch war eine Übertragung ihrer Loyalität und infantilen Sorge der Mutter gegenüber, die sie schon als Kind zu beschützen versuchte. Das Thema Sexualität war schwer zu eruieren, da die Patientin bei dem Thema Ekelgefühle bekam, deren Deutung dahinter liegender unbewusster Motive zu diesem Zeitpunkt kontraindiziert gewesen wäre. Vielmehr ging es zunächst darum, zu verstehen, dass die Trennung vom Vater und die Beziehung zum Stiefvater zu einer problematischen und aggressiv aufgeladenen Repräsentanz eines väterlichen bzw. männlichen Objektes geführt hatten.

Die Patientin verstand, dass sie ihr Studium und die begonnenen Ausbildungen auch aufgrund von unbewussten Aggressionen gegenüber Autoritätspersonen abgebrochen hatte. Dabei spielten unbewusste Ängste vor sexuellen Übergriffen eine wesentliche Rolle. Bei der Bear-

beitung dieser Thematik wurden ihr erstmalig masochistische sexuelle Fantasien bewusst, die der Vermeidung dieser Situationen bislang unbewusst zugrunde lagen.

Das Zulassen ihrer Fantasien und die Erzählungen ihrer Tagträume führten zu einem Verstehen ihrer Arbeitsstörungen. Mit Schamgefühlen berichtete sie von ihrem Berufswunsch als Schriftstellerin, spürte jedoch eine Schreibhemmung wie „*ein Ventil, das sich nicht öffnet.*“ Sie fand Zugang zu narzisstischen Größenfantasien und sah sich z.B. als gefeierte Schriftstellerin. Allmählich konnte sie sich mit ihrer beruflichen Entwicklung beschäftigen und betrauerte die Grenzen ihrer realen Möglichkeiten.

Frau E. ging erstmalig eine Beziehung zu einem Mann ein, mit dem sie ihre ersten sexuellen Erfahrungen machte. Die offensichtlich sozialen und psychischen Schwierigkeiten des Mannes bestätigten ihr negatives Männerbild. Sie fühlte sich von ihm schon zu Beginn der Beziehung ausgenutzt, ließ ihn aber zu meinem Erschrecken schon nach kurzer Zeit bei sich einziehen. Ich erlebte in meiner Gegenübertragung Angst und Sorge ihr gegenüber, da sie sich als „*Opfer der ausbeutenden Männer*“ inszenierte, ohne ihren eigenen Anteil wahrzunehmen. Frau E. erlebte diese Beziehung, als ob sie, vermutlich in der Identifikation mit der Schwester, mit diesem Mann für immer zusammenbleiben müsse. Sie wurde bald nach Beginn der Beziehung schwanger.

Wir verstanden, dass sie bislang kein Selbstverständnis als Frau entwickeln konnte, und sie sich auch nicht vorstellen konnte, wie eine „*richtige Frau*“ schwanger werden zu können. Sie entschied sich, das Kind nicht bekommen zu wollen und bezog weder mich noch ihren Freund in diese Entscheidung ein. Nach dem Abbruch hatte sie in der Folgezeit ständig Blasenentzündungen und Entzündungen im Genitalbereich, die als Ausdruck und Somatisierung ihrer Sexualabwehr verstanden werden konnten: „*Sexualität ist wie eine Last, ich will Samen weder sehen, riechen, noch spüren.*“ Der Schwangerschaftsabbruch wurde von ihr wie eine Selbstbestrafung erlebt und inszeniert. Der Freund der Patientin hatte einen vierjährigen Sohn, zu dem er regelmäßigen Kontakt hatte und von dem Frau E. nichts wissen wollte. Sie war zutiefst unglücklich in dieser Beziehung, konnte sich aber lange Zeit nicht trennen.

Neben dieser Problematik nahm die Wiederaufnahme eines Studiums einen breiten Raum in der Therapie ein. Sie studierte nach vielen Bewerbungen Kultur- und Eventmanagement. Der strukturierte Rahmen eines Bachelor Studienganges kam der Patientin sehr entgegen. Im Studium war sie sehr motiviert, musste aber immer wieder gegen innere Widerstände und Ängste

ankämpfen. Bei dem Präsentieren ihrer Arbeiten erlebte sie massive Schamgefühle und stand unter dem lähmenden Druck, alles richtig und perfekt machen zu wollen.

Sie trennte sich von ihrem Freund, der sich immer stärker als Alkoholiker entpuppte und massive psychische Probleme hatte. Es kam zu dramatischen Szenen, die mir Sorgen machten und die aber durch ihren Charakter einer offenkundigen Reinszenierung halfen, die in Kindheit und Jugend erlittenen Traumata aktiv zu bewältigen. Es wurde ihr deutlich, dass sie mit dieser sie unbefriedigenden Beziehung das Leben ihrer Mutter wiederholte, die sich selbst nicht zu trennen vermochte. Die Patientin erlebte während dieser Auseinandersetzung erstmals aggressive Gefühle gegenüber ihrer Mutter und begann sich aus ihrer gefügigen angepassten Position zu lösen. Sie distanzierte sich nicht nur von ihrer Mutter, sondern erlebte auch eine Veränderung in der bislang idealisierten Beziehung zu ihrer Schwester. Da sich die Patientin von ihrer Familie ablöste, wurde die Leerstelle bezüglich außerfamiliärer Kontakte besonders deutlich. Frau E. erlebte erneut starke depressive Verstimmungen.

Die Patientin wurde sich ihrer eigenen Ablehnung anderen Menschen gegenüber bewusst. Sie erkannte ihre Angst vor Ablehnung und Entwertung als Projektionen. Mir gegenüber entwickelte sie nach der Idealisierung eine stärkere Selbstobjektübertragung im Sinne einer Spiegelübertragung, die sie aufgrund ihres fragilen narzisstischen Gleichgewichts brauchte. So zeigte sie trotz der langen Behandlungsdauer wenig Interesse an meiner Person. Die Vorstellung, ich hätte einen Mann und Kinder, schob sie von sich weg. Ich fühlte mich oft nicht präsent, reagierte in meiner Gegenübertragung mit Müdigkeit als Ausdruck des mangelnden Kontaktes zu ihr (Zwiebel 1997). Als ich ihr sagte, dass sich ihr mangelndes Interesse an anderen Menschen auch zwischen uns abbilde, problematisierte die Patientin, dass ich innerlich an die Stelle der Mutter gerückt sei und sie Wünsche spürte, mich allein zu haben und sich nie trennen zu wollen. Es wurde ihr in der Übertragungsbeziehung zu mir deutlich, dass sie immer auf der Suche nach einem Objekt war, das sie idealisieren konnte. Ihre Wünsche nach Idealisierung und ihre überhöhten Ansprüche an andere kamen in die Bearbeitung. Wandte sie sich früher enttäuscht ab, wenn andere nicht ihrem Ideal entsprachen, wagte sie in den sich durch das Studium aufbauenden Freundschaften erstmalig Konfrontation und Auseinandersetzung.

Der Kontakt zu anderen Menschen und der Versuch, Freundschaften aufzubauen, standen nun im Zentrum der Behandlung. Ihre Enttäuschung und ihre Kränkbarkeit auch mir gegenüber wurden von ihr kritisch reflektiert. Sie erlebte sich als übersensibel und begriff ihre früheren

Aggressionen anderen Menschen gegenüber als Folge ihrer Enttäuschung und ihres negativen Selbstwertgefühls.

Psychodynamische Überlegungen in Bezug auf ihre Geschwisterposition

Im dritten Behandlungsjahr kam es zu einer starken depressiven Krise mit suizidalen Tendenzen. Die Erfahrung, im Studium Erfolg zu haben und die Vorstellung eine eigene Familie zu haben, lösten bei der Patientin massive Schuldgefühle nicht nur der Mutter, sondern auch der Schwester gegenüber aus. Die Schwester der Patientin heiratete in dieser Zeit und litt unter unerfülltem Kinderwunsch, was bei der Patientin Konflikte aus der Geschwisterbeziehung virulent werden ließ.

Die Beziehung zur Schwester als Übergangsobjektbeziehung

Die Beziehung zur Schwester wurde von der Patientin häufig thematisiert. Die Bearbeitung ihrer Dynamik verlief während der Therapie parallel zu der Auseinandersetzung mit der Mutter. Ähnlich wie es Bank & Khan (1994) beschrieben haben, hatte die Schwester aufgrund der defizitär erlebten Beziehung zu den Elternobjekten eine kompensatorische Bedeutung und wurde eine wichtige Bindungsfigur für die Patientin (vgl. Kap. 3.5). Sie konnte vermutlich aufgrund der frühen Trennung von der Mutter und unsicherer Bindungsmuster keine Objektkonstanz entwickeln. Die Beziehung zur drei Jahre älteren Schwester hatte vermutlich den Charakter einer Übergangsobjektbeziehung für die Patientin (vgl. Leichtmann 1995). Nur die Schwester war in der Lage, die Patientin in ihrer Trennungsangst im Kindergarten zu trösten. Die Schwester fungierte vermutlich als Brückenobjekt, zumal der leibliche Vater für die frühe Triangulierung auch nicht zur Verfügung stand (vgl. Kap. 3.4).

Frau E. meinte, dass sie aufgrund ihrer Abhängigkeit immer alles gemacht hätte, was die Schwester gewollt hätte. Eigene Bedürfnisse hätte sie zurückgesteckt. Gleichzeitig litt sie darunter, dass die Schwester ihr immer überlegen gewesen sei. Während Frau E. vor allem Angst gehabt hätte, galt die Schwester als die Mutige, Sportliche und Starke in der Familie. Hatte sie Aggressionen ihr gegenüber immer verneint, so erinnerte sie sich im Laufe der Behandlung, dass sie als kleines Kind die Schwester blutig gebissen hätte. Dieses aggressive Verhalten spiegelt meines Erachtens die Übergangsobjektfunktion wider, die die ältere Schwester für die jüngere innehatte (vgl. Kap. 3.4.2). Es handelte sich darüber hinaus wahrscheinlich auch um eine Verschiebung der Aggression von der Eltern- auf die Geschwisterobjektebene (vgl. Kap.3.4), denn die Patientin meinte, dass in der Beziehung zur Mutter und zu dem als bedrohlich erlebten Stiefvater Aggression und Wut undenkbar gewesen seien.

Auswirkungen des Twinnings mit der Schwester

Die ödipale Entwicklung der Patientin war durch die Trennung vom Vater und die angstbesetzte Beziehungserfahrung mit dem Stiefvater gekennzeichnet. Die Schwestern rückten noch stärker wie eine Notgemeinschaft zusammen. Für Frau E. war die Schwester ein „*Garant des Überlebens*“. Diese Abhängigkeit führte zu einer Fixierung symbiotischer Beziehungsmuster, deren lang andauernden Effekte sich darin zeigten, dass triadische Beziehungen auch im Erwachsenenalter konfliktbesetzt waren. So berichtete die Patientin, dass man sich in der Familie immer nur zu zweit gut verstehen würde. Waren die Mutter, die Schwester und die Patientin zusammen, so erlebte Frau E. Spannungen und meist Gefühle von Ausgeschlossen sein:

„Zu dritt haben wir uns noch nie verstanden. Entweder die Schwester und ich oder Mama und ich. Ich glaube, die beiden verstehen sich ohne mich auch besser.“

Hier zeichnet sich das für Geschwisterbeziehungen typische Festhalten an der Dyade ab (vgl. Kap.3.7, Bank & Khan 1994). Die damit verbundenen Aggressionen führten bei Frau E. zu Altruismus und Unterwerfung. Der Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt wurde auf die Beziehung zur Schwester verschoben. Die enge Bindung an die Schwester zeigte sich auch darin, dass die Patientin, als sie das erste Mal ihre Menstruation bekam, nicht zu ihrer Mutter gegangen ist, sondern es ihrer Schwester erzählte. Der negative ödipale Konflikt, der vermutlich auch mit libidinösen Strebungen der Schwester gegenüber einherging, blieb unbewusst bestehen und dürfte die auffallende Sexualabwehr der Patientin mit verursacht haben (vgl. Sharpe & Rosenblatt 1994).

Als die sexuellen Übergriffe und Gewalttätigkeiten des Stiefvaters im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung schlimmer wurden, hätten sie und die Schwester sich geschworen, sich später nie auf einen Mann einzulassen. So erlebte die damals 12-jährige Frau E. in der Adoleszenz nicht nur einen Objektverlust, sondern auch einen Verrat, als die Schwester mit 15 Jahren ihren 12 Jahre älteren Freund und späteren Ehemann kennenlernte. Als 17-Jährige zog die Schwester mit ihm zusammen, worunter Frau E. sehr gelitten hätte. Sie hätte sich im Stich gelassen gefühlt und würde den Freund der Schwester noch heute dafür „*hassen*“. Dieser Objektverlust in der Adoleszenz ist vermutlich in der Beratungsstelle nicht gesehen worden, da der Stiefvater für die Patientin im Fokus stand und die Trauer um den Verlust der Schwester mit dem Hass auf die Männer (Vater/Stiefvater/Freund der Schwester) abgewehrt wurde. Frau E. hielt damit unbewusst an dieser Fantasie des „*Twinning*“ (vgl. Kap. 4.2, Volkan & Ast 1997) fest und bewahrte sich so das verlorene Schwesternobjekt. Erschwerend kam hinzu, dass die Schwester es anscheinend vermochte, sie von klein auf zu schützen. Denn im

Gegensatz zu ihrer Schwester sei sie von ihrem Stiefvater nie geschlagen worden, wofür sie sich schuldig fühlte.

Als Gegenbewegung identifizierte sich die Patientin mit einer narzisstisch erhöhten Beziehungslosigkeit und Unabhängigkeit in ihrem Leben. So assoziierte sie in der Behandlung libidinös besetzte Fantasien, eine Nonne zu sein, die von Männern sexuell bedroht werden würde. Der sexuelle und masochistische Anteil dieser Fantasie war überlagert durch den narzisstischen Triumph über Mutter und Schwester, Männer nicht zu brauchen. Wir verstanden, dass sie damit unbewusst der Schwester treu und loyal gegenüber blieb und sich an ihren Kinderschwur hielt. Aus diesem Grund konnte sie auch in der Übertragung die Vorstellung, dass ich verheiratet war, nicht zulassen und erlebte dies unbewusst ebenfalls als Verrat.

Als Frau E. sich durch die in der Therapie erreichte Entwicklung einer beginnenden Objekt Konstanz und durch die damit implizit verbundene trianguläre Struktur erstmals in ihrem Leben auf eine Beziehung zu einem Mann einlassen konnte, erlebte sie aber zu ihrer eigenen Überraschung gegenüber der Schwester größere Schuldgefühle und Ängste als gegenüber der Mutter. Denn eine Beziehung zu haben wurde unbewusst mit einer nun endgültigen Trennung von der Schwester assoziiert, was früher als existenziell bedrohlich fantasiert wurde. Da sie sich in ihrer Partnerschaft ähnlich wie in der Beziehung zur Mutter und zur Schwester masochistisch unterwarf, war die Schwangerschaft bzw. der Schwangerschaftsabbruch ein Versuch, sich des schwesterlichen Introjekts zu entledigen. Schwanger zu sein, war ein sichtbares Zeichen vollzogener Sexualität, und das bedeutete Verrat und musste zerstört werden. So wie früher erlebte sie zudem das innere Verbot, die Schwester nicht „*übereunden*“ zu dürfen. Wie tabuisiert dieses Thema zwischen ihnen war, zeigte sich darin, dass über den unerfüllten Kinderwunsch der Schwester nicht kommuniziert wurde. Es wurde verstehbar, dass sie nicht nur ewige Tochter der Mutter war, sondern immer noch die kleine Schwester, was ihre Entwicklung stagnieren ließ:

„Nur wenn es meiner Schwester gut geht, habe ich das Gefühl, darf ich leben. Die Vorstellung ein Kind zu bekommen und eine Familie zu haben, ist nicht denkbar, solange meine Schwester kein Kind bekommt.“

Mit dem Verzicht auf die eigene Entwicklung bzw. auf ein Kind wurden Rivalität und Aggressionen in der Beziehung zur Schwester abgewehrt. In dem Schwangerschaftsabbruch agierte Frau E. einen unbewussten Schwesternkonflikt. Die frühe Geschwisterdynamik wurde quasi noch einmal inszeniert. Die symbiotischen Beziehungsmuster erlaubten keine Autono-

mie und Autarkie. Die Integration der Selbst- und Objektrepräsentanzen blieb aufgrund der persistierenden Identifikation als „*Twinning*“, so dass die Ich-Entwicklung defizitär blieb und von Spaltung bedroht war.

In Anlehnung an Volkan & Ast (1997) dekompenzierte die Abwehrstruktur in der Adoleszenz. Es ist zu vermuten, dass diese Entwicklung für die Schwester von Frau E. ebenso belastet war. Verweigerte sich Frau E. einer Partnerschaft, blieb die Schwester in einer Beziehung fixiert, die sie seit ihrem 15. Lebensjahr hatte. Dass ihre Kinderlosigkeit einen starken psychischen Anteil hatte, ist anzunehmen. Erst zum Ende der Behandlung konnten Unterschiede zwischen den Schwestern toleriert und integriert werden, was durch die Arbeit in der Übertragung-Gegenübertragung unterstützt wurde.

Die Schwesterübertragung in der analytischen Beziehung

Trotz des guten Voranschreitens der Behandlung und ihrer scheinbar eindeutigen mütterlichen Übertragung auf mich fühlte ich mich in dieser Behandlung oft nicht klar positioniert. Ich war irritiert und hatte häufig den Eindruck, dass ich etwas Wesentliches noch nicht verstanden hatte, denn die Patientin erlebte immer wieder depressive Einbrüche und narzisstische Krisen. Die mütterliche Übertragung war auffallend leicht bearbeitbar. Es kam im gemeinsamen Verstehen zu einer Solidarität zwischen uns, die im Nachhinein betrachtet ein Ausdruck der mit der mütterlichen Übertragung verschränkten Schwesternübertragung war.

Trotz dieser Loslösung vom mütterlichen Objekt entwickelte die Patientin jedoch einen intensiven Neid und eine Abhängigkeit mir gegenüber, die ich zunächst nicht verstand. Einerseits war sie mir gegenüber dankbar, andererseits begann sie eine Destruktivität gegenüber der Therapie zu entwickeln, da sie das Zulassen von Abhängigkeit mir gegenüber als bedrohlich erlebte, was zu fragilen Zuständen führte.

Bei der Bearbeitung des Abhängigkeits-Autonomie-Konfliktes ging es eben nicht nur um die Abhängigkeit vom Primärobjekt, sondern auch um das frühere Erleben, ohne die Schwester die traumatischen familialen Erfahrungen nicht überstehen zu können. Je stärker sie sich von der Mutter löste, desto mehr erlebte sie ihre Abhängigkeit von mir, da ich in der Übertragung an die Stelle der Schwester gerückt war, die ihr half, sich aus der pathologischen Mutterbindung zu lösen.

Die Gegenübertragung von solidarischem Einverständnis, die ich nicht als Mutter- oder Vaterübertragung identifizieren konnte, wird auf diesem Hintergrund meiner Brückenfunktion

verständlicher. Für die Patientin war sie bedrohlich, denn sie barg die Gefahr des „*Twinning*“ für sie und musste bekämpft werden.

Erst als diese Muster in der therapeutischen Beziehung erlebt werden konnten, wurden die familialen Beziehungen erwachsener und befreiter. Die gegenseitigen Projektionen von Gebrauchtwerden und Verpflichtung lösten sich weitgehend auf. Durch die größere Freiheit, die Frau E. in der Beziehung zur Mutter und zur Schwester entwickelte, konnte sie sich zunehmend mehr auf andere Menschen beziehen und sich auch von mir verabschieden.

Mir ist wichtig, herauszustellen, dass das erlebte Defizit in der Beziehung zu den Primärobjekten die enge, pathologische Beziehung zur Schwester verursachte hatte, die im Erwachsenenalter ihre nachhaltige, pathologische Dynamik entfaltete.

In Bezug auf die Geschwisterposition von Frau E. war die mangelnde Ablösung von der Schwester entscheidend. Die Schwester war eine Bindungsfigur und hatte die Funktion einer Übergangs-Objektbeziehung. Entwicklungsverzicht, „*Twinning*“, Kontakt- und Beziehungsstörungen setzten sich im Erwachsenenalter fort und können als Themen für diese hier beschriebene Geschwisterbeziehung geltend gemacht werden.

6.2.6 Jüngster von drei Brüdern, Herr F.: „Für mich war es der Joker, dass ich der Kleine war!“

Es geht nun um die Beschreibung einer Behandlung eines zu Behandlungsbeginn 48 Jahre alten Mannes. Es handelte es sich um eine analytische Psychotherapie, die in einem Zeitraum von fünf Jahren insgesamt 240 Stunden umfasste und in der Regel zweistündig im Liegen stattfand. Die lange Dauer der Behandlung erklärt sich daraus, da es aufgrund von künstlerischen Engagements von Herrn F. oft zu längeren Unterbrechungen in der Behandlung kam.

Erster Eindruck und Anfangssymptomatik

Herr F. wollte wegen Depressionen und Versagensängsten eine analytische Psychotherapie machen. Er hatte versucht, sich mit Hilfe psychologischer Ratgeber selbst zu therapieren, was ihm aber dauerhaft nicht geholfen hätte. Er hatte Angst vor drohender Arbeitslosigkeit, da er beim Vorsprechen als Entertainer auf Kreuzfahrtschiffen immer häufiger versagte und völlig verunsichert war. Herr F. beklagte sich darüber hinaus, dass er vieles, was er erlernen wolle, oft nicht durchhalte. Er hätte wegen seiner einfachen Herkunft Minderwertigkeitsgefühle und hatte Angst, ungebildet zu sein. Auch wenn er Anerkennung bekäme, wäre der Erfolg wenig nachhaltig. Außerdem erlebte er „*jeden Tag Achterbahnen*“, mal ging es ihm total gut, dann

fiel er ins „*absolut Bodenlose*“. Aus diesen Tiefs kam er zunehmend schlechter heraus. Er hatte Schlafstörungen und erwachte morgens mit Bauchschmerzen, für die es keine organische Erklärung gab. Er war homosexuell und trauerte einer Beziehung nach, die seit über acht Jahren beendet war. Die Partnerschaft hätte sieben Jahre gedauert und er wäre sich sicher gewesen, mit diesem Mann bis an sein Lebensende zusammen bleiben zu wollen. Die Trennung hätte ihn wie ein Schlag getroffen, von dem er sich bis heute nicht erholt hätte.

Herr F. war ein äußerst attraktiver, charmanter Mann, der mich mit seinem Humor, seinem Witz und seiner Intelligenz sehr schnell für sich einnahm. Es sollte sich zeigen, dass sein entwaffnender Charme ein Teil seiner Problematik war. Herr F. war zu Therapiebeginn seit 15 Jahren HIV-positiv. Aufgrund eines medikamentösen Behandlungsprogramms kam es bis zum Behandlungsende nicht zum Ausbruch der Immunschwäche. Ich hatte dennoch zu Beginn der Behandlung Sorge, ob in einer durch eine analytische Behandlung forcierte Regression ein Krankheitsrisiko bestand. Nach einem Gespräch mit seinem behandelnden Arzt und kollegialer Supervision schien ein zweistündiges Setting zunächst sinnvoll.

Biographische Anamnese

Herr F. wuchs in einer westdeutschen Kleinstadt in beengten Verhältnissen auf. Neben den Eltern lebten noch zwei ältere Brüder und der Großvater väterlicherseits in einer Dreizimmerwohnung.

Die Mutter des Patienten war bei seiner Geburt 33 Jahre alt. Sie verlor ihre Mutter und einen jüngeren Bruder an Tuberkulose, als sie vier Jahre alt war. Aufgrund ihres katholischen Hintergrundes musste sie 1945 in schwarzer Kleidung heiraten, da sie mit dem ersten Kind schwanger war. Sie wäre suizidal gewesen und hätte kaum etwas gegessen. Auch während der zweiten Schwangerschaft hätte sie stark abgenommen und wäre depressiv gewesen. Kontrastierend zu ihrer durch Flucht und Vertreibung zusätzlich belasteten Lebensgeschichte schilderte Herr F. seine Mutter zu Behandlungsbeginn als agil und lebensstüchtig, streng, dominant und selbstbezogen.

Der Vater des Patienten war Einzelhandelskaufmann und verstarb vor 18 Jahren an einer Herzkrankheit. Er war das jüngste Kind von fünf Kindern. Seine Mutter war bei seiner Geburt Mitte 40. Er wurde überwiegend von der Schwester großgezogen. Der Vater hätte sich der Mutter und seinem Vater untergeordnet. Er hätte kaum Durchsetzungsfähigkeit gehabt und wäre von der Mutter wegen seiner musikalischen Neigungen abgewertet worden. Über Gefüh-

le wäre in der Familie nie gesprochen worden. Durch die beengten Wohnverhältnisse herrschte ein hohes Maß an Selbstkontrolle und Disziplin. „*Streiten konnten wir uns nicht leisten!*“

Der zehn Jahre ältere Bruder war Verwaltungsangestellter. Der andere Bruder war 12 Jahre älter, Metzger von Beruf und hätte es zu einem Vermögen und hohem Ansehen in seinem Heimatort gebracht. Die Ehefrauen der Brüder sind Schwestern und so bestünde ein enges Verhältnis zwischen den Familien. Herr F. fühlte sich von den Brüdern wegen seiner sexuellen und beruflichen Orientierung nicht akzeptiert und hatte zu Behandlungsbeginn ein distanziertes Verhältnis zu ihnen.

Im Gegensatz zu den Brüdern wäre der Patient ein Wunschkind gewesen. Als die Mutter mit ihm schwanger war, wäre sie „*aufgeblüht*“. Zu dem Patienten hätte sie noch heute das engste Verhältnis, was er als „*lästig*“ erlebte. Die Eltern hätten sich gewünscht, dass er ein Mädchen gewesen wäre. Er sei gestillt und im ersten Lebensjahr sehr umsorgt worden. Trotzdem erinnerte er, als Kind viele Ängste gehabt zu haben. Die Enttäuschung der Eltern, dass er kein Junge war, wäre von ihnen verleugnet worden, indem er bis in den ersten Jahren wie ein Mädchen behandelt wurde. Als Kleinkind trug er lange Haare und auch hin und wieder Mädchenkleidung. Da er hübsch war, bekam er von Anfang an viel narzisstische Zufuhr. Von klein auf hätte er gerne vorgesungen und getanzt und damit die ganze Familie unterhalten. Mit fünf Jahren hätte er sich anders als die anderen Jungen gefühlt und meinte, schon damals von seiner Homosexualität gewusst zu haben. Er erinnerte sich schon früh in Jungen und Männer verliebt zu haben. Typische Jungenspiele hätte er kaum gespielt und wäre lieber mit Mädchen zusammen gewesen. Als der Patient in der Schule Probleme bekam, hatte er erneut, wie nach dem Krankenhausaufenthalt, das Gefühl, der Vater ließ ihn im Stich. Er galt als Legastheniker und hätte sich in der Schule nicht unterstützt gefühlt.

In der Pubertät hätte er sich wie unter einer „*Käseglocke*“ gefühlt. Mit 17 Jahren hatte er eine Beziehung zu einem Mädchen. In dieser Zeit bekam er das erste Mal Panikattacken, Zustände von Depersonalisation und hatte Sorge, „*verrückt zu werden*“. Als er erstmals eine homosexuelle Beziehung zu einem 26-jährigen Mann einging, war er 18 Jahre alt. Hier erlebte er zum ersten Mal das Gefühl, „*am Leben teilzunehmen*.“ Mit diesem Mann war er 10 Jahre zusammen. Die Familie lehnte den Patienten wegen seiner Homosexualität ab. Der Vater brach den Kontakt zu ihm für viele Jahre ab.

Herr F. hatte noch zwei längere Partnerschaften. Der Mann, von dem er seit acht Jahren getrennt war, hätte ihn mit der HIV-Infektion angesteckt. Er hatte nach ihm noch eine Bezie-

hung zu einem 17 Jahre jüngeren Mann, der sich vor zwei Jahren völlig abrupt von ihm getrennt hätte. Seit dem lebte er allein, beschäftigte sich innerlich aber zwanghaft mit den beiden Männern und fühlte sich blockiert und ängstlich, eine neue Partnerschaft einzugehen. In intimen Beziehungen erlebte er sich als klein, abhängig und bedürftig und litt darunter, sich schnell verletzt und abgelehnt zu fühlen. Die problematische Ablösung vom Elternhaus hing neben der homosexuellen Orientierung auch damit zusammen, dass der Patient eine für die Familie unübliche berufliche Entwicklung einschlug. Entgegen den Wünschen der Eltern besuchte er trotz seiner seit der Grundschulzeit bestandenen Legasthenie nach dem Hauptschulabschluss eine weiterführende Schule und absolvierte das Fachabitur. Danach studierte er Sozialpädagogik und arbeitete nach Abschluss des Studiums mit Jugendlichen. Weil es ihn auf die Bühne zog, machte er eine Ausbildung zum Moderator und wurde mit Auftritten über mehrere Jahre sehr erfolgreich. Da er meinte, sich seine Selbständigkeit und Unabhängigkeit bewahren zu wollen und eine feste Anstellung ablehnte, musste er sich immer stärker um Engagements in kleineren Städten bemühen. War ihm vorher „*der Erfolg zugeflogen*“, befand er sich nun schon seit einigen Jahren in einer Situation, in der Moderieren und Vorsprechen immer stärker Ängste auslösten und er an den „*kleinsten*“ Aufgaben scheiterte.

Behandlungsverlauf

Im ersten Behandlungsabschnitt ging es vor allem um die Bearbeitung der beruflichen Schwierigkeiten. Herr F. problematisierte seine Abhängigkeit von Anerkennung. Blieb sie aus, erlebte er quälende Zustände von Leere, Selbstzweifeln und Antriebshemmungen. Er kam in der Behandlung schnell in Kontakt mit einem großen Ausmaß an Enttäuschung und Wut gegenüber seiner Mutter. Es wurde ihm zunehmend bewusst, dass er sich immer noch nach Anerkennung und Wertschätzung von ihr sehnte. Es wurde deutlich, wie sehr er sich als Selbstobjekt benutzt fühlte. Wir verstanden, dass er bei seinen Bewerbungen unbewusst den kontrollierenden Blick der Mutter auf sich gerichtet sah, was ihn hemmte und verunsicherte. Auch seine Arbeitsstörungen brachte er mit einer introjizierten Mutterrepräsentanz in Verbindung, die ihn antrieb und ihm Vorwürfe machte, wenn er seine Sachen nicht sofort erledigte. Herr F. erlebte Unlustgefühle wie eine Schuld. Der unbewusste Widerstand dagegen hatte zu einer Lähmung seiner kreativen Fähigkeiten geführt. Aber nicht nur der Zwang, sondern auch narzisstische Größenfantasien, alles gleich sofort können zu wollen und zu müssen, um dem Ich-Ideal Genüge zu leisten, erschwerten zusätzlich Disziplin und Durchhaltevermögen. Wiederkehrende z.T. bedrohliche Träume von Wohnungen ohne Wände oder eingestürzten Häusern ließen Erinnerungen an die beengten Wohnverhältnisse wach werden. Herr F. hatte als

Kind und Jugendlicher nie ein eigenes Zimmer besessen, auch konnte er sich nicht daran erinnern, jemals als Kind allein gewesen zu sein. Diese Träume deuteten auf eine Vermischung der Selbst- und Objektrepräsentanzen hin. Abgrenzung von anderen fiel ihm schwer, was sich auch in der dyadischen Beziehung zu mir zeigte. So stellte er auch zu mir schnell eine enge Beziehung her, die aber durch eine Art Pseudonähe gekennzeichnet war. Übertragungsdeutungen stießen in den ersten beiden Behandlungsjahren auf Widerstand. Ich fühlte mich außen vor gelassen und spürte trotzdem Nähe und Bezogenheit zwischen uns. Ich führte diese Gleichzeitigkeit von Bezogenheit und Fremdheit auch auf die homosexuelle Orientierung des Patienten zurück.

Fast nebenbei berichtete er im zweiten Behandlungsjahr, dass er bis zu seinem zehnten Lebensjahr bei den Eltern im Schlafzimmer geschlafen und den sexuellen Verkehr der Eltern nachts miterlebt hätte. Dieses hätte ihn „*angeekelt*“. Als Kind musste er sich beim Mittagschlaf der Eltern zwischen sie legen. Er hätte das „*schrecklich*“ gefunden. Auf dem Hintergrund dieser Urszenenerfahrung lässt sich vermuten, dass ein im vierten Lebensjahr erlebter Krankenhausaufenthalt die in dieser Phase vorhandenen Kastrationsängste verstärkt haben dürfte. Die sich entwickelnde brüchige männliche Geschlechtsrollenidentität führte vermutlich zu einer Fixierung der gleichgeschlechtlichen ödipalen Position (vgl. Kap. 3.6.3).

Herr F. erinnerte sich bald an die kindliche Sehnsucht nach seinem Vater. Als der Patient wegen einer Blinddarmentzündung drei Wochen ins Krankenhaus musste, hätte sich der Vater von ihm abgewandt, weil er es ihm verübelt hätte, dass Herr F. weinte und Heimweh hatte. Man hätte ihn ans Bett gebunden. Als er aus dem Krankenhaus nach Hause kam, wäre die Beziehung zum Vater völlig verändert und distanziert gewesen. Herr F. fühlte sich fremd und nicht mehr zugehörig zur Familie. Ein Erleben, das die weitere Entwicklung aufgrund dieser für ihn traumatischen Trennungserfahrung maßgeblich beeinflusste.

Die von dem Patienten erlebte Distanz und Schwäche des Vaters verwies ihn wieder auf die Mutter (Tyson 1991). Im Gegensatz zu ihr unterstützte der Vater ihn in seinen musikalischen Neigungen. Die Sehnsucht nach dem Vater konnte dadurch stellvertretend befriedigt werden (vgl. Abelin 1986; Blos 1984). Herr F. wurde im Laufe der Bearbeitung dieser Erinnerungen bewusst, dass diese infantilen Fixierungen zu seinen Arbeitsstörungen und Hemmungen beigetragen hatten, denn es wurden unbewusste konfliktbesetzte Hingabewünsche und exhibionistische Fantasien deutlich. Wir verstanden den unbewussten neurotischen Konflikt, der den Versagensängsten und dem Scheitern beim Vorsingen zugrunde lag, denn das Vorsingen stell-

te sich mehr und mehr als eine Versuchungssituation dar, die die infantilen Konflikte und damit verbundenen diesbezüglichen Ängste virulent werden ließen.

Nach der Bearbeitung dieser Problematik konnte Herr F. darüber sprechen, dass er im Alter von sechs Jahren von seinem damals 18-jährigen Bruder sexuell verführt worden sei. Er hatte schon vorher sexuelle Erfahrungen u.a. mit einem älteren Cousin, die er aktiv inszeniert hätte. Meine betroffene Reaktion, in der ich den offenkundigen sexuellen Missbrauch ansprach, verwunderte Herrn F., da er seine eigene Beteiligung an dem Geschehen problematisierte. Allmählich begann er, die Schädigung seiner sexuellen Entwicklung zu zulassen und zu betrauern. Er konnte erstmals einen Zusammenhang zwischen seiner erwachsenen gehemmten sexuellen Aktivität und diesen frühen sexuellen Erfahrungen herstellen. Dabei wurde deutlich, dass er in seinen Partnerschaften sexuell sehr passiv geblieben war, was vermutlich dazu beigetragen hatte, dass sich die Partner von ihm abwandten.

Erst durch diese Offenbarung kamen unbewusste Fantasien zutage, die zeigten, dass Herr F. vor dem Hintergrund dieser sexuellen Erfahrungen die Situationen des Vorsprechens unbewusst sexualisierte. Das Bearbeiten der damit in Zusammenhang stehenden unbewussten Impulse und Fantasien führten dazu, dass der Patient Bewerbungssituationen meisterte und häufig engagiert wurde. Aufgrund seiner beruflichen Verpflichtungen kam es zu längeren Unterbrechungen der Behandlung. Trotz des beruflichen Erfolges empfand er seine Sicherheit und sein Selbstwertgefühl aber immer wieder als brüchig.

Dass Herr F. in der Lage war trotz der z.T. monatelangen Unterbrechungen die therapeutische Beziehung aufrecht zu erhalten, bringe ich mit den anscheinend frühen guten Bindungserfahrungen und seiner gut entwickelten Fähigkeit zur Objektkonstanz in Zusammenhang. Auf der Beziehungsebene hatte er zudem durch die Pausen die Möglichkeit, Nähe und Distanz zu mir regulieren zu können. Der Humor zwischen uns war wie ein verbindendes Element, aber sein Charme und sein Witz hatten oftmals Abwehrcharakter und das Ausweichen eines Beziehungsangebots inszenierte sich auch in anderen Beziehungen.

Zwei Beziehungen, die der Patient während der Behandlung begonnen hatte, gingen schon nach kurzer Zeit zu Ende. Er arrangierte sich in der Folgezeit zunehmend mit seinem Alleinsein und empfand Einsamkeit nicht mehr als beschämend und schmerzhaft. In dieser Zeit kam es zu einer Wiederbegegnung und Versöhnung mit dem langjährigen Partner. Sie heirateten im letzten Behandlungsjahr. Das Erleben dieses Glücks und die Hochzeit reaktivierten noch einmal wichtige Themen und führten uns zu einem tieferen Verständnis seiner Beziehungs-

und Bindungsschwierigkeiten, die eng mit seiner Position als jüngster Bruder zusammenhängen.

Psychodynamische Aspekte seiner Geschwisterposition

In der Behandlung war die Position des Patienten als jüngstes Kind in der Familie von Anfang an ein wichtiges Thema. Trotz des großen Altersabstandes hatte der Patient von klein auf eine enge Bezogenheit zu den großen Brüdern. Er brachte häufig Material ein, das mit Erinnerungen und Assoziationen an sie verknüpft war. Obwohl er selten Kontakt zu ihnen hatte, war es auffallend, wie stark die Brüder intrapsychisch noch repräsentiert waren. Die starke Bezogenheit hatte dazu geführt, dass sich die innere Objektwelt durch die Brüder erweiterte (vgl. Cierpka 2001) und dass vor allem der älteste Bruder Bindungsobjekt für ihn wurde (vgl. Leichtmann 1985).

Verwöhnung als „Nachzügler“

Herr F. war ein Wunschkind. Im Gegensatz zu den Brüdern sei er in dem Bewusstsein aufgewachsen, etwas Besonderes zu sein. Die oftmals depressive Mutter schien sich mit seiner Geburt psychisch stabilisiert zu haben. Er wurde verwöhnt und verstand, wie er aus seiner Position als Nachzügler Vorteile ziehen konnte: *„Für mich war es der Joker, dass ich der Kleine war. Die Brüder mussten die Großen und Vernünftigen sein. Ich hatte Narrenfreiheit!“*

Die Repräsentanzen mit diesem Erleben wurden dem Patienten in der Behandlung deutlich. Psychodynamisch hatten sie ihre Wirkung vor allem im Beruflichen entfaltet. Wir begriffen, dass hinter dem Wunsch nach beruflicher Unabhängigkeit und der Haltung, keine feste Anstellung anzustreben, ein unbewusstes Motiv stand, das mit der Geschwisterposition in Zusammenhang stand. Indem er als Entertainer wie der Star *„eingekauft“* wurde und - wie in der Familie - als Nachzügler ankam, *„bediente“* er damit seine Größenfantasien, etwas Besonderes zu sein. Auf der anderen Seite vermied er damit die Nähe bzw. die Dynamik eines festen Kollegenkreises, da er unbewusst Angst hatte, dass sich seine Familienposition reinszenieren könnte, die nicht nur mit Verwöhnung, sondern auch mit dem z.T. leidvollen Erleben von Dominanz durch die großen Brüder verknüpft war.

Das Erleben von Dominanz

Aufgewachsen mit den beiden wesentlich älteren Brüdern, fühlte sich der Patient als Kind nicht nur in seinen Fähigkeiten unterlegen, sondern häufig auch ausgenutzt. *„Ich war der Lackai in der Familie und der Sonntagspass!“* Er wäre von den Brüdern oft *„auf den Arm ge-*

nommen worden“, ohne es zu bemerken, was ihn im noch Erwachsenenalter beschämte und ärgerte. Er fühlte sich der Willkür beider Brüder ausgeliefert. Sein Gefühl, ausgeschlossen zu sein, bezog Herr F. auf die Erfahrung des großen Altersabstandes gegenüber den Brüdern. Ihm wurde bewusst, dass seine gegenwärtigen Ängste, ausgenutzt zu werden, auf die Erfahrung mit den großen Brüdern zurückgehen, gegen die er „*keine Chance gehabt hätte und für die ich ständig irgendwas erledigen musste*“. Sein fragiles Selbstwertgefühl und seine Verunsicherung wurden vor diesem Hintergrund noch verständlicher. Auf der anderen Seite wurde er bei Konflikten mit Gleichaltrigen durch die Brüder geschützt. Er hatte in der 142. Stunde einen Traum, das uns in der Folgezeit als Löwentraum noch häufig beschäftigte:

„Ich bin in einem Hochbett. Unter dem Hochbett sind zwei Löwen, die konnte ich hören. Ich fühle mich wahnsinnig bedroht und wenn ich nur atme, merken die, dass ich da oben bin. Das waren zwei Löwen mit Mähnen. Im Traum ging es um Leben und Tod. Dann bin ich im Traum eingeschlafen, und es ging weiter und ich wollte mit denen reden. Dann bin ich wach geworden, als ich versucht habe sie zu verscheuchen: Was wollt ihr?“

Der Patient deutete den Traum als Ausdruck der erlebten Geschwisterkonstellation. Er war der Jüngste oben im Bett, einerseits erhöht, andererseits aber ohne Boden unter den Füßen. Die beiden männlichen Löwen standen für ihn für die idealisierten starken Brüder, denen er sich unterlegen und ausgeliefert fühlte. Dabei fiel ihm auch seine Passivität ein, die sich in der Sexualität und seinen Wünschen, begehrt zu werden, widerspiegelte: *„Ich habe große Begehrlichkeit beim anderen das Triebhafte auszulösen. Ich selbst sende keine Signale aus.“* Dieser Traum führte uns zu ödipal akzentuierten Themen, denn Triebhaftigkeit, Rivalität, masochistisch-sexuelle Impulse und eine ödipale Dreieckskonstellation schienen im Traumgeschehen symbolisiert gewesen zu sein.

Der Bruder als ödipal beehrtes Objekt

Die Traumarbeit führte zu einer erneuten Bearbeitung der frühen sexuellen Missbrauchserfahrungen. Es wurde jetzt erst verstehbar, dass die nach dem Krankenhausaufenthalt erlebte Abwendung vom Vater dazu führte, dass der idealisierte große Bruder Objekt für ödipale Strebungen wurde (vgl. Kap. 3.6.2, Sharpe & Rosenblatt 1994). Der Vater wurde von Herrn F. im Gegensatz zum Bruder als schwach erlebt und bot sich anscheinend wenig für eine positive männliche Identifikation an. Der Bruder hätte sich zwar äußerlich dem Vater untergeordnet, aber eigentlich hätte er das Sagen in der Familie gehabt. Der Patient suchte sich mit der

Hinwendung zum Bruder nicht nur einen Vaterersatz, sondern rächte sich auch unbewusst am Vater für dessen Rückzug.

Seine eigene Beteiligung an der sexuellen Missbrauchssituation wurde jetzt erst offenbar. In der Wiederholung der sexuell aufgeladenen Urszenenerfahrung mit den Eltern hatte er sich zum Bruder auf die Couch gesetzt, auf dessen erigierten Penis der sechsjährige Patient aktiv reagierte. Der fast 18-jährige Bruder wäre überrascht gewesen, dass sein kleiner Bruder schon sexuelle Erfahrungen hatte. Es kam in der Folgezeit gehäuft zu sexuellen Handlungen zwischen den Brüdern. Der Bruder wäre nach den weiteren sexuellen Kontakten aufgestanden und hätte so getan, als ob nichts geschehen sei. Als der Patient 12 Jahre alt war, hatte der Bruder eine Freundin und wandte sich nun von ihm ab. Herr F. spürte weiterhin sexuelle Wünsche und Begehren ihm gegenüber. Der Bruder fühlte sich dadurch anscheinend bedroht und bekämpfte die pubertätsbedingte Zunahme genitaler Sexualität des Patienten:

„Als er mitbekommen hat, dass ich onanierte, hat er totalen Terz gemacht. Ich wollte wissen, wie er das findet. Ich wollte, dass sich das mit ihm wiederholt. Als ich ihn mit meiner Sexualität konfrontiert habe, wurde er ganz anders, abweisend und streng.“

Im Zuge der Hochzeitsvorbereitungen des Patienten kam es zu einer Annäherung zwischen dem Patienten und der Familie. Herr F. setzte sich erneut mit der Beziehung zu dem ältesten Bruder auseinander und erlebte in Bezug auf ihn Ängste, die ihm zunächst irrational und unverständlich erschienen. Die nicht gelöste ödipale Bindung an den Bruder, seine anhaltende Macht und Dominanz wurden in ihrer lang anhaltenden Wirkung jetzt erst verstehbar:

„Ich habe Ängste, wenn ich K. zur Hochzeit einlade. Dem kann ich nichts vormachen. Der guckt durch mich durch, der weiß alles. Ich bin mir sicher, dass das ganz schrecklich für ihn ist, dass ich schwul bin. Er hat mich missbraucht, da wird er Schuldgefühle haben, sich verantwortlich fühlen. Er war der einzig starke Mann in der Familie, er war irgendwie eine Autorität und gleichzeitig der tolle große Bruder.“

Die Bearbeitung der bis dahin bestandenen ödipalen Fixierung an den Bruder, die m.E. die erste psychische Krise in der Adoleszenz verstehbar machten (vgl. Kap. 3.8, Wellendorf 1995) und die Überwindung der psychodynamisch immer noch wirksamen Position der Repräsentanz des kleinen Bruders führten dazu, dass Herr F. sich freier und autonomer fühlen konnte.

Er machte im Rahmen seiner Hochzeit die Erfahrung, dass die Familie seine Homosexualität akzeptierte und sein Partner positiv in die Familie aufgenommen wurde. Heilsam war für ihn

ein Gespräch mit den Brüdern, indem sie Herrn F. sagten, wie sie ihn als Kind wahrgenommen und ihn um seine Stellung in der Familie beneidet hatten. Er begann die „*Löwenenergie der Brüderrepräsentanz*“ als Selbstrepräsentanz umzuwandeln. Er wurde in der Beziehung zu seinem Mann sexuell aktiver und konnte sich den Anforderungen des Lebens besser stellen, ohne sich schwach und fragil zu fühlen.

Die wichtige ödipale Bedeutung, die der Bruder für ihn hatte, stellt eine Bestätigung der entwickelten Theorie geschwisterlicher ödipaler Triangulierung dar. Hervorzuheben ist, dass die ödipale Besetzung des Bruders in dieser Behandlung noch im Erwachsenenalter nachweisbar war. Die These, dass sich die geschwisterlichen ödipalen Bindungen schwerer auflösen lassen als die zu den Elternobjekten, kann in diesem Fall bestätigt werden (vgl. Agger 1988; Shape & Rosenblatt 1994; Wellendorf 1995).

Die Themen, die sich mit der Geschwistererfahrung des Patienten in Verbindung bringen lassen, sind Bindung, Erleben von Dominanz, ödipale Strebungen und sexueller Missbrauch unter Geschwistern. Die von dem Patienten erlebte emotionale Abwendung und Abwesenheit des Vaters hat vermutlich zu den frühzeitigen sexuellen Aktivitäten des Patienten geführt, was die Ausführungen zum sexuellen Missbrauch unter Geschwistern von Bank & Khan (1994) und Sohni (1992) bestätigt (vgl. Kap. 4.2).

Das Aufwachsen mit zwei Brüdern stellt sich für die folgende Patientin anders dar, da sie - als Zwilling - in einer besonderen Konstellation aufwuchs.

6.2.7 Zwillingsschwester, Frau G.: „Ich betete, dass ich nicht größer werde als mein Bruder!“

Es handelt sich um eine noch laufende psychoanalytische Behandlung einer 26-jährigen Patientin. Sah es zunächst so aus, dass bei Frau G. aufgrund der aktuellen Problematik eine Kurzzeitpsychotherapie indiziert war, so stellte sich in deren Verlauf eine tiefer gehende psychogene Erkrankung heraus, für die eine analytische Langzeittherapie indiziert war. Die Behandlung umfasst bislang 170 Stunden und findet zweistündig im Liegen statt.

Erster Eindruck und Behandlungsanlass

Zum Erstgespräch kam eine auffallend hübsche, junge Frau, die lebendig und aufgeregt sofort den ganzen Raum für sich einnahm. Die Patientin gab an, seit Wochen heftigste Bauchschmerzen zu haben, deren Ursache nicht zu finden wäre. Sie könne kaum noch schlafen und wisse nicht, was sie tun solle. Sie habe einen Freund in den USA, der sie heiraten wolle. Ihre

Eltern wären gegen diese Beziehung. Sie selbst habe auch Zweifel, wäre unzufrieden und unglücklich in der Beziehung. Sie versuche immer, alles allen recht zu machen, aber jetzt müsse sie sich entscheiden und wisse gar nicht, was sie eigentlich wolle.

Frau G. wirkte unsicher, fahrig, sprach schnell und unstrukturiert. Sie wirkte sehr unter Druck und hilflos. Ihre Selbstbeschreibung, dass sie zurückhaltend sei, kontrastierte mit diesem Verhalten. Als ich sie darauf aufmerksam machte, meinte sie, sie kenne sich selbst kaum wieder, da sie sonst verschlossen und schweigsam sei.

Biographische Anamnese

Die 26-jährige Patientin hat einen Zwillingbruder und einen sechs Jahre jüngeren Bruder. Die Eltern der Patientin haben ein gut situiertes Anwaltsbüro. Sie seien eine Familie, die sehr auf ihren Ruf bedacht sei.

Die Mutter der Patientin war bei der Geburt der Zwillinge 23 Jahre alt. Sie sei Juristin, habe aber nie in ihrem Beruf selbständig gearbeitet, sondern in der Kanzlei des Mannes mitgearbeitet und ihn in seiner Doktorarbeit unterstützt. Ihren leiblichen Vater hätte sie nie kennen gelernt, da er, als die Großmutter mit der Mutter schwanger gewesen sei, nach Amerika ausgewanderte. Die Mutter sei bis zum Alter von 19 Jahren in dem Glauben aufgewachsen, dass ihr Stiefvater ihr leiblicher Vater und die beiden elf und fünf Jahre jüngeren Brüder ihre richtigen Brüder wären.

Der Vater der Patientin war zu Behandlungsbeginn 60 Jahre alt. Er käme aus einer Fabrikantenfamilie, die am Kriegsende alles verloren hätte. Er hat eine sieben Jahre jüngere Schwester, die er noch heute unterstützen würde, was zu Konflikten zwischen den Eltern geführt hätte. Die Patientin beschrieb ihren Vater als „*sensibel, verletzlich, klug und geistig gebildet*“. Mit der Patientin habe er ein besonders intensives Verhältnis, sie sei seine „*Prinzessin*“. Er schrieb ihr noch zu Beginn der Behandlung Gedichte, habe aber auch Erwartungen an die Patientin, dass sie sich um ihn und die Familie kümmere. Wurde die Ehe der Eltern von Frau G. zunächst als harmonisch beschrieben, so hat sich mehr und mehr gezeigt, dass die Eltern massive Konflikte miteinander haben, über die sie vor allem mit der Patientin kommunizieren.

Der Zwillingbruder von Frau G. lebt allein, studierte Wirtschaftswissenschaften und arbeitet seit kurzem außerhalb von Berlin. Er hat keine Partnerschaft, leidet unter Bluthochdruck, die die Einnahme von Betablockern erforderlich macht. Frau G. beschreibt ihn als depressiv und

angespannt. Der sechs Jahre jüngere Bruder leide unter ADHS. Er begann im Alter von 14 Jahren Alkohol und Drogen zu konsumieren, scheiterte in der Schule und hatte mehrere Ausbildungen abgebrochen. Die Eltern hätte sich bei ihm nie durchsetzen können. Heute finanzieren sie ihm eine Wohnung, seit kurzem arbeitet er auf einer Baustelle.

Frau G. ist zusammen mit ihrem Bruder per Kaiserschnitt vier Wochen vor Geburtstermin auf die Welt gekommen. Sie seien nur kurz gestillt worden. Mit einem Jahr habe die Patientin Laufen gelernt, ein halbes Jahr später habe sie gesprochen. Hier wäre sie dem Bruder überlegen gewesen, der aufgrund einer verzögerten Sprachenwicklung eine logopädische Behandlung bekommen hätte. Die Patientin habe bis zum sechsten Lebensjahr einen Schnuller gebraucht. Sie beschreibt sich als ein sensibles Kind und habe im Gegensatz zu ihrem Bruder als die „*Angepasste und Brave* gegolten und „*wäre immer lieb, aber nervös und unruhig*“ gewesen. Im Laufe der Behandlung sind verschiedene Erkrankungen in der Kindheit und Jugend offenkundig geworden, wie Mittelohrentzündungen, Sinusitis, Magen- und Darmprobleme, die z.T. auch zu stationären Aufenthalten geführt hatten.

Frau G. berichtet von sozialen Ängsten in der Schulzeit. Sie wäre im Gegensatz zu ihrem Bruder verschüchtert und gehemmt gewesen. Der raue Ton unter den Mitschülern hätte sie geängstigt. Als der jüngere Bruder geboren wurde, waren die Zwillinge sechs Jahre alt. Die Mutter hätte sich sehr auf ihn fixiert. Er habe seit seiner Geburt durch seine Auffälligkeiten immer im Mittelpunkt gestanden. Die Zwillinge waren oft bei der Großmutter väterlicherseits, mit der sie bis heute eine enge Beziehung hätten.

Mit 13 Jahren bekam sie ihre Menstruation, was sie „*schrecklich*“ gefunden hätte. Sie leide unter starken Menstruationsbeschwerden und sei als Jugendliche auch öfter in Ohnmacht gefallen. Zu dieser Zeit hätten sich Schlafstörungen eingestellt. Mit 16 Jahren entschied sich die Patientin für einen einjährigen Schulaufenthalt in Frankreich. Dort wurde sie mutiger, hatte erstmalig bessere soziale Kontakte und sehr gute schulische Leistungen. Es wäre wie eine Befreiung gewesen. Wieder in Berlin besuchte sie ein französisches Gymnasium und absolvierte dort ihr Abitur. Anschließend studierte sie Kunstgeschichte in Paris, wo sie insgesamt vier Jahre lebte. Hier lernte sie ihren Freund kennen. Die Beziehung wäre von Beginn an sehr eng, aber auch schwierig gewesen, da ihr Freund sich sehr auf sie fixierte, nicht die gleichen Interessen und andere Wertvorstellungen hatte als sie. Sie fühlte sich eingeengt und hatte gehofft, dass sich ihre Beziehung ändern würde. Wenn sie in den USA waren, hatte sie zwar ein gut situiertes Leben, aber letztlich langweilte sie sich dort. Sie traute sich ihm gegenüber nicht zuzugeben, dass sie sich ein Leben mit ihm dort nicht vorstellen könne. Aufgrund ihrer Symp-

tome kam sie nach Deutschland zurück, um eine Entscheidung treffen zu können, wie es weitergehen könnte. Die Hausärztin legte ihr nahe, sich psychotherapeutische Hilfe zu holen, da es keine organische Ursache für ihre Beschwerden gab.

Behandlungsverlauf

Da der Fokus der Behandlung offensichtlich auf der aktuellen Trennungproblematik lag und die Symptomatik damit in Zusammenhang zu stehen schien, wurde zunächst eine Kurztherapie beantragt. Die Behandlung fand deshalb einstündig im Sitzen statt. Als der Patientin schon nach wenigen Gesprächen klar wurde, dass sie nicht in die USA gehen und hier ihre Dissertation beenden wollte, trennte sie sich bald nach Behandlungsbeginn per Email und Telefon von ihrem Freund. Es wurde deutlich, dass sich nicht nur die Schwierigkeit, sich zu trennen in diesem Konflikt aktualisierte, sondern auch ihre mangelnde Offenheit und Fassade, die ihre Beziehungen charakterisierten und Schuldgefühle verursachten. Die Trennung traf ihren Freund völlig unvorbereitet, da die Patientin ihre Zweifel anscheinend niemals geäußert hatte. Frau G. ging bald darauf eine neue Beziehung ein, in der sie bald in eine ähnlich ambivalente Haltung kam.

Es zeigte sich, dass Frau G. auch in der Beziehung zu ihrem Vater Probleme hatte, sich offen zu äußern und sich auseinanderzusetzen. Er spannte sie Arbeiten für die Kanzlei ein, die in einem so großen Umfang waren, dass sie zu dringenden Anforderungen für ihre Dissertation oft nicht mehr in der Lage war. Auch anderen Familienmitgliedern wie dem jüngeren Bruder und der Großmutter gegenüber sah sie sich nicht in der Lage, deren Wünsche und Ansprüche an sie zu begrenzen.

In der Behandlung drückte sie immer wieder ihre Sorge aus, ihre Familie ins schlechte Licht vor mir zu setzen und dass alle in der Familie und auch ihr ehemaliger Freund „*eigentlich so gute Menschen*“ seien. Sie bekam in den Stunden Bauchschmerzen, wenn sie andere Menschen etwas kritischer beurteilte. Dabei vermittelten sich nicht nur überwertige Schuldgefühle, sondern auch ihr Wunsch, andere zu idealisieren zu wollen. In der Gegenübertragung erlebte ich ihre Neigung der Selbstausbeutung als anstrengend. Es stellte sich in den ersten 20 Sitzungen heraus, dass ihr das Ausmaß der hysterischen Konversionssymptome, ihr Altruismus, ihre Schuldgefühle und Ängste sowie ihre Unfähigkeit, Spannungen besser zu tolerieren, eine längere und intensivere Behandlung notwendig machten. Wir vereinbarten eine analytische Therapie, die im Liegen stattfindet.

Es zeigte sich bislang, dass das Studium in Paris und die Option in den USA zu leben, eine Flucht waren, sich den familialen Anforderungen und emotionalen Ansprüchen an sie zu entziehen. Die in der Adoleszenz notwendigen Ablösungsschritte vollzog sie nur nach außen, aber nicht intrapsychisch. Ihre Symptomatik zeigte die mangelnde Fähigkeit der in dieser Zeit notwendigen Integrations- und Synthetisierungsprozesse zu leisten (vgl. Kap. 3.8). Bewusst wollte sie an ihre Familie gebunden und loyal bleiben, unbewusst versuchte sie sich auf diese Weise zu verselbständigen, ohne sich auseinandersetzen zu müssen. Die Beziehung zu ihrem Freund und das Leben in den USA hätten eine noch stärkere Ablösung von ihrer Familie erfordert, was wiederum starke Schuldgefühle und Loyalitätskonflikte mit sich gebracht hätte. Auf der anderen Seite hat sie gleich dem Wiederholungszwang in der Partnerwahl (vgl. Reich 1987) unbewusst eine ähnliche Struktur von Enge, Kontrolle und Einengung gewählt, die sie in der Familie erlebt hatte. Von daher kam es bei der Notwendigkeit, sich für oder gegen ein Leben in den USA entscheiden zu müssen zu einer Dekompensation, die somatisiert in den Oberbauchschmerzen und Darmproblemen als konversionsneurotischer Modus zum Ausdruck kam.

Die Patientin bezog nach Beginn der Therapie bald eine eigene Wohnung und nahm eine Erwerbstätigkeit auf. Im Gegensatz zu dem jüngsten Bruder bekam sie trotz der Übersetzungstätigkeit kaum finanzielle Unterstützung von den Eltern. Die narzisstische Besetzung durch den Vater, zeigte sich darin, dass dieser schon von ihrer Habilitation sprach, obwohl sie kaum Zeit fand, an ihrer Doktorarbeit zu arbeiten. Es war auffallend, wie blass aber auch konfliktfrei die Beziehung zu ihrer Mutter war, von der sie sich am wenigstens in der Familie eingeeengt fühlte und mit der sie bis jetzt offen sprechen könne. Für die Mutter hatte sie nicht die Selbstobjektfunktion wie für den Vater, der sie in die Eheprobleme der Eltern einbezogen, die Patientin begann zu kontrollieren und emotional häufig unter Druck zu setzen. Da die Patientin zunehmend Arbeitsstörungen entwickelte, konfrontierte ich sie, dass sie ohne eine aggressivere Abgrenzung von den väterlichen Ansprüchen ihre Arbeit nicht beenden könne.

Als weiterer Ausdruck ihrer mangelnden Abgrenzungsfähigkeit und Autonomie war die Weigerung, das Alter und das bevorstehende Sterben ihrer Großmutter anzunehmen. Sie könne dies nicht aushalten und erlebte mir gegenüber Aggressionen, als ich sie darauf aufmerksam machte, dass die erkrankte Oma ihren Schilderungen zufolge eigentlich ein Pflegefall sein würde. In altruistischer Art und Weise opferte sie sich in der Pflege und Sorge um die Großmutter auf, um die Verleugnung der Realität aufrecht zu erhalten, fühlte sich aber zunehmend überfordert. Es kamen narzisstische Größenfantasien in die Bearbeitung, die sich hinter der

Selbstaufopferung und ihrem Altruismus verbargen. Sie fühlte sich unbewusst als Retterin der Familie und zog narzisstischen Gewinn aus ihrer Rolle, für alle unentbehrlich zu sein. Frau G. wurde deutlich, wie sehr sie versucht, die Realität zu verleugnen. Die Trauer um das Scheitern ihres jüngsten Bruders und das bevorstehende Sterben ihrer Großmutter versuchte sie magisch abzuwehren:

„Ich will diese unangenehmen Dinge nicht realisieren. Ich will das nicht wahrhaben. Dass meine Oma sterben könnte, das gibt es für mich nicht.“

Nachdem diese Konflikte bewusst und bearbeitet werden konnten, offenbarte mir die Patientin, nach etwa eineinhalb Jahren der Behandlung, dass sie unter einer Bulimie litt. Da diese Symptomatik sich zeitgleich mit der therapeutischen Behandlung entwickelte, lag es nahe, sie im Kontext der Therapie zu verstehen. Sie hatte also auch mir gegenüber letztendlich nicht die Karten auf den Tisch gelegt und eine Fassade aufrechterhalten. Die Deutung, dass sie den anderen bzw. das Objekt introjiziert, sich deshalb wenig abgegrenzt fühlt und im Erbrechen eine Möglichkeit gefunden habe, den anderen wieder *„auszustoßen“*, um sich selbst als unabhängig erleben zu können, konnte die Patientin nachvollziehen. Die Auseinandersetzung über ihre fehlende Offenheit in unserer Beziehung und ihre Haltung, auch mir gegenüber eine Fassade aufrecht zu erhalten, wurde ihr als Wiederholung ihrer bisherigen Beziehungsregulierungsmuster deutlich.

Die Bulimie war des Weiteren eine Folge der familialen Ablösungskonflikte, die durch die Rückkehr aus den USA virulent wurden. Darüber hinaus war sie in einer Beziehungsdynamik mit dem neuen Partner eingebettet, in der sie erneut ein hohes Ausmaß an Ambivalenz erlebte. Die Schwierigkeiten, sich auseinanderzusetzen, sich abzugrenzen und sich eventuell zu trennen, haben folglich in der Behandlung breiten Raum eingenommen. Frau G. ist mit der Zeit konfliktfähiger geworden und hat begonnen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und in die Beziehung einzubringen.

Die bulimische Symptomatik ist abgeklungen. Dafür thematisiert die überaus schlanke Patientin derzeit ihre sexuellen Probleme und Konflikte ihres körperlichen Selbstbildes. Seit ihrem 14. Lebensjahr sei sie nicht mehr zum Schwimmen gegangen, weil sie sich ihres Körpers schämte und meinte, zu dick zu sein. Ihren Partnern gegenüber hätte sie sich noch nie nackt zeigen können. Mit 18 Jahren ließ sie sich Fett absaugen, was Schäden hinterlassen hätte. Die Ohnmachtsanfälle, die verzerrte Körperselbstwahrnehmung und die Menstruationsbeschwerden und spätere passagere Essstörung weisen auf eine hysterische Symptomatik und konflikt-

besetzte Entwicklung der Weiblichkeit in der Adoleszenz hin (vgl. King 1995), was durch die Analyse ihrer Zwillingserfahrung verstehbar geworden ist.

Psychodynamische Aspekte des Zwillingsdaseins

Frau G. blieb anfangs in ihrer Übertragung distanziert, was ich zunächst mit der mangelnden Identifikation mit dem mütterlichen Objekt in Verbindung brachte. Sie entwickelte eine Spiegelübertragung auf mich (Kohut 1976). Normalerweise würde sie in Beziehungen nicht über sich sprechen. Ihre Neigung, sich mit anderen zu identifizieren führe dazu, „*dass deren Leben mein Leben wird.*“ Anders als ihr Aufwachsen als Zwilling macht sie in der analytischen Therapie die für sie neue Erfahrung, dass kein anderer da sei. Der ungelöste Abhängigkeits- Autonomie-Konflikt zwischen ihr und ihrem Bruder kam in ihrer Problematik besonders zum Tragen.

Ungelöste Konflikte um Abhängigkeit und Autonomie in der Beziehung zum Bruder

Frau G. kann sich nicht erinnern, als Kind jemals allein gewesen zu sein. Als Kinder teilten sie sich ein Zimmer, besuchten dieselbe Klasse und hatten die gleichen Interessen. Die Eltern hätten wenig Unterschiede zwischen ihnen gemacht:

„Als Individuum existiere ich nicht. Mich gibt es nur als Doppelpack. Immer hieß es nur Ihr, nie Du.“

Die starken Schuldgefühle und der zwanghafte Altruismus, hängen mit dem erfahrenen „*Twinning*“ (vgl. Volkan & Ast 1997) zusammen. Autonomie, Trennung und Verselbständigung sind ohne den Bruder für sie nicht denkbar und lösen Schuldgefühle ihm gegenüber aus. Fast schuldbewusst gab sie preis, dass sie den Internatsaufenthalt in England auch in der Beziehung zu ihrem Bruder als Befreiung erlebte. Als sie nach der Schule erneut ins Ausland ging, begann er dort auch ein Studium. Durch die längeren Aufenthalte in den USA kam es zu einer Distanzierung zwischen ihnen. Seitdem sie wieder in Deutschland ist, telefonieren sie jeden Tag miteinander. Da der Bruder aufgrund seiner Arbeit meist an den Wochenenden zu Besuch käme, wäre es für ihn selbstverständlich, dass er in ihrer Wohnung in ihrem Bett schläft. In der Therapie erlebt die Patientin zunehmend ein Gefühl, dass er sie wie sein Eigentum behandelt und dominant ihr gegenüber sei. Die Selbstverständlichkeit zwischen ihnen drückt sich in dem Anspruch aus, immer füreinander da zu sein.

Als die Patientin über ihre Schwierigkeiten sprach, ihre Doktorarbeit zu beenden und ich sie fragte, wie ihr Bruder dazu stehen würde, sprach die Patientin erstmalig über ihre Schuldge-

fühle, wenn sie den Bruder mit einer Dissertation überrunden würde. Sie wünschte sich nichts sehnlicher, als dass er auch promovieren würde. Wir verstanden, dass ihre Arbeitsstörungen, die Dissertation zu beenden, auch aus einem unbewussten Konflikt her rührten, die Brüder, aber vor allem ihren Zwillingbruder, nicht überrunden zu dürfen. Sie scheint sich ihm gegenüber am sichersten zu fühlen, wenn sie sich klein macht. Im Zuge der Bearbeitung dieser Thematik begann sich die Patientin zu erinnern, wie oft sie eigene Erfolge zurückgestellt hätte und „*am glücklichsten war, wenn S. besser war als ich*“. Es wurde verstehbar, dass ihre Arbeitsstörung ein Ausdruck von Loyalität ist.

Schon in der Kindheit war Entwicklungsverzicht für die Patientin eine Möglichkeit, Harmonie und Übereinstimmung mit ihm herzustellen. In der Grundschule wäre es ihr am besten gegangen, wenn der Bruder sich ihr gegenüber überlegen fühlte. So hatte sie aufgrund ihrer schulischen und musikalischen besseren Leistungen Schuldgefühle, aber auch Angst und scheiterte z.B. beim Vorspiel. Dieser Konflikt verdichtete sich für die Patientin, da sie körperlich größer wurde als er. Auf Fotos macht sie sich noch heute kleiner. Die Patientin ist überzeugt davon, dass er darunter leide, als Mann nicht groß gewachsen zu sein. Sie erinnerte sich an Gebete als Kind, dass ihr Bruder noch wachsen solle.

In dieser Geschwisterdynamik ist bislang deutlich geworden, dass Unterschiede zwischen den Zwillingen von der Patientin als Konflikt erlebt wird. Der Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt ist in der Beziehung zu ihrem Bruder immer noch virulent (vgl. Kap.3.4.1). Rivalität und Neid werden verleugnet und konnten nicht für die Ich-Entwicklung genutzt werden, da sie als Bedrohung ihrer symbiotischen Beziehungsmuster erlebt werden.

Abgrenzung und die für die Adoleszenz notwendigen Deidentifikationsprozesse gelangen nicht (vgl. Kap 3.8). Ihre dyadische Bezogenheit zeigt sich auch darin, dass Frau G. sich in Gegenwart ihres Bruders im Umgang mit anderen gehemmt fühlt. Der Patientin wird zunehmend deutlich, dass ihre Schwierigkeiten und Ambivalenz in ihren Partnerbeziehungen mit ihrer Zwillingserfahrung zusammenhängen. Die mangelnde Loslösung des Bruders von der Patientin drückt sich vermutlich darin aus, dass er bislang keine längere Beziehung zu einer Frau eingegangen ist.

Aber auch in diesem Fall scheinen unbewusste Konflikte der Eltern die Beziehung der Geschwister moduliert zu haben. So erwarte der Vater von ihr, dass sie für ihren Bruder eine Partnerin suchen solle. Der Bruder spannt sie aktiv ein, wenn er im Internet auf eine Suchanzeige einer potenziellen Partnerin antworten möchte.

Auswirkungen des Twinnings auf die Weiblichkeitsentwicklung

Die sexuelle Problematik von Frau G. konnte bis zum jetzigen Zeitpunkt der Therapie noch nicht tiefergehend bearbeitet werden. Augenscheinlich hat die Geburt des kleinen Bruders auf dem Höhepunkt ihrer ödipalen Entwicklung zu einer Abwendung der Mutter geführt, die sich in der Erinnerung der Patientin nur noch um das Baby gekümmert habe. Wenn mit der Geburt des Bruders ödipale Kinderwunschfantasien verknüpft waren, so könnte die erlebte Distanzierung von ihr unbewusst als Bestrafung erlebt worden sein (vgl. Kap. 3.6.4, Poluda 1999)

Auf der anderen Seite hat sie die bevorzugte Stellung der Patientin dem Vater gegenüber nicht nur in Rivalität mit der Mutter, sondern auch mit dem Bruder gebracht. Ihr Bestreben, den anderen nicht zu überrunden und ihr permanentes Schuldgefühl spiegeln diesbezügliche unbewusste Loyalitätskonflikte wider.

Die enge Bindung an den Bruder und die Identifikation mit ihm haben ist in Bezug auf ihre weibliche und seine männliche Identitätsentwicklung vermutlich für beide Geschwister problematisch. In der Adoleszenz litt die Patientin unter ersten Symptomen einer psychogenen Erkrankung. Es ist denkbar, dass die Entwicklung der Weiblichkeit eine Deidentifikation mit dem Bruder bedeutete, was für sie problematisch zu sein schien, da dies aufgrund des ungelösten Autonomiekonfliktes Trennung bedeutet hätte (vgl. Wellendorf 1995). Die unbewusste Ablehnung ihres Frauseins erklärt sich aus der damit verbundenen Trennung vom Bruder. Beide Geschwister leiden unter Partnerschaftsproblemen, die sich bei der Patientin in der ausgeprägten Ambivalenz und den sexuellen Konflikten zeigt. Auch wenn zu vermuten ist, dass in der Pubertät eine Versuchungssituation zwischen den Geschwistern da war, konnte dies bislang in der Therapie nicht eruiert werden. Die Beziehung zwischen ihnen scheint so symbiotisch zu sein, dass sexuelle Gefühle zwischen ihnen nicht erlebbar sind.

Die enge Beziehung zu ihrem Zwillingsbruder ist durch Liebe, Identifikation, gegenseitige Verantwortung und Sorge umeinander gekennzeichnet, was aber in jeder Beziehung ein „Zuviel“ in der Gegenübertragung auslöste. Die Überwertigkeit ihrer Beziehung ist in Anlehnung an Sharpe & Rosenblatt (1994) und Volkan & Ast (1997) Ausdruck persistierender ödipaler Bindungen unter den Geschwistern. Das Tabu, sich psychisch nicht voneinander trennen zu dürfen, überträgt Frau G. auch auf ihre Partnerschaften, aus denen sie sich nicht zu lösen wagt. Gleichzeitig verhindert die tiefe Bindung an den Bruder ein Einlassen auf einen anderen Mann. Dieser Konflikt macht meines Erachtens die tiefe Ambivalenz ihrer Partnerbeziehungen aus.

In der Behandlung stellt sich die Zwillingschaft in der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung als etwas dar, was oft schwer zu begreifen und für mich emotional nicht immer nachvollziehbar ist. Die Loyalität zwischen den beiden Geschwistern hat etwas Einzigartiges, aber auch manchmal etwas Befremdliches. Versuche von mir, Autonomie und Verselbständigung zu fördern, stoßen bei der Patientin oft auf Widerstand.

Die Beobachtung aus Zwillingsstudien, die diese Beziehung als wenig getrennt und eng beschreiben, lässt sich im vorliegenden Fall bestätigen (vgl. Kap.4.2). Die frühe symbiotische Bindung erschwert die Individuation und führt zur Vermischung der Selbst- und Objektrepräsentanzen, was sich bei Frau G. exemplarisch zeigen lässt. Da es sich um frühe Formen des Erlebens handelt, die schon pränatal zu vermuten sind und in der sensorischen Entwicklung zu einer Verschmelzung von Selbst und Objekt geführt haben dürfte, scheinen Verbalisierungsversuche in der Therapie nicht wirklich zu greifen, da es sich um ein präverbales Geschehen handelt. Die Erinnerung an das Eins-Sein scheint tatsächlich unauslöschlich (vgl. Kap. 3.3, Volkan & Ast 1997).

Ähnlich wie bei Frau F. in Bezug auf die Schwester erlebt auch Frau G. erst dann einen Freiraum, wenn es dem Bruder gut geht. Da sie sich durch die therapeutische Behandlung stabilisiert, erlebt sie ihre Besserung gegenüber dem Bruder als schuldbesetzt und konflikthaft. So versuchte sie ihn kürzlich angesichts seiner Probleme für eine psychotherapeutische Behandlung zu motivieren und zog mich in die Suche nach einem geeigneten Therapeuten ein. Ihre Bemühungen scheiterten letztendlich an seiner mangelnden Bereitschaft, was erstmals dazu führte, dass sie etwas stärker Zugang zu ihren Aggressionen ihm gegenüber bekam, was ihr letztendlich half, sich von ihrem jetzigen Partner zu lösen. Frau G. beginnt zu verstehen, dass die Idealisierung ihrer Objektbeziehungen und die massiven Schuldgefühle Ausdruck der abgewehrten unbewussten Aggressionen sind, die sie als Kind unterdrückte und verleugnete.

Ein Traum, den sie kürzlich erzählte, zeigt die Veränderung ihrer inneren Objektbeziehungen:

„ Ich war in einem Zug mit meinen Eltern. Meine Mutter saß ganz vorne, ich in der Mitte und mein Vater ganz hinten. Dann liefen neben dem Zug zwei Tiger entlang. Plötzlich sprangen die beide in das Abteil, einer vorne und einer hinten. Ich springe auf und kriege den einen zu fassen und habe den voller Schwung hinaus geschleudert. Der andere aber hat sich bei mir fest gebissen. Ich rufe um Hilfe, aber mein Vater meinte nur: 'Ich mische mich da nicht ein, du machst das schon'. Meine Mutter signalisierte auch, dass sie mir nicht helfen wollte. Ich

habe beim Aufwachen total geweint, dass meine Eltern mir nicht geholfen haben, obwohl ich sie darum gebeten habe. Dann bin ich richtig wütend geworden.“

Die Einfälle zu diesem Traum drehten sich zum einen um ihre problematische Position, die die Patientin in der Ehe der Eltern erlebte. Zum anderen fielen ihr aber auch in dem Bild der Tiger ihre beiden Brüder ein. Frau G. wurde deutlich, wie sehr sie sich durch sie dominiert gefühlt hatte und wie sehr sie auch in Bezug auf deren Konflikte mit den Eltern um Harmonie kämpfte. Das Festbeißen des Tigers symbolisierte die Bindung des Zwillingbruders, der sie nicht loslassen würde. Entscheidend war das befreiende Aggressionspotential des Traums, das sich auf einer Subjektstufe in den Tigern als auch in dem Kampf der Patientin verdichtete.

Aus der Perspektive ihres Aufwachsens als Zwilling sind frühe Verschmelzung, pathogene Konflikte um Abhängigkeit- und Autonomie, „*Twinning*“, Entwicklungsverzicht und Altruismus, persistierende ödipale Konflikte und mangelnde Loslösung an der psychischen Erkrankung der Patientin beteiligt.

6.2.8 Mittlere Schwester mit zwei Brüdern, Frau H.: „Ich bin geschlechtsspezifisch erzogen!“

Bei der Behandlung von Frau H. handelt sich um eine analytisch modifizierte Psychotherapie einer zu Beginn 52-jährigen Patientin, die insgesamt 160 Stunden umfasste und mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche im Sitzen stattfand.

Erster Eindruck und Behandlungsanlass

Frau H. wandte sich auf Anraten ihrer Hausärztin an mich. Sie selbst hatte schon lange den Gedanken, eine Psychotherapie machen zu wollen, aber immer gedacht, sie schaffte es alleine. Weinend berichtete sie, dass sie ständig grüble und sich Sorgen um ihren jüngsten Sohn macht, der eventuell den Übergang ins Gymnasium nicht schaffen würde. Die Situation mit ihrem Sohn belastete sie so stark, dass sie keinen Schlaf mehr fand: *„Es ist wie ein Schlammassel in meinem Kopf, aus dem ich nicht rauskomme. Ich fühle eine katastrophale Hilflosigkeit.“* Der erste 16-jährige Sohn hingegen wäre hochbegabt und so auf Leistung orientiert, dass es der Patientin Angst machte. Fast nebenbei erzählte sie, dass sie seit drei Jahren unter starker Migräne mit Sehstörungen und Erbrechen, unter Allergien und Asthma litt. Sie war promovierte Biochemikerin, die seit der Geburt des nun 11-jährigen zweiten Sohnes Hausfrau war.

Die Patientin hatte in ihrer Erscheinung etwas Apartes und Intellektuelles. Durch das ergraute Haar sah sie älter aus, als sie war. Sie wirkte aufgeregt und bemühte sich zwanghaft, genaue

Angaben zu machen. Im Verlauf der probatorischen Sitzungen wurde die Patientin zwar ruhiger, eine gewisse Unstrukturiertheit blieb neben ihrer hohen Reflexions- und Differenzierungsfähigkeit jedoch bestehen. In der Gegenübertragung spürte ich einen Leistungsdruck und fühlte mich von der Patientin beurteilt und begutachtet.

Biographische Anamnese

Die Patientin war mittleres Kind und hatte noch einen fünf Jahre älteren und einen eineinhalb Jahre jüngeren Bruder. Die Mutter der Patientin war bei ihrer Geburt 28 Jahre alt. Sie war in der Kindheit der Patientin nicht berufstätig und machte nach Auszug der Kinder eine Gesprächspsychotherapieausbildung. Vor der Geburt der Patientin litt die Mutter unter einer schweren lebensbedrohlichen Tuberkulose und lag über ein halbes Jahr in einer Klinik. Nach der Geburt der Patientin hatte sie, anders als bei den Söhnen, unter einer postpartalen Depression gelitten.

Der Vater der Patientin war beruflich erfolgreich in der Wirtschaft tätig. Die Patientin hatte immer das Gefühl, vom Vater nicht anerkannt und wahrgenommen worden zu sein. Erst kurz vor seinem Tod vor einigen Jahren hatte sie Zugang zu ihm bekommen.

Die Patientin konnte kaum anamnestische Daten zu ihrer Entwicklung benennen. Sie sei gestillt worden und ihre Entwicklung sei normal verlaufen. In der Schule war die Patientin ehrgeizig, hatte aber immer wieder Phasen, wo sie „*durchhing*“. Frau H. wusste nicht, wann sie die erste Menstruation bekam. Sie litt bis zu ihren Wechseljahren unter starken menstrualen Beschwerden. Bis zur Eheschließung hatte sie viele wechselnde Beziehungen mit Partnern gehabt, die z.T. wesentlich älter waren sie, aber sie hätte „*sich nie untergeordnet, sondern wäre immer die Macherin gewesen.*“

Nach dem Abitur studierte sie Biochemie. Psychische Probleme hatte sie zum ersten Mal im Studium, die sich in Arbeitsstörungen und sozialen Ängsten äußerten. Nach dem Ende des Studiums entschied sie sich für eine Tätigkeit an der Universität, promovierte und schlug eine wissenschaftliche Karriere ein. Aufgrund wiederkehrender Depressionen und sozialer Ängste begann sie eine analytische Psychotherapie. Da sie beruflich Nachteile befürchtete, bezahlte sie diese selbst. Die Behandlung hätte ihr nicht gut getan, da der Analytiker nur geschwiegen hätte und sie sich allein gelassen fühlte. Sie hätte das nicht ansprechen können und die Behandlung nach 140 Stunden abgebrochen.

Als sie mit Mitte 30 ihren ein Jahr jüngeren Mann kennen lernte, wollte sie sich habilitieren. Ihr Ehemann war studierter Agrarökonom. Die Patientin gab wegen eines beruflich bedingten

Umzugs des Mannes mit der Geburt des ersten Kindes ihre wissenschaftliche Karriere auf. Nach der Geburt des zweiten Sohnes hätte sie ihre eigenen beruflichen Wünsche „aus den Augen verloren“. Sie fühlte sich wegen ihrer intellektuellen Interessen aber die ganzen Jahre unterfordert. Die Ehe beschrieb die Patientin als schwierig, da ihr Mann keine Gefühle zulassen und sich nicht auseinandersetzen könnte.

Ein Jahr vor Behandlungsbeginn erlitt er einen lebensgefährlichen Sportunfall, bei dem er auf sein Gesicht gestürzt war und sich den Halswirbel gebrochen hatte. Für Frau H. und die Söhne wäre sein Anblick „absolut traumatisch gewesen“. Die Erkrankung ihres Mannes und die von ihr erlebte Abhängigkeit des Sohnes führten zu einer Überforderung und Dekompensation des bisherigen fragilen Gleichgewichts. In der Folge verschlimmerten sich die Migräne und die Schlafstörungen bei der Patientin und führten zum Behandlungswunsch. Eine dreistündige analytische Psychotherapie lehnte Frau H. aufgrund ihrer Vorerfahrungen ab, so dass zunächst eine modifizierte analytische Therapie beantragt wurde.

Behandlungsverlauf

Frau H. fiel es schwer, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie parkte ihr Auto weit weg von meiner Praxis, aus Angst jemand könne sehen, dass sie zu mir kam. Die Stunden strengten sie sehr an. Sie weinte viel und hatte starken Leidensdruck, trotzdem wollte sie keine Erhöhung der Stundenfrequenz.

Sie beschäftigte sich zunächst ausschließlich mit der Problematik ihres Sohnes, die sie in einer starken Identifikation mit ihm als eigenes Versagen erlebte. Angesichts ihrer psychosomatischen Symptomatik und der traumatischen Erfahrung des Unfalls schienen die schulischen Probleme des Sohnes in der von der Patientin geschilderten Dramatik überwertig. Ich verstand dies als Verschiebung vor dem Hintergrund eines zwangsneurotischen Modus (Mentzos 2009). Es fiel Frau H. schwer, dem Sohn Autonomie zu zugestehen und weniger stark zu kontrollieren. Sie verstand zunehmend, dass die übermäßige Kontrolle kontraindiziert war und seine Arbeitsstörung indirekt stabilisiert hatte. Es wurde jedoch auch offensichtlich, dass die Beschäftigung mit dem Sohn eine innere Leere und das quälende Gefühl, beruflich nicht das erreicht zu haben, was sie hätte entwickeln können, kompensierte. Machte sie bislang die beruflich bedingten Umzüge des Ehemanns für ihr Scheitern verantwortlich, so konnte sie im Verlauf der therapeutischen Behandlung zunehmend ihren eigenen Anteil reflektieren und betrauern. Der Sohn kam letztendlich auf das Gymnasium und verselbständigte sich zunehmend.

Der Unfall ihres Mannes wurde von der Patientin nicht thematisiert und kam erst durch ein aktiveres therapeutisches Vorgehen in die Bearbeitung. Dabei wurde deutlich, dass der Unfall die Patientin wütend machte, „weil es seitdem wieder nur um meinen Mann gegangen wäre. Alle erkundigen sich nach ihm, aber keiner fragt, was ich zu tragen habe.“ Die latente Feindseligkeit ihrem Mann gegenüber auf der Basis von Objektangewiesenheit (vgl. Ermann 2006) resultierte aus dem Erleben, erneut nicht die eigene Entwicklung verfolgen zu können. Das Bearbeiten der Ängste vor einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit stand nun, nach etwa einem Behandlungsjahr, im Zentrum. Frau H. bekam eine viermonatige Krankheitsvertretung in einem wissenschaftlichen Institut, was sie aufgrund ihres Perfektionsanspruchs zwar anstrebte, aber stabilisierte. Es wurde der Patientin deutlich, dass die jahrelange Unterforderung einen wesentlichen Anteil an ihrer psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankung hatte. Leider konnte sie von dem Institut nicht übernommen werden, bemühte sich jedoch weiter um eine Stelle. Vor jedem Bewerbungsgespräch „zerbrach sie sich förmlich den Kopf“, wie sie eine eventuelle Anstellung mit den Anforderungen der Familie in Einklang bringen könne, obwohl die Kinder mittlerweile 13 und 18 Jahre alt waren. Dabei nahmen Trauerprozesse über die ungenutzten Möglichkeiten in ihrem Leben einen großen Raum in der Therapie ein. Letztlich bekam sie eine feste Anstellung im öffentlichen Dienst.

Trotz dieser für sie positiven Entwicklungen blieben die psychoneurotischen Symptome bestehen. Die Patientin hatte sich zwar insgesamt stabilisiert, aber litt immer noch, wenn auch weniger stark, unter Migräneanfällen und Schlafstörungen, Selbstzweifeln und Verunsicherung. Sie thematisierte ihre Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, da sie oft nicht unterscheiden könne, welchen Bedürfnissen sie eigentlich gerecht werden wollte und welche ihre eigenen waren. Nach außen wäre sie „die Starke, hier bei Ihnen, breche ich oft zusammen“. Sie entwickelte bald negative getönte Übertragungstendenzen, was sich z.B. darin zeigte, dass sie häufig Definitionsmacht haben wollte und mich sprachlich korrigierte. Sie schien sich dadurch überlegen zu fühlen. Es wurde deutlich, wie schnell man sich mit ihr in Machtkämpfe verwickeln konnte und ich denke im Nachhinein, dass es gut war, am Anfang der Behandlung ihren Widerstand zu unterlaufen. Es wurde in diesem Zusammenhang verstehbar, welche beziehungsregulierende Funktion die Migräne auch mir gegenüber hatte. Oft musste sie Stunden absagen und verschaffte sich damit eine Rückzugsmöglichkeit und Distanzierung.

Frau H. behielt nicht nur in der Weigerung einer Erhöhung der Stundenfrequenz, sondern auch im Festhalten an der Symptomatik die Kontrolle über die Therapie, so dass letztendlich ihre Angst vor Abhängigkeit und Regression nicht bearbeitet wurden. Ich habe erst in der In-

tervision die narzisstischen Defizite der Patientin verstanden, die sich in der Übertragung-Gegenübertragung entfaltet hatten und bei mir Gefühle von Leistungsdruck und Entwertung ausgelöst hatten. Da Deutungen als Kränkung erlebt wurden, musste Frau H. zur Regulierung ihres narzisstischen Selbstwertgefühls meine Ausdrucksweise verbessern. Obwohl sie gerne zur Therapie kam, vermied die Patientin eine Vertiefung unserer Beziehung, da sie nicht nur Angst vor Abhängigkeit, sondern auch vor Verletzung hatte. Ich konnte diese Muster zwar benennen, aber die Arbeit in der Übertragung war durch das einstündige Setting begrenzt.

Die narzisstische Störung der Patientin wurde vor dem Hintergrund der defizitären Beziehung zur Mutter und von tradierten Geschwisterkonflikten verständlich.

Geschwisterdynamik

Frau H. erinnerte ein tiefes Gefühl von Ungerechtigkeit, die sie auf ihre Geschlechtszugehörigkeit zurückführte. Sie beklagte, dass die Eltern sie als Mädchen im Unterschied zu den Brüdern ungerecht ungleich behandelt hätten: *„Ich bin geschlechtsspezifisch erzogen worden!“* Während die Brüder im Fokus der Aufmerksamkeit gestanden hätten, war sie diejenige, *„um die man sich nicht kümmern musste“*. Die Patientin hätte aber für den jüngeren Bruder von klein auf Verantwortung übernehmen müssen. Aufgrund seiner Legasthenie hätte sie versucht, ihm zu helfen. Sie selbst hätte sich meist jugenhaft verhalten und z.B. mit Puppen nichts anfangen können. Erschwerend kam hinzu, dass ihre Anstrengungen, sich den Brüdern anzugleichen, wenig genützt hätten, um sich zugehörig und akzeptiert zu fühlen, da sie sich von ihnen ausgeschlossen fühlte: *„Die Brüder waren zu zweit, ich aber habe mich immer allein gefühlt.“*

Als einziges Mädchen unter Brüdern

Die lange andauernde Arbeitsunfähigkeit ihres Mannes und die schulischen Probleme ihres Sohnes war für sie eine Wiederholung des kindlichen Erlebens, keinen eigenen Entwicklungsraum zu haben. Sie erlebte dies als Angriff und Rücksichtslosigkeit: *„Die haben mir einen Strich durch die Rechnung gemacht!“* Wie früher als Kind fühlte sie sich durch die Bedürftigkeit ihres Mannes um eigene Wünsche und Bedürfnisse betrogen, denn es erschien ihr unmöglich, in der Versorgung und Fürsorge um ihn gleichzeitig eigene Ziele zu verfolgen. Der aggressive Affekt, der die Krankheit ihres Mannes bei ihr ausgelöst hatte und die mangelnde Empathie ihm gegenüber hingen mit der Benachteiligung gegenüber den Brüdern zusammen, da sich der Geschwisterkonflikt in ihrer jetzigen Familiensituation aktualisiert hatte.

Aktuelle Konflikte in der Beziehung zu den Brüdern nahmen in der Therapie bald breiten Raum ein und hatten einen wesentlichen Anteil an ihrer Symptomatik. Die Brüder, die in der Nähe der 76-jährigen Mutter wohnten, kümmerten sich um sie, dennoch war es die Patientin, die von der Mutter täglich angerufen wurde, obwohl sie 800 km entfernt lebte. In diesen Telefongesprächen beklagte sich die Mutter über die Söhne, erzählte ihr über ihre körperlichen Gebrechen und ihre Alltagsnöte und forderte Ratschläge, was die Patientin oftmals überforderte und hilflos machte. Oft fühlte sich Frau H. verpflichtet, zwischen der Mutter und den Brüdern zu vermitteln, erlebte aber immer wieder, dass die Mutter ihre Konflikte mit den Söhnen in deren Beisammensein verleugnete. Frau H. hatte dann das Gefühl, von der Mutter missbraucht und verraten zu werden. Sie fühlte sich jedoch unfähig, Grenzen zu setzen und bekam z.B. Schuldgefühle bei der Vorstellung, von sich aus telefonische Gespräche zu beenden. Sie fühlte sich wie als Kind in einer Elternfunktion der Mutter gegenüber.

Die Parentifizierung der Patientin hatte vermutlich in der postpartalen Depression der Mutter ihren Anfang genommen. Die Patientin hatte vermutlich eine Containerfunktion (Bion 2002) für die Mutter, die über das Leben der Brüder sprach, ohne Interesse am Leben der Tochter zu zeigen. Bei der Bearbeitung dieser Thematik wurde Frau H. zunehmend depressiver und hilfloser, als ob sie sich der Macht der Mutter nicht entziehen konnte. Sie hatte fast paranoide Ängste, der Mutter könne etwas passieren, wenn sie diese Funktion nicht mehr übernehmen würde. Ihr wurde zwar der narzisstische Gewinn der Parentifizierung deutlich, aber die Enttäuschung und das Gefühl des seelischen Missbrauchs dominierte. Die Patientin fühlte sich in der Beziehung zur Mutter und zu den Brüdern nicht existent. Ihr Verhalten war von der unbewussten Suche nach Anerkennung und Aufmerksamkeit motiviert. Wie als Kind fühlte sie sich von der Mutter betrogen, die sich den Söhnen gegenüber anders verhielt als ihr gegenüber. Die Mutter wäre bei ihnen gut gelaunt, witzig, fast flirtend, während sie die Patientin mit ihrem Leiden belastete. Wir verstanden, dass es Frau H. in der Übertragung erstmalig wagte, ihr „*falsches Selbst*“ (Winnicott 1974) von Stärke und Fassade abzulegen und mich mit ihrer Schwäche und Ängsten konfrontierte. Die auffallende Diskrepanz der unterschiedlichen Behandlung der Geschwister wurde vor dem Hintergrund der mütterlichen Geschichte für die Patientin verstehbar.

Tradierung der Geschwisterkonflikte

Die Mutter wuchs zwischen drei Brüdern auf und sei von ihnen verwöhnt worden. Der jüngste Bruder, „*hochintelligent und sensibel*“ war ihr Lieblingsbruder und sei im Krieg gefallen. Ein anderer verstarb ebenfalls frühzeitig. Die Mutter wäre über diesen Verlust nie hinweg

gekommen. Die Söhne stellten vermutlich unbewusst einen Ersatz für die verstorbenen Brüder dar und wurden aus diesem Grund vorgezogen.

Auch für die Patientin wiederholte sich in der Beziehung zu ihren Söhnen ihre erlebte Geschwisterdynamik. Die Geburt des zweiten Sohnes aktualisierte ihre Geschwistererfahrung mit den beiden Brüdern (vgl. Abarbanel 1983). Die überwertige Sorge um die schulischen Belange des Jüngeren schien eine Wiederholung der infantilen Erfahrung mit ihrem jüngeren Bruder zu sein.

Der erste Sohn hingegen war ähnlich erfolgreich wie ihr großer Bruder. Unbewusst inszenierte die Patientin eine Wiederholung der erlebten Konflikte mit ihm. So kam es im Laufe der Behandlung zu heftigen Konflikten mit dem fast 18-jährigen Sohn, der sie entwertete und auf eine typische Frauenrolle degradierte. Er schien, vermutlich aufgrund seiner Hochbegabung, narzisstisch hoch besetzt worden zu sein. Sie projizierte Konflikte auf ihn, die sie mit ihrer familial erlebten Benachteiligung als Mädchen konfrontierte. Sie erlebte seine Kritik z.B. auf ihre Tätigkeit im Haushalt als so kränkend, dass sie sich nicht abgrenzen und wehren konnte. Erst die Bearbeitung der Erfahrungen mit dem fünf Jahre älteren Bruder änderte ihre Haltung ihm gegenüber und verhalf ihr, sich stärker auf ihre elterliche Rolle zu fokussieren. Sie erkannte, wie sehr sie mit ihm unbewusst die Beziehung zu ihrem älteren Bruder wiederholt hatte. Ähnlich wie bei ihren Eltern blieb ihr Mann in diesen Auseinandersetzungen auffallend distanziert.

Frau H. erlebte, dass ihre gegenwärtige Haltung, sich hilflos und ausgeliefert zu fühlen, eine Wiederholung ihrer Kindheitserfahrungen war. Wie damals fühlte sie sich nicht wahrgenommen und unterstützt und litt unter der Dominanz der beiden Brüder. Die damit verbundenen unbewussten Aggressionen der Mutter und den Brüdern gegenüber kamen in ihren magischen Befürchtungen und Schuldgefühlen zum Ausdruck.

Die altruistische Abtretung war eine Kompensation und führte zu einer weiteren Bedrohung ihres unsicheren Selbstgefühls, was sich erstmalig in den Arbeitsstörungen zu Beginn ihres Studiums manifestierte. In der Analyse der Entstehungszusammenhänge der Migräneattacken konnten wir allmählich einen Zusammenhang zwischen der Symptomatik und den im Vorfeld stattfindenden Kontakten mit der Mutter herstellen. Dabei wirkte ihre anfängliche Zurückhaltung ähnlich wie ihre mittlere Geschwisterposition. Angesiedelt zwischen der Dramatik des Unfalls und der Sorge um die schulischen Probleme des Sohnes kamen ihre Bedürfnisse und Anliegen zu kurz.

Konflikte in der Weiblichkeitsentwicklung

Auch ihre Probleme in Bezug auf ihre Weiblichkeit wurden vor dem Hintergrund ihrer Geschwistererfahrung verstehbarer. Die ödipale Phase war durch die distanzierte und vermutlich ambivalente Beziehung zum Vater gekennzeichnet. Er vermochte sie in ihren weiblichen Bedürfnissen nicht genügend bestätigen. Sie lehnte Mädchenspiele ab und orientierte sich an den Brüdern, aus deren Beziehung sie sich aber auch ausgeschlossen fühlte. Die jungenhafte, männliche Orientierung, die die Patientin in ihrer Kindheit hatte, deuten auf einen persistierenden Penisneid, der sich in ihrem tiefen Gefühl, als Mädchen und Frau benachteiligt gewesen zu sein, ausdrückt.

Die Erfahrung, dass die Brüder von der Mutter offensichtlich bevorzugt und anders behandelt wurden, rief vermutlich Neid hervor (vgl. Kap. 3.6.5). Die Tatsache, dass sie nicht erinnerte, wann sie ihre Menstruation bekommen hatte, deutete auf eine Verleugnung ihrer Weiblichkeit und könnte Ausdruck eines persistierenden Penisneides gewesen sein. Die Partnerwahl schien ebenfalls durch ödipale Fixierungen aus der Beziehung zu den Brüdern motiviert gewesen zu sein. Die Patientin hatte vor ihrer Ehe Beziehungen zu Männern, bei denen sich ihre familiäre Situation reinszenierte. Die Bedürftigkeit der Partner ließ die Patientin, wie in der Beziehung zum kleinen Bruder, „zur Macherin“ werden.

Ich hatte in meiner Gegenübertragung als Reaktion auf ihre Konkurrenz das Erleben, dass die Patientin mir gegenüber unbewusste Ängste vor Kastration hatte und sich nur in dem Erleben von Dominanz sicher fühlen konnte.

Ihre Ängste, das Festhalten an der Symptomatik und die überwertigen Schuldgefühle wurden am Ende der Behandlung begreifbar, als Frau H. mit heftigen Schuld- und Schamgefühlen von sexuellen Vorfällen zwischen ihr und dem großen Bruder berichtete, als sie 11 Jahre alt war. Der Bruder hätte sie zu sexuellen Handlungen gezwungen, denen sie sich schutzlos und ausgeliefert gefühlt hätte. Die Angst vor ihm und die defizitäre Beziehung zu ihrer Mutter hätten dazu geführt, dass sie sich niemanden anvertraut hatte. Sie litt als Frau unter sexuellen Hemmungen, Anorgasmie und brachte ihre sexuellen Schwierigkeiten damit in Zusammenhang. Dieses Thema war schwer mit der Patientin zu bearbeiten. Die Abwehr war so groß, dass sie sich nicht damit auseinandersetzen wollte. Mir wurde noch einmal verständlicher, warum sie so viel Widerstand vor einer tiefergehenden analytischen Behandlung hatte. Ihre Angst davor war zu groß. Auch wenn die Behandlung sich als nicht so erfolgreich dargestellt hat, entwickelten sich die familiäre Situation und die Ehebeziehung im Verlauf der Behandlung positiv. Frau H. meinte, durch die Therapie nicht mehr so vorwurfsvoll ihrem Mann ge-

genüber zu sein. Allmählich begann sie vorausschauender und fürsorglicher mit ersten Anzeichen von Kopfschmerzen umzugehen und verweigerte auch eine medikamentöse Behandlung nicht mehr, wie es lange der Fall gewesen war.

Die Geschwisterthemen, die sich hier verdichteten, waren das Erleben von Ausgeschlossenheit, Dominanz und Benachteiligung, unbewusster Penisneid und Parentifizierung.

Die Diskussion der in den analytischen Behandlungen gewonnenen Erkenntnisse erfolgt im Anschluss nach der Darstellung des empirischen-extra-klinischen Teils.

7 Extra–klinisch–empirischer Teil: Aktenanalysen

7.1 Stichprobenauswahl und Auswahl der Daten

Die Stichprobenauswahl umfasst die Akten aller Patienten, die in dem Untersuchungszeitraum in der psychosomatischen Klinik des Theodor-Wenzel-Werks stationär behandelt worden sind. Die Einsicht in die Akten ist aufgrund des Datenschutzes ausschließlich auf der Station erfolgt. Die Stichprobe ist bezüglich der Altersstruktur, des Geschlechts, des Bildungsstandes, des Wohnortes, der Religiosität sowie des familialen und sozialen Hintergrundes der Patienten heterogen. Zum Zeitpunkt der Entlassung der Patienten befinden sich die entsprechenden Akten bis zur Fertigstellung der Arztbriefe auf der Station. Danach kommen sie ins Archiv der Klinik. Da es Patienten gibt, die wiederholt stationär aufgenommen werden, gibt es Patientenakten, die zum Zeitpunkt der erneuten stationären Aufnahme vom Archiv angefordert und nach abgeschlossener Behandlung ergänzt werden. Auf diese Weise habe ich auch Einblick in z.T. umfangreiche, ältere Akten bekommen.

Die Exploration von Krankenakten erwachsener psychisch erkrankter Personen ermöglicht erstens Aussagen darüber, ob Geschwisterkonflikte von Untersuchern beobachtet und dokumentiert werden.

Zweitens werden strukturelle Merkmale, also Geschwisterposition und Geschwisterkonstellation, erhoben. Um der psychoanalytischen Orientierung gerecht zu werden, geht es drittens auch um die Erfassung psychodynamischer Zusammenhänge.

In den Akten finden sich handschriftliche Aufzeichnungen der Therapeuten, Anamnesen sowie ärztliche Entlassungsberichte. Die Gültigkeit bezieht sich letztendlich auf das klinische Urteil qualifizierter Experten. Die Aufzeichnungen der Therapeuten sind unterschiedlich sowohl im Umfang als auch in der Art der Beschreibung der Inhalte therapeutischer Begegnungen mit den Patienten. Es gibt Protokolle und Anmerkungen von psychoanalytisch orientierten Einzeltherapiesitzungen, Gruppensitzungen, aber auch aus kunst- und ergotherapeutischen Behandlungsstunden. Zum Teil liegen Stundenprotokolle, Untersuchungsbefunde und handschriftliche Notizen vor. Die Akten weisen eine gewisse Heterogenität vor, in der subjektive Aspekte der Untersucher bezüglich der Inhalte als auch der Darstellung einfließen.

Die Arztbriefe hingegen sind bezüglich ihres Aufbaus standardisiert und gleichen selbst in älteren Krankenakten früherer stationärer Behandlungen einem vorgegebenen Schema. Sie

haben einen Umfang von zwei bis vier maschinengeschriebenen Seiten und sind unterteilt in Angaben zum Patienten, Diagnosen, Aufnahmegrund und Symptomatik, Eigenanamnese, soziale Situation, psychischer Befund, internistischer Aufnahmebefund, Therapie und Verlauf der Behandlung und Psychodynamik der Erkrankung. Da aber nicht immer Angaben zu Geschwistern in den Arztbriefen benannt werden und des Öfteren auch nur in den handschriftlichen Aufzeichnungen gemacht werden, sind alle Akten vollständig gelesen worden.

Es sind insgesamt im Zeitraum vom 29.05.2008 bis zum 11.06.2009 480 Akten gesichtet worden. 215 Akten können für die Studie nutzbar gemacht werden. Bei den übrigen Exemplaren finden sich entweder keine Aussagen zur Geschwisterkonstellation bzw. generell zu Geschwistern oder es handelt sich um Patienten, die als Kinder adoptiert wurden, in einem Heim oder in einer Pflegefamilie aufgewachsen sind. Selbst wenn Halb- oder Stiefgeschwister vorhanden sind, erscheint es mir problematisch, diese Patienten mit einzubeziehen, da viele Patienten aufgrund ihres Schicksals oft jahrelang keinen Kontakt zu ihren leiblichen Geschwistern hatten bzw. haben oder aufgrund der besonderen Stellung als Pflege- oder Adoptivkind nicht das Erleben hatten, ein „gleichwertiger“ Bruder oder Schwester zu sein. Diese Bedingungen würden zu einer Verfälschung der Aussagen beitragen. Aus diesem Grund werden nur die Akten nach Aussagen zu den Geschwistern ausgewählt, die eindeutig als Einzelkind bzw. Geschwisterkind aufwuchsen und die auch in ihrer Geschwisterposition kenntlich gemacht worden sind.

Einzelkinder werden in die Studie einbezogen, zum einen um überhaupt eine Aussage zu einem pathogenen Einfluss bestimmter Geschwistererfahrungen machen zu können, zum anderen finde ich es von Interesse, ob sich noch weitere Differenzierungen feststellen lassen.

Es ergeben sich folgende Daten zu den Patienten: Geschlecht, Alter, Geschwister, Aufnahmegrund und Symptomatik, Diagnosen nach ICD-10 und OPD, Angaben zur Anamnese und zur Psychodynamik.

7.1.1 ICD-10 Diagnosen

Psychische Störungen werden in der Psychiatrie meistens rein deskriptiv durch das Vorhandensein bestimmter Symptome definiert. Symptome sind von der Norm abweichende Erscheinungen, sowie Verhaltens- und Erlebensmuster, die in ihrer jeweiligen Zusammensetzung auch Störungen darstellen, wie sie z.B. bei Persönlichkeitsstörungen vorkommen.

In den weltweit eingeführten klassifikatorischen Systemen von ICD-10 werden alle Störungen nach relativ strengen Regeln operationalisiert, d.h. semiquantitativ erfasst. Dabei sollen von neun vorgegebenen Merkmalen zumindest fünf zutreffen, damit die Diagnose vergeben werden darf. Es geht um objektive Kriterien, die auch von anderen Beobachtern nachgeprüft werden können. In den Krankenakten finden sich zu jedem Patienten ICD-10 Diagnosen, die für die Untersuchung einbezogen werden. Als definiertes Instrumentarium zur deskriptiven Erfassung psychogener Störungen werden sie in Anlehnung an Ermann (2007,125) in als psychotherapeutische Diagnosen differenziert und klassifiziert (s. Tab. 7.1).

Tab. 7.1: Klassifikation psychogener Störungen nach ICD 10

Psychische Störungen	Psychosomatische Störungen	Reaktive und posttraumatische Störungen	Verhaltensstörungen	Persönlichkeitsstörungen
F32 depressive Episode	F44 dissoziative Störung	F43.0 akute Belastungsreaktion	F50 Essstörung	F60 Persönlichkeitsstörungen
F33 rezidivierende depressive Störung	F45 somatoforme Störung	F43.1 posttraumatische Belastungsstörung	F55 Abhängigkeitsstörung	
F34 Dysthymia	F51 Schlafstörung	F43.2 Anpassungsstörung		
F40 Phobische Störung	F52 sexuelle Funktionsstörung			
F41 sonstige Angststörung	F54 psychische Faktoren bei anderen Erkrankungen			
F42 Zwangsstörung	G43 Migräne * G44 Gastritis* I10 Hypertonie* K519 Colitis* K590 Obstipation* I208 Neurodermitis* N911 Amenorrhoe*			

*als klass. psychosomatische Erkrankungen hier mit aufgenommen (Modifiziert nach Ermann 2007, 125)

In dem psychiatrisch orientierten System der ICD-10 fällt auf, dass psychosomatische Störungen global behandelt werden und die Psychosomatosen nicht vorkommen, weil sie zu den internistischen Krankheiten gerechnet werden (Rudolf 1996, 296). Aus diesem Grund werden die mit *gekennzeichneten Organfunktionsstörungen und die Psychosomatosen wie Asthma, essentielle Hypertonie und Colitis Ulcerosa ebenfalls zu den Somatisierungsstörungen ge-

zählt, da sie nachweislich durch psychische Einflüsse determiniert sind (Uexküll 2003; Hoffmann & Hochapfel 1995).

Psychische Störungen sind, wie in Kap. 4.1 ausgeführt, neurotische Erkrankungen, deren Leitsymptomatik im Bereich der psychischen Funktionen, Affekte, Wahrnehmung und Denken liegen. Die Symptome haben entweder eine Abwehrfunktion einer Konflikt-Pathologie oder sind Folge einer Struktur-Pathologie.

Die psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen sind Manifestationen von psychogenen Störungen in Form von körperlichen Symptomen. Dabei werden Konversion und Somatisierung unterschieden (vgl. Kap.4.1, Ermann 2007).

Unter reaktiven Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen versteht Ermann psychogene Erkrankungen, die im Zusammenhang mit besonderen Belastungen, Krisen und Erlebnissen stehen. In den ICD-10 Beschreibungen werden traumatisch wirkende Ereignisse nicht differenziert. Unter Verhaltensstörungen subsumiert Ermann (2007, 282) pathologische Verhaltensmuster, die in Abgrenzung zum Erleben „*Handlungsvollzüge*“ beschreiben und Krankheitswert haben. Die Abgrenzung der Störungsbilder ist in Bezug auf die Persönlichkeitsstörungen schwierig. Es handelt sich um „*(...) Auffälligkeiten in den Grundhaltungen zur eigenen Person, in zwischenmenschlichen Beziehungen, gegenüber dem Leben und der Welt, die subjektiv als Beeinträchtigungen erlebt werden und objektiv zu Problemen bei der Lebensbewältigung und in sozialen Beziehungen führen.*“ (Ermann 2006, 169)

Diese Einteilung der Diagnosen hat den Vorteil, dass das beschriebene klinische Syndrom in gewissem Maße psychogene Aspekte mit abbildet. Die Hervorhebung des Leitsymptoms wie Depression, Zwang- oder Angstsyndrom weist auf eine neurotische Störungsebene hin, während z.B. reaktive und posttraumatische Störungen eine äußere Perspektive beinhalten. Die Kategorie Persönlichkeitsstörungen unterscheidet sich von diesen Konzepten, da hier strukturelle Defizite im Vordergrund stehen. Verhaltensstörungen sind deskriptiv und können neurotischen oder strukturellen Ursprungs sein.

In jeder Akte findet sich ein Arztbrief mit ICD-10 Diagnosen, der bei der Entlassung der Patienten von den behandelnden Ärzten verfasst wurde. Hinzu kommt, dass auch der einweisende Arzt oder Psychologe ICD-10 Diagnosen angibt. Man kann aufgrund der Tatsache, dass mehrere Ärzte und Psychologen diagnostizieren, von einer hohen Objektivität, Validität und Reliabilität bei diesen Diagnosen ausgehen. Alle Patienten haben Mehrfachdiagnosen.

In der klinischen Praxis wird mit der ersten Diagnose meist die vorherrschende Störung beschrieben. Für die vorliegende explorative Vorstudie wird aber darauf verzichtet, hier eine Gewichtung vorzunehmen oder z.B. nur die erste Störung für die Berechnungen aufzunehmen. Denn der klinische Alltag zeigt, dass es sich bei den Symptomen häufig um fließende Übergänge handelt. So ist z.B. eine Essstörung oft mit einer Persönlichkeitsstörung verbunden oder eine vorherrschende depressive Episode Folge einer Dekompensation einer anderen Störung. Ich habe aus diesem Grund alle ICD-10 Diagnosen in die Berechnung mit aufgenommen, um festzustellen zu können, ob es Unterschiede bezüglich der Störungsbilder und Geschwisterposition als auch Geschwisterkonstellation gibt. Die Gültigkeit der Diagnosen ist aber dadurch eingeschränkt, dass sie nicht mit Hilfe eines SKID Interviews²² überprüft worden sind.

Die ICD-10 Diagnostik ist ohnehin aufgrund ihres deskriptiven Charakters und ihrer psychiatrischen Orientierung vielfach kritisiert worden, da sie wenig über die Ursachen und aktuelle Dynamik der Störung aussagt (Hoffmann & Hochapfel; Rudolf 1996; Mentzos 2009; Ermann 2006). Aus diesem Grund ist zu befürchten, dass eine rein deskriptive Erfassung der Störungsbilder, ähnlich wie es die empirisch-quantitative Geschwisterforschung (Kasten 2006) schon gezeigt hat, wenig valide Ergebnisse bringt. Deshalb wird eine psychodynamische Perspektive in die Klassifikation der Störungen mit Hilfe der OPD mit einbezogen.

7.1.2 Psychoanalytisch orientierte Diagnostik – OPD

In der klinischen Situation finden psychoanalytische Konzepte und Konstrukte Anwendung, um psychische Funktionen und ihre Störungen zu erfassen. Die beobachtungsnahen Geschehnisse wie Übertragungsmuster und Affektkonstellationen werden vom Analytiker mit Hilfe seiner privaten impliziten Theorien gedeutet (Bohleber 2007). Auf die Chancen aber auch auf die Problematik der in der klinischen Praxis vorherrschenden Subjektivität wurde in Bezug auf das Forschungsverständnis der Psychoanalyse schon eingegangen (Kap.5.1). Eine Brücke zu dieser für Forschungszwecke problematischen Heterogenität schlägt die „*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*“ OPD, die 1992 als Arbeitskreis gegründet wurde. Bei der

²² SKID Interviews sind klinische strukturierte Interviews, die der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen dienen.

Gründung der OPD sollte die Klassifikation psychischer Störungen des ICD-10 um psychodynamische Dimensionen erweitert werden.

Es handelt sich um ein Instrument mit einem mittleren Abstraktionsniveau, das angesiedelt zwischen Verhaltensdeskription und metapsychologischer Begriffsbildung dennoch Raum für die Integration psychoanalytischer Konstrukte ermöglicht, auch wenn auf Schulen spezifischer Terminologie verzichtet wurde.

Die OPD konstituiert sich aus fünf Achsen, wobei die ersten vier einem psychodynamischen Verständnis entstammen. Sie basiert auf den Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur und auf psychische und psychosomatische Störungen nach ICD-10. Die wesentlichen Festlegungen in diesen vier Achsen stimmen mit psychoanalytischen Teilkonzepten überein, wobei Schlussfolgerungen auf der Ebene des Unbewussten nur vorsichtig und unter Bezug auf die vorgegebenen Operationalisierungen erfolgen sollten. Es gibt eine Kurzversion der einzelnen Achsen, die sich auch für die psychotherapeutische Praxis eignet, da man nicht jeden Fall so aufwendig dokumentieren kann, wie es das Manual ursprünglich für Forschungszwecke verlangte. Im Alltag von Psychotherapeuten und Kliniken wird meist eine heuristische Diagnostik betrieben, die dreidimensional ausgerichtet ist und das klinische Syndrom, die Ätiologie und das Strukturniveau erfasst. Die Ätiologie wird durch die Hinzufügung des maßgeblichen Konfliktes differenziert, sofern eine Konflikt-Pathologie und nicht eine Strukturpathologie vorliegt.

In der vorliegenden Stichprobe kommen in vielen Akten zusätzlich zu den ICD-10 Diagnosen Kurzdiagnosen nach der OPD vor. Sie werden als psychodynamische Diagnosen in die Studie aufgenommen. Die OPD Diagnosen bilden die zweite Gruppe der Variablen, die mit Geschwistervariablen korreliert werden sollen. Aber die OPD- wie auch die ICD-10 Diagnosen sind ohne andere Rater erhoben worden, sodass auch hier keine Reliabilität beansprucht werden kann.

Um einer über das Deskriptive hinausgehenden Erfassung der Geschwisterbeziehung gerecht zu werden, werden die Krankenakten im Anschluss daran auf inhaltliche Aussagen zu früheren und gegenwärtigen Geschwistererfahrungen gesichtet, mit dem Ziel tiefer gehende und psychodynamische Aspekte zu ermitteln. Das Verstehen der Psychodynamik aus psychoanalytischer Perspektive unterscheidet sich von einem standardisierten Vorgehen. So schreibt Mentzos:

„Diese Suche sollte sich gerade nicht auf das Deskriptive beschränken, sondern auch eine Klassifikation der Variationen der Psychodynamik zum Ziel haben.“ (Mentzos 2009 , 83)

7.1.3 Erhebung psychodynamischer Geschwisterkonflikte

Da Geschwisterkonflikte und Geschwisterobjektrepräsentanzen bislang wenig Eingang in Diagnostik und klinische Beobachtung gefunden haben, ist es zunächst von Interesse, ob und wenn ja welche Aussagen und Themen zu Geschwistern in den Akten vorkommen. Die relativ hohe Anzahl von Akten, die nicht nutzbar gemacht werden können, zeigt, dass diese Perspektive im klinischen Alltag wenig berücksichtigt wird.²³

Für die vorliegende Studie wurden die Akten inhaltsanalytisch ausgewertet. In Anlehnung an den von Mayring (2006) formulierten Anforderungen an eine qualitative Inhaltsanalyse wird das Material inhaltlich nach Geschwisterthemen strukturiert. Es handelt sich um eine typisierende Strukturierung einzelner markanter Ausprägungen im Datenmaterial. Ausgangsbasis sind die Akten und die dort gefundenen Befunde und Aussagen. Dabei geht es sowohl um Selbstaussagen der Patienten, z.B. in Gesprächsprotokollen einer therapeutischen Sitzung als auch um Aussagen und Beobachtungen der Therapeuten. Dieser inhaltlichen Strukturierung folgt eine Erfassung von Häufigkeiten von bestimmten wiederkehrenden Themen und Konflikten, sodass eine diesbezügliche quantitative Erhebung möglich ist.

Ich möchte im Folgenden die einzelnen Themen und Konfliktbereiche näher beschreiben und Ankerbeispiele nennen, die ich in den Akten gefunden habe. Dabei geht es um Aussagen von den behandelnden Therapeuten und/ oder um Selbstaussagen der Patienten.

Insgesamt lassen sich zehn Konfliktbereiche beschreiben. Diese Variablen lassen sich in zwei Bereiche unterteilen. Die ersten vier Variablen haben einen direkten Bezug zu der Geschwisterbeziehung, d.h. es handelt sich um direkte Aussagen zu der früheren und/oder gegenwärtigen Geschwistererfahrung und um Konflikte, die explizit mit der Geschwistererfahrung in Zusammenhang gebracht werden. Dazu zählen erstens Verantwortung, Überforderung und Sorge für einen Bruder oder einer Schwester, zweitens Erfahrungen, sich aus der Geschwis-

²³ Interessanterweise änderte sich dieses in dem Jahr, in dem ich die Akten durcharbeitete. Da die behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten von meiner Arbeit wussten, gab es bei neuen Patienten zunehmend mehr Daten und Aussagen zu den Geschwisterbeziehungen und -konstellationen. Dies ist ein Beispiel dafür, wie der Forschungsprozess selbst im Rahmen der Feldforschung den Gegenstand ändert (Mayring 2006).

terbeziehung ausgeschlossen zu fühlen, drittens das Erleben von Dominanz durch Geschwister, viertens Rivalität und Neid gegenüber einem Geschwisterteil.

Weitere sechs Variablen werden auf dem Hintergrund der entwicklungspsychologischen und theoretischen Überlegungen (vgl. Kap. 3 und 4) als Indikatoren für unbewusste Geschwisterkonflikte gebildet, für die sich ein statistischer Zusammenhang mit der jeweiligen Geschwisterposition und -konstellation nachweisen lassen müsste. Dazu zählen Konfliktbereiche, die mit der Erfahrung von Entthronung, mit dem Erleben von emotionalem Mangel in der Familie, mit der Beschreibung von Parentifizierung, mit familialen Loslösungsproblemen mit Konflikten von Nähe und Distanz und mit diagnostiziertem Altruismus zu tun haben.

Ich möchte im Folgenden die einzelnen Themen und Konfliktbereiche näher beschreiben und Ankerbeispiele nennen, die ich in den Akten gefunden habe. Dabei geht es um Aussagen von den behandelnden Therapeuten und/ oder um Selbstaussagen der Patienten.

Verantwortung, Überforderung und Sorge

Die Variable Verantwortung, Überforderung und Sorge bezieht sich ausschließlich auf die Geschwisterbeziehung. Diese Kategorie findet dort Anwendung, wo es Aussagen dazu gibt, dass ein Patient bzw. eine Patientin Verantwortung für die Geschwister hat oder hatte oder für sie sorgen muss und dieses als Überforderung erlebt wurde bzw. wird. Dieses kann sich auch darauf beziehen, dass Patienten sich z.B. gegenwärtig stark um einen Bruder oder eine Schwester sorgen. So hat sich z.B. eine Patientin frühzeitig entlassen lassen, da sie sich aufgrund der Sorge um ihren jüngeren auffällig gewordenen Bruder nicht auf das Therapiesetting einlassen konnte.

Sich aus der Geschwisterbeziehung ausgeschlossen fühlen

Diese Variable bezieht sich auf die Stellung des Patienten in einer Geschwisterkonstellation von mehr als zwei Kindern. Es finden sich in den Akten Aussagen von Patienten, dass sie sich explizit aus der Geschwisterbeziehung ausgeschlossen fühlten.

„ Ich habe mich immer außen vor gefühlt. Meine Schwestern hatten nie Interesse an mir, auch heute nicht. “

Dominanz von Geschwistern erlebt

In den Akten finden sich Aussagen, die sich darauf beziehen, dass der Patient bzw. die Patientin als Kind oder gegenwärtig unter der Dominanz von Geschwistern gelitten hat oder immer

noch leidet. Dies wird entweder als Aggression erfahren oder als erzieherisches Verhalten dem Patienten gegenüber. Ankerbeispiele sind z.B.:

„Meine Schwester hat immer über mich bestimmt, noch heute versucht sie, mir zu sagen, was ich machen soll.“

„Mein Bruder hat sich ständig mir gegenüber durchgesetzt.“

Erleben von Rivalität und Neid

Diese Konflikte werden dann einbezogen, wenn sie direkt mit der Geschwisterbeziehung beschrieben werden. Patienten oder Behandler berichten z.B. von Benachteiligung oder von Neid auf ein oder mehrere Geschwister neidisch waren.

„Meine Mutter hat meine kleine Schwester schon immer vorgezogen. Noch heute bekommt sie mehr von ihr als ich, ohne dass sie irgendwas dafür tun muss.“

Entthronung

Entthronung ist ein Konzept, das schon früh in der Psychoanalyse der Geschwisterbeziehung beschrieben wurde (vgl. Kap. 2.2.1). Der Begriff ist bekannt und wird von den behandelnden Ärzten und Therapeuten in den Akten vermutlich auch deshalb verwendet. Als Ankerbeispiel für diesbezügliche Konflikte der Patienten fungieren Selbstaussagen wie:

„Als mein Bruder geboren wurde, war plötzlich alles anders. Ich zählte nicht mehr viel für meine Eltern.“

„Der Patient erinnert Eifersucht bei der Geburt meiner Schwester gewesen sein.“

Emotionaler Mangel in der Familie erlebt

Hier geht es darum, dass Patienten emotionale Zurückweisung beschreiben, die sich sowohl auf die Geschwister als auch auf die Eltern bezieht. Hier werden Aussagen z.B. auch von den Therapeuten gezählt, die sich auf das allgemeine emotionale Klima in der Familie beziehen und die Geschwisterbeziehung mit einbeziehen.

„Der Patient erlebte massive emotionale Defizite in der Familie.“

„Mit meinen Geschwistern gab's nur Streit.“

Parentifizierung

Der Begriff Parentifizierung wurde in Kapitel 4.1 eingeführt. In den Akten wird er bei Patienten benutzt, die von ihren Eltern in eine besondere Rolle als Kind gedrängt worden sind oder heute noch als Erwachsene Elternfunktionen für ihre Eltern innehaben. Es werden aber auch Fälle mit aufgenommen, wo dieser Begriff nicht explizit verwendet wird, aber entsprechende Muster beschrieben werden, Ankerbeispiele dafür sind:

„Patient/in musste immer für die Mutter da sein“

„Patient/in sollte wie eine Mutter für den Vater sorgen.“

„Patient/in war Partnerersatz.“

Familiale Loslösungsprobleme

Hier geht es um Aussagen, die Ablösungsprozesse von der Familie beschreiben. Es handelt sich um Beobachtungen und Einschätzungen der Behandler, die von Ablösungskonflikten der Patienten handeln.

Nähe und Distanz

Konflikte um Nähe und Distanz sind sowohl von den Untersuchern als auch von den Patienten in Bezug auf die Erfahrungen mit Mitpatienten während des stationären Aufenthaltes, als auch in Bezug auf Partnerbeziehungen und familiäre Beziehungen benannt worden.

Altruismus

Als Altruismus wird in der Psychoanalyse ein Abwehrmechanismus beschrieben, der auf dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen aus der Geschwistererfahrung resultieren kann (vgl. Kap. 3 und 4). Dieser Begriff findet sich explizit in den Akten. In einigen Fällen wird er inhaltsanalytisch erschlossen. Als Ankerbeispiel dienen Selbstaussagen wie:

„Ich opfere mich immer für andere auf!“

„Ich erfülle erst einmal die Wünsche aller anderen, bevor ich was für mich tue.“

Diese zehn Themen und Konfliktbereiche werden im Folgenden als psychodynamische Konflikte titulierte und sollen wie die ICD-10 und OPD-Diagnosen ebenfalls mit Hilfe von Kreuztabellen zu der Geschwisterposition als auch zur Geschwisterkonstellation in Beziehung gesetzt werden. Abschließend sollen nun die Bereiche formuliert werden, die aufgrund der theoretischen Überlegungen als Hypothesen formuliert werden können.

7.2 Zielvorstellungen der Studie

Die Studie verfolgt das Ziel Geschwisterkonflikte in ihren langandauernden Effekten zu explorieren. Dabei soll erstens der Frage nachgegangen werden, ob es in den Akten von psychisch erkrankten Patienten zwischen Einzel- und Geschwisterkindern statistisch nachweisbare Unterschiede in Bezug auf die ICD- und auf die OPD-Diagnosen als auch in Bezug auf die formulierten psychodynamischen Konflikte gibt. Daraus ließe sich die Hypothese generieren, dass Geschwisterkonflikte einen Einfluss auf psychische Störungen haben. Darüber hinaus wird die Frage verfolgt, ob es in Bezug auf die Diagnosen und auf die psychodynamischen Konflikte Unterschiede hinsichtlich der erfahrenen Geschwisterposition gibt. Von Interesse ist zudem, ob Hypothesen gebildet werden können, die auf geschlechtsspezifische Unterschiede der Geschwisterkonstellation in Bezug auf diese Variablen hinweisen. Damit einher geht die Annahme, dass auch die Geschwisterkonstellation einen Einfluss auf psychische Erkrankungen hat.

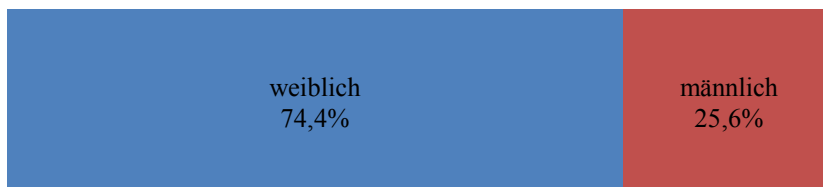
7.3 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden für eine übersichtliche Darstellung hier nur die relevanten Ergebnisse aufgeführt.

7.3.1 Allgemeine Daten

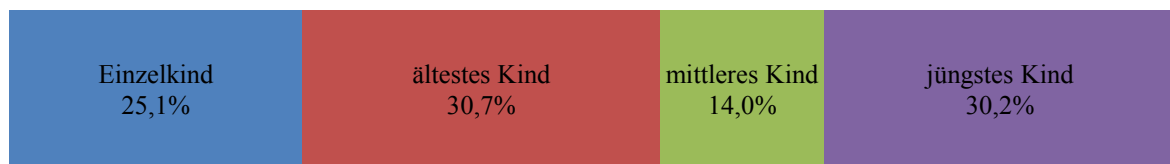
Die allgemeinen Daten beziehen sich auf die Anzahl der untersuchten Patienten, differenziert nach Geschlechtszugehörigkeit als auch nach strukturierenden Variablen ihrer Geschwisterbeziehungen, in denen sie aufgewachsen sind.

Abb. 7.1: Geschlechterverteilung



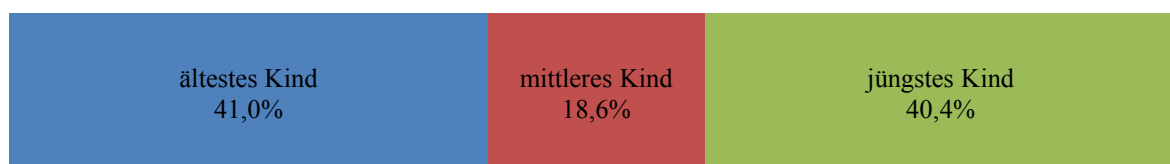
Quelle: eigene Berechnungen; N=215

Abb. 7.2: Geschwisterposition



Quelle: eigene Berechnungen; N=215

Abb. 7.3: Geschwisterposition, ohne Einzelkinder



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

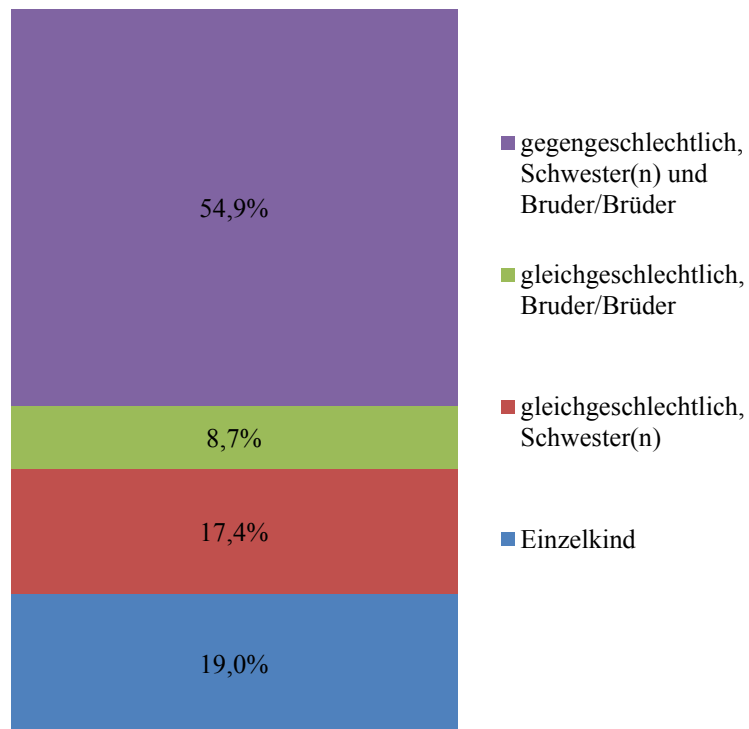
Die Stichprobe umfasst 215 Patienten, davon sind über zwei Drittel (74,4%) weiblich und knapp ein Drittel (25,6%) männlich.

Die Geschwisterpositionen dieser Patienten werden unterteilt in die Kategorien Einzelkind, ältestes-, mittleres- und jüngstes Kind. 25,1% sind Einzelkinder, 30,7% sind Erstgeborene, 14,0% haben eine mittlere Geschwisterposition und 30,2% sind jüngste Kinder.

Lässt man die Einzelkinder weg, ergeben sich 41,0% älteste Kinder, 18,6% mittlere und 40,4% jüngste Kinder.²⁴

²⁴ Diese Verteilung entspricht ungefähr der Normalverteilung, wenn auch die Werte für die mittleren und jüngsten in den Daten etwas höher sind (Kasten 2006).

Abb. 7.4: Geschwisterkonstellation



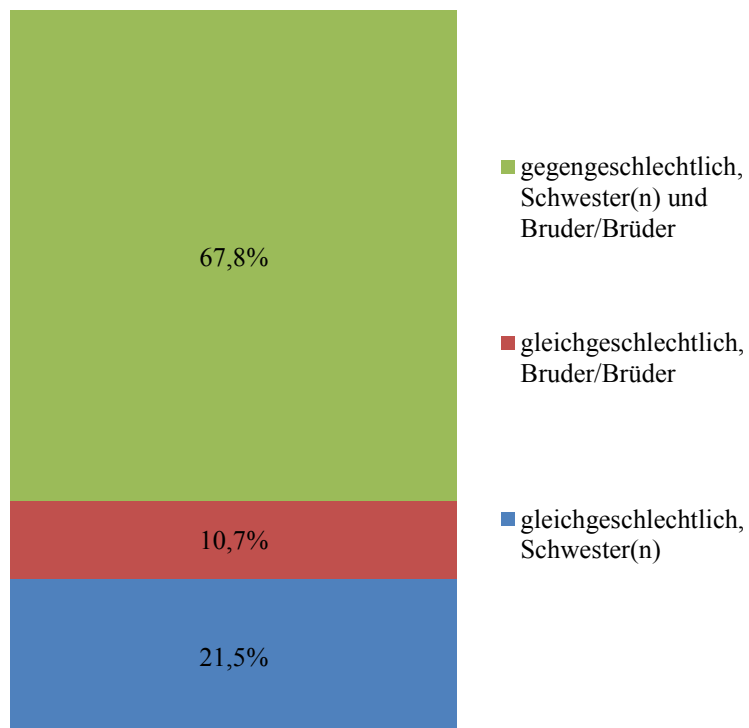
Quelle: eigene Berechnungen; N=215

Bezüglich der Geschwisterkonstellation sind etwa ein Fünftel (19,0%) Einzelkinder.

17,4% der Patientinnen haben eine Schwester.

8,7% der männlichen Patienten haben einen Bruder, während gegengeschlechtliche Geschwisterkonstellationen mit einem Anteil von mehr als der Hälfte (54,9%) am häufigsten repräsentiert sind.

Abb. 7.5: Geschwisterkonstellation, ohne Einzelkinder

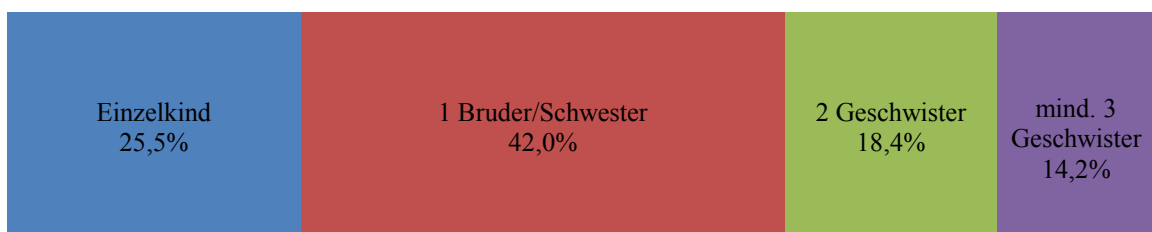


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Lässt man die Einzelkinder bei der Betrachtung der Geschwisterkonstellationen außen vor, ergibt sich in Bezug auf die Geschwisterkonstellation eine überaus starke Repräsentanz von 67,8% gegengeschlechtlichen Geschwisterkonstellationen.

21,5% sind Schwestern- und 10,7% sind Brüderkonstellationen.

Abb. 7.6: Anzahl an Geschwistern



Quelle: eigene Berechnungen; N= 212

Abb. 7.7: Anzahl an Geschwistern, ohne Einzelkinder



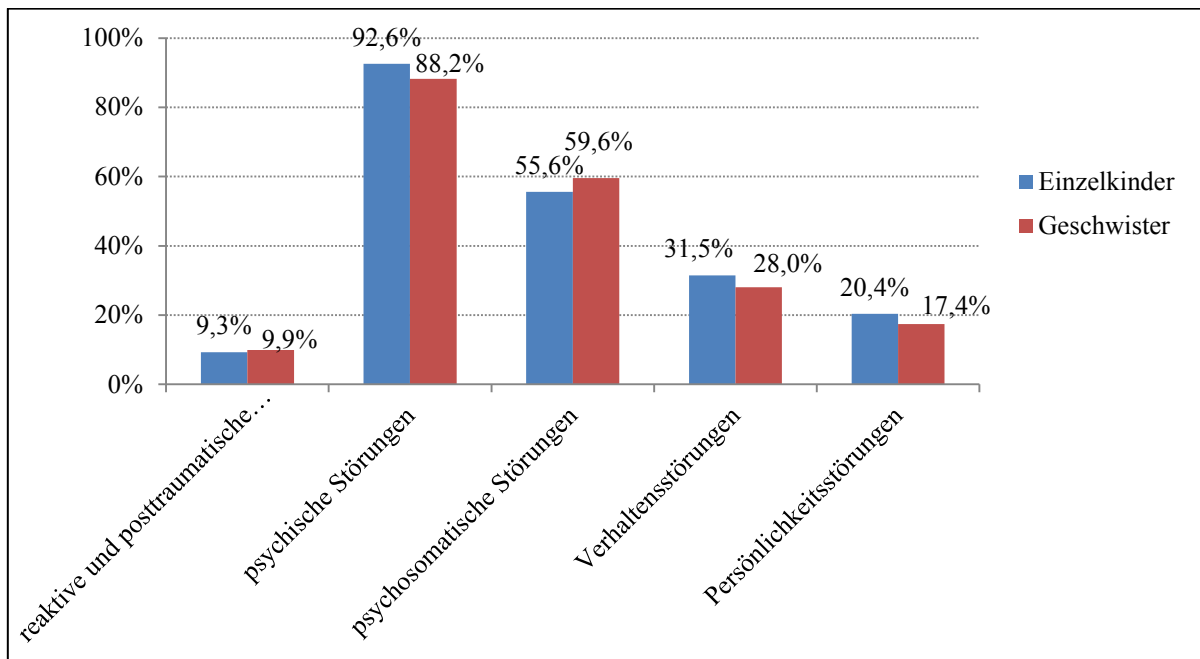
Quelle: eigene Berechnungen; N= 161

Etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Patienten (56,3%) haben ein Geschwisterteil, etwa ein Viertel (24,7%) ist mit zwei weiteren Geschwistern aufgewachsen, ungefähr ein Fünftel (19,0%) hat mindestens drei Geschwister. Gemessen an dem weitaus geringeren Anteil an männlichen Patienten kann postuliert werden, dass der Anteil von Schwestern mit einem oder mehreren Brüdern hier stärker als Patientinnen vertreten sind als gleichgeschlechtliche Schwesternkonstellationen.

7.3.2 Psychogene Störungen nach ICD-10

In einem ersten Schritt soll untersucht werden, ob es einen statistisch nachweisbaren Unterschied bei den Diagnosen zwischen Patienten gibt, die als Einzelkinder oder mit Geschwistern aufgewachsen sind.

Abb. 7.8: Anteil an Einzelkindern und Patienten mit Geschwistern an Diagnosen (Spaltenprozente)



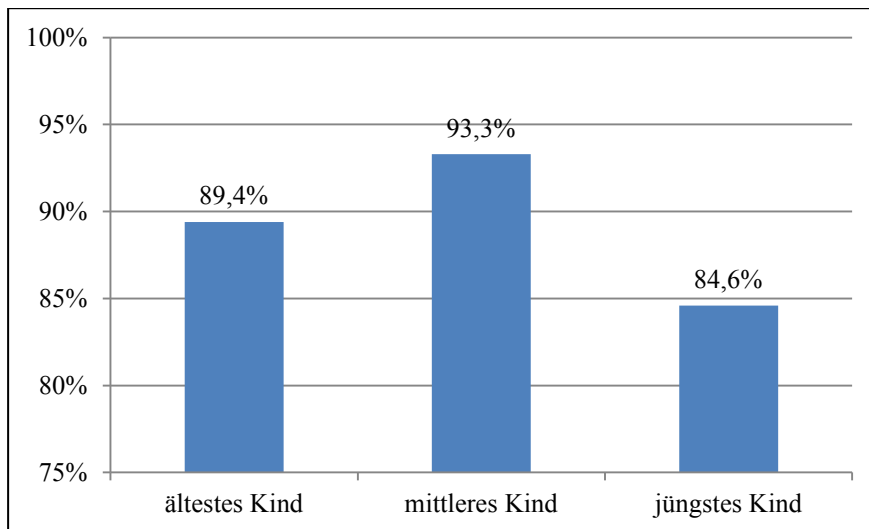
Quelle: eigene Berechnungen; N=215 (Einteilung nach Ermann 2007)

Es fällt auf, dass es kaum Unterschiede zwischen Einzel- und Geschwisterkindern bezüglich der ICD-10 Diagnosen gibt. Der Anteil an Patienten mit reaktiven und posttraumatischen als auch mit psychischen Störungen ist bei Einzel- und bei Geschwisterkindern annähernd gleich. Bei den übrigen diagnostizierten psychosomatischen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen ergeben sich nur leichte Differenzen zwischen 0,6 und 4,0 Prozentpunkten. Aufgrund des überwiegend deskriptiven Charakters der ICD-10 Diagnosen überrascht dieses Ergebnis nicht.

Wenden wir uns nun den einzelnen Geschwisterpositionen und Konstellationen mit der Frage zu, ob es hier Unterschiede gibt. Hier zeigen sich nur in Bezug auf die psychischen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen Unterschiede. Bei den anderen Diagnosen waren die Fallzahlen und die Verteilung auf die einzelnen Zellen so gering, dass hier keine Aussagen möglich sind.

Psychische Störungen nach ICD-10

Abb. 7.9: Geschwisterposition von Patienten mit psychischen Störungen (Spaltenprozent)

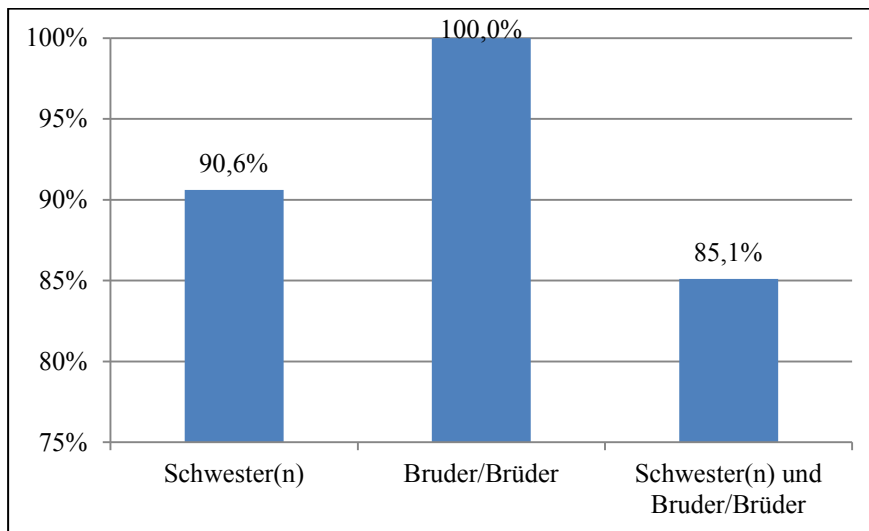


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Der Anteil an Patienten mit psychischen Störungen, die eine mittlere Geburtsposition haben, ist vor allem gegenüber den Patienten, die jüngstes Kind sind, mit einem Abstand von 8,7 Prozentpunkten am größten. Der Chi-Quadrat Test zeigt aber nur ein Niveau von 0,438, so dass dieses Ergebnis nicht signifikant ist.

Im Folgenden geht es um den Zusammenhang zwischen der Diagnose psychische Erkrankung und Geschwisterkonstellation.

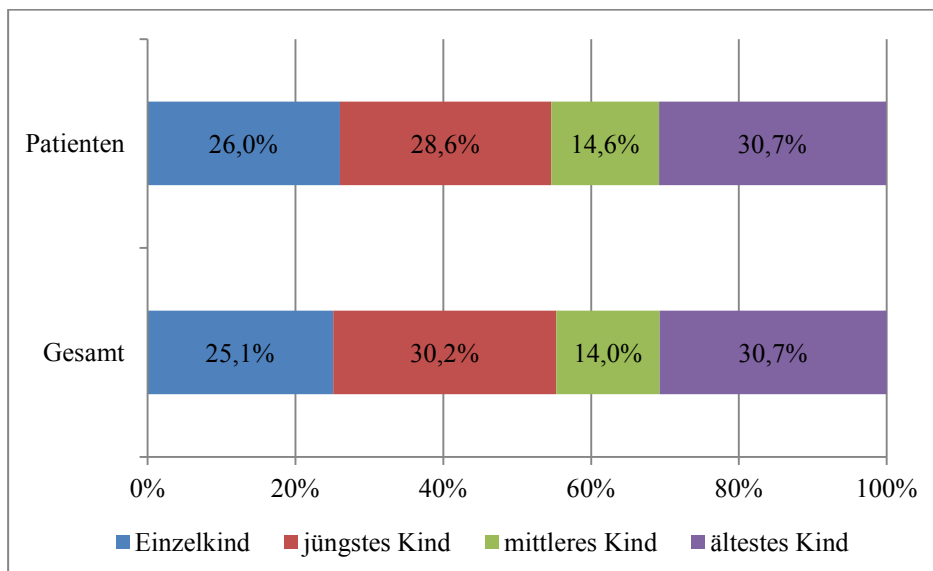
Abb. 7.10: Geschwisterkonstellation von Patienten mit psychischen Störungen (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Gleichgeschlechtliche Geschwisterkonstellationen haben den höchsten Anteil an psychischen Störungen. Dabei weisen Brüderkonstellationen den höchsten Anteil auf. Bezieht man Einzelkinder in die Berechnungen mit ein, da sie ja auch als Erstgeborene gelten können, ergeben sich folgende Ergebnisse.

Abb. 7.11: Psychische Erkrankungen, differenziert nach der Geschwisterposition einschließlich Einzelkinder

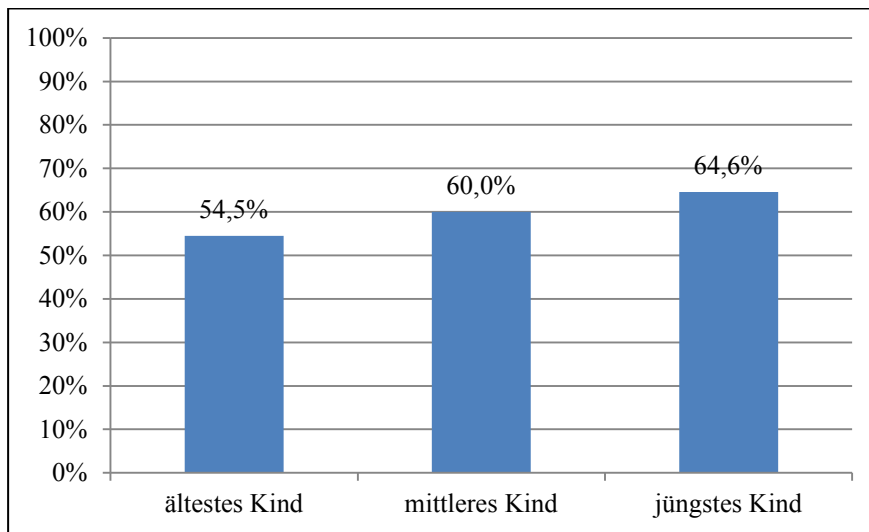


Quelle: eigene Berechnungen; N=215

Die Einzelkinder haben einen ähnlich hohen Anteil an psychischen Störungen wie die jüngsten und erstgeborenen Geschwister.

Psychosomatische Störungen nach ICD 10

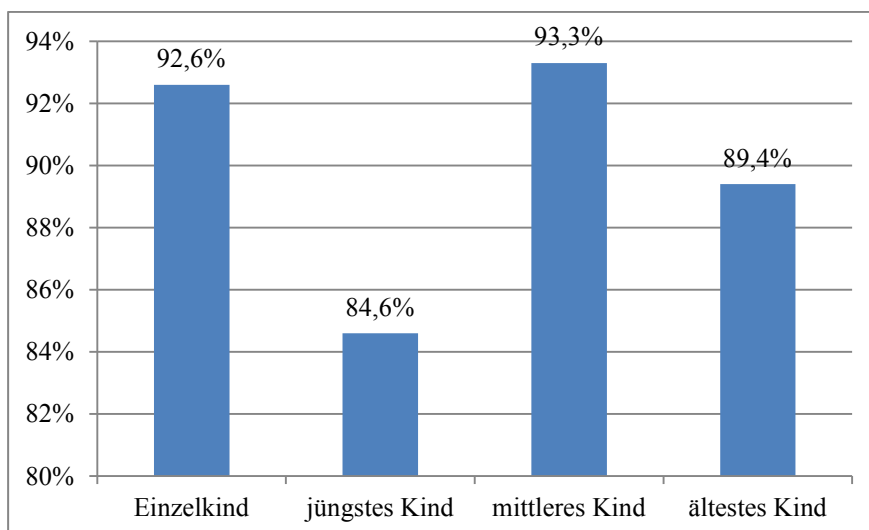
Abb. 7.12: Geschwisterposition von Patienten mit psychosomatischen Störungen (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Die Patienten, die eine jüngste Geschwisterposition aufweisen, haben den höchsten Anteil an psychosomatischen Störungen, 10,1 Prozentpunkte mehr als Patienten mit der ältesten Geschwisterposition. Es ergibt keine Signifikanz.

Abb. 7.13: Psychosomatische Erkrankungen, differenziert nach der Geschwisterposition einschließlich Einzelkinder



Quelle: Eigene Berechnungen; N=215

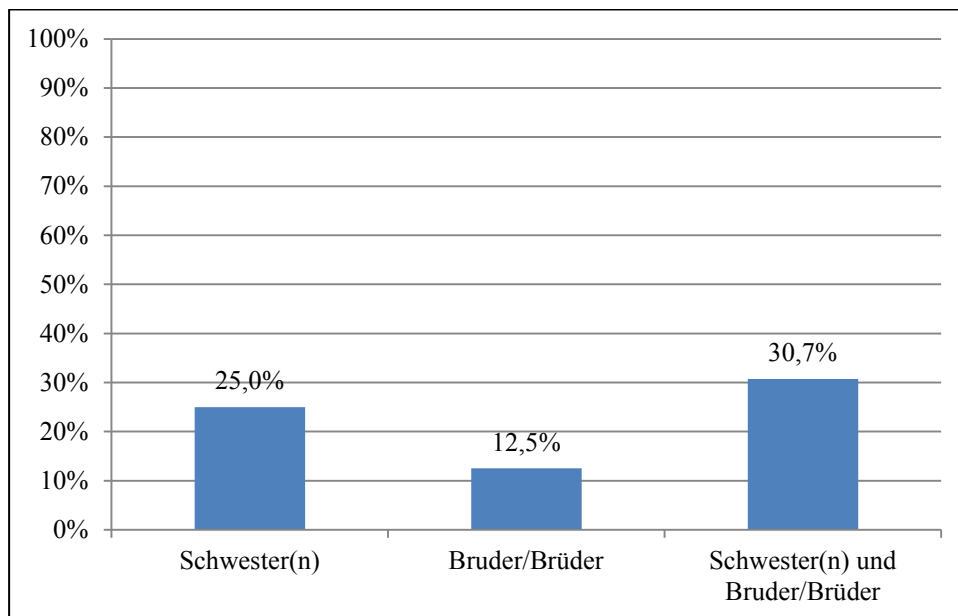
Der Anteil der Einzelkinder ist bei den psychosomatischen Störungen am größten.

In Bezug auf psychosomatische Störungen gibt es bezüglich der Konstellation kaum nennenswerte Unterschiede.

Verhaltensstörungen

Bei den Verhaltensstörungen lässt sich nur hinsichtlich der Geschwisterkonstellation eine Tendenz ablesen. Verhaltensstörungen sind bei gegengeschlechtlichen Geschwisterpaaren am häufigsten zu verzeichnen. Aber da hier auch Essstörungen subsumiert werden, darf der Effekt nur bedingt als Folge der Geschwisterkonstellation betrachtet, denn vermutlich spielen geschlechtsspezifische Aspekte eine übergeordnete Rolle, da mehr Mädchen an Essstörungen erkranken.

Abb. 7.14: Geschwisterkonstellation von Patienten mit Verhaltensstörungen (Spaltenprozente)

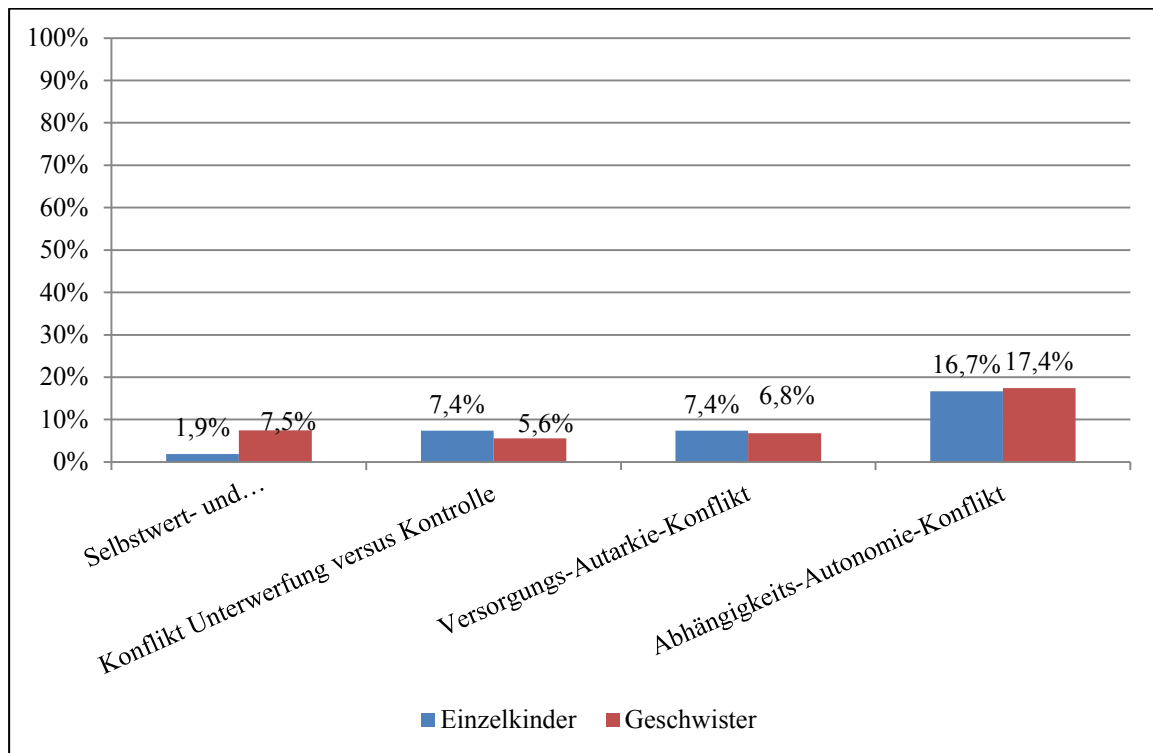


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

7.3.3 Psychodynamische Konflikte nach OPD

Aufgrund der Mehrfachnennungen der ICD-10 Diagnosen ergeben sich bei den nun aufgeführten OPD-Konflikten noch kleinere Fallzahlen (N= 68) innerhalb der einzelnen Ausprägungen, da hier meist nur eine Diagnose vergeben wurde. Erschwerend kommt hinzu, dass nur ein Teil der Patienten nach der OPD diagnostiziert wurde. Es werden daher nur diejenigen OPD-Konflikte mit einer Häufigkeit von mehr als zehn Fällen aufgeführt, damit die Fallzahlen nicht zu klein werden.

Abb. 7.15: Anteil an Einzelkindern und Patienten mit Geschwistern an psychodynamischen Konflikten (Spaltenprozepte)

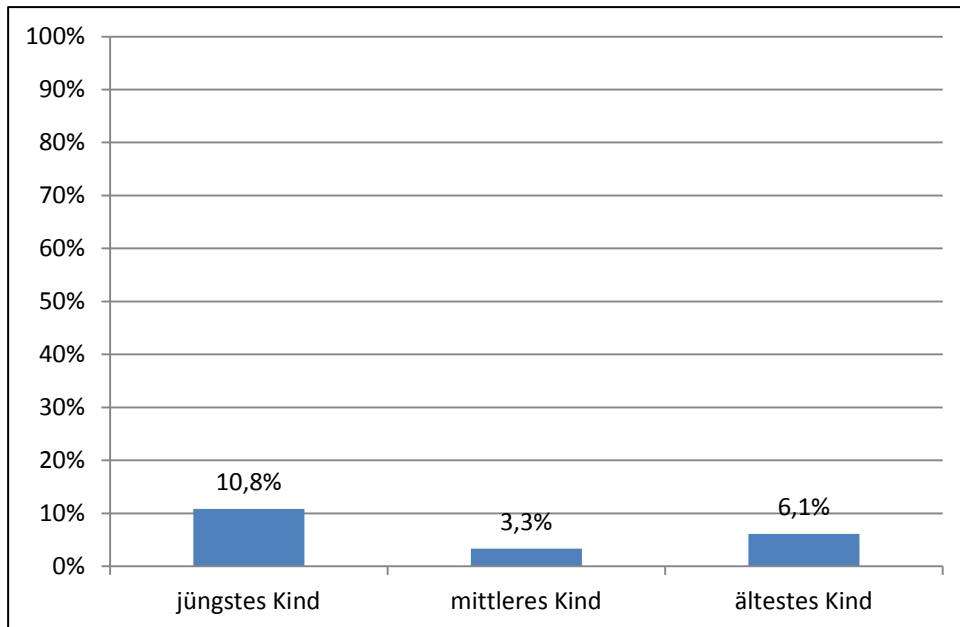


Quelle: eigene Berechnungen; N=215 (N=68)

Selbstwert- und Individuationskonflikte tauchen fast ausschließlich bei Patienten auf, die als Geschwisterkind aufgewachsen sind. Bei den anderen Konflikten nach OPD gibt es in Bezug auf die Einzel- und Geschwisterkindern keine nennenswerten Unterschiede. Die Unterschiede belaufen sich auf 0,6 bis höchstens 1,8 Prozentpunkte. Ich habe aus diesem Grund die Selbstwert- und Individuationskonflikte mit den Konflikten Entwicklungsverzicht und Identitätsdiffusion zusammengefasst. Die Variablen Position und Konstellation werden hier je nach Konflikt gemeinsam dargestellt, da sie so besser zu interpretieren sind.

Selbstwert- und Individuationskonflikte

Abb. 7.16: Geschwisterposition von Patienten mit Selbstwert- und Individuationskonflikt/Entwicklungsverzicht/Identitätsdiffusion

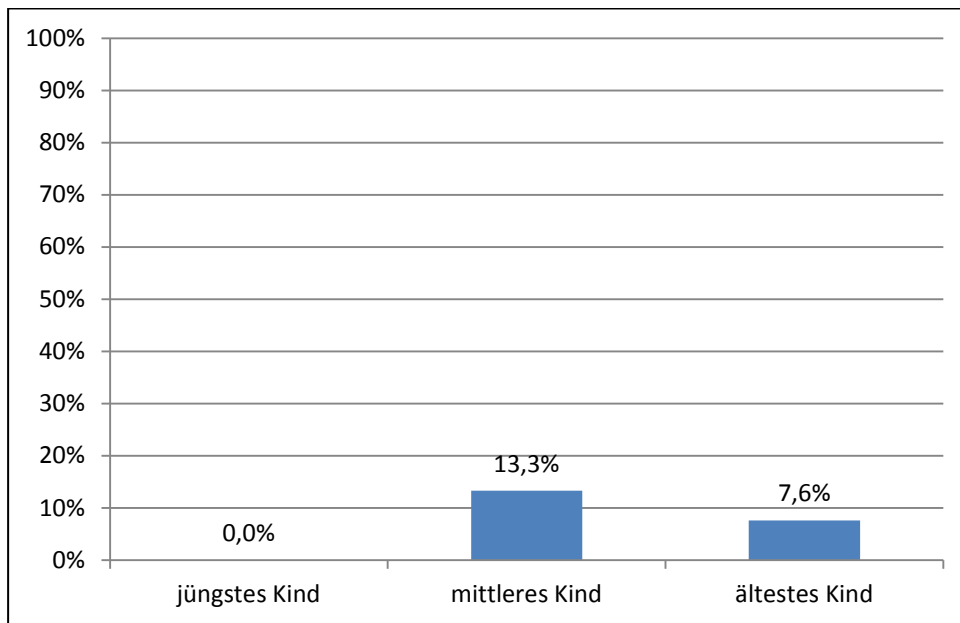


Quelle: eigene Berechnungen; N=161 (N=68)

Selbstwert- und Individuationskonflikt bzw. Entwicklungsverzicht oder Identitätsdiffusion kommen bei Patienten mit jüngerer Geschwisterposition vergleichsweise häufiger vor. In Bezug auf die Konstellation ergibt sich keine Differenzierung.

Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle

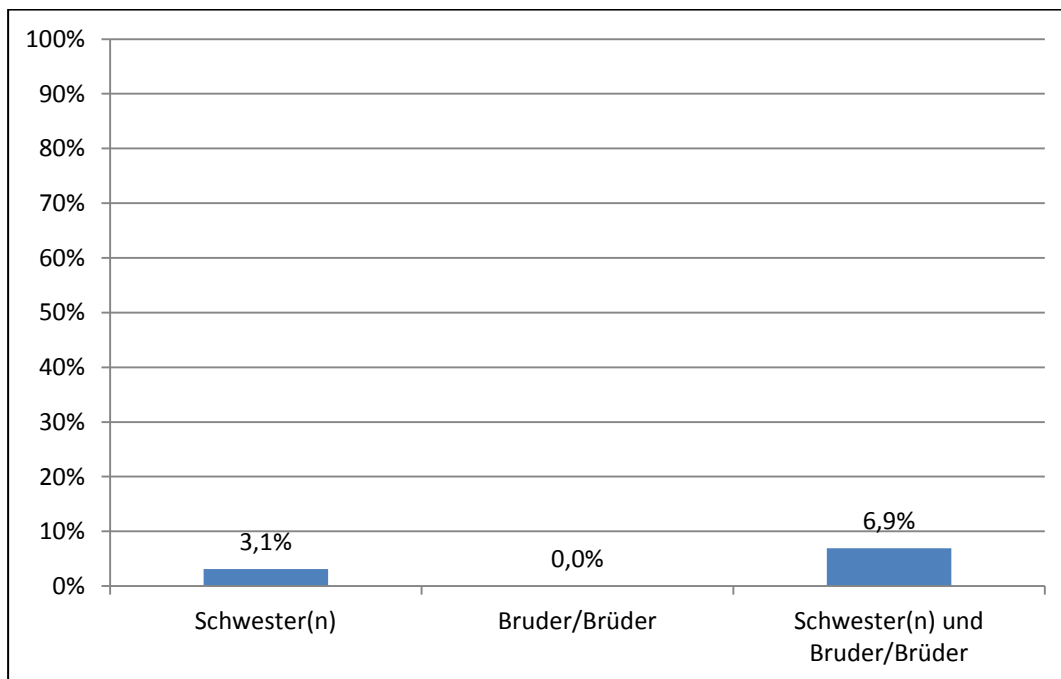
Abb. 7.17: Geschwisterposition von Patienten mit einem Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161 (N=68)

Patienten mit mittlerer Geschwisterposition haben den höchsten Anteil am Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle, der bei jüngsten Kindern wiederum nie auftritt.

Abb. 7.18: Geschwisterkonstellation von Patienten mit einem Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle (Spaltenprozent)

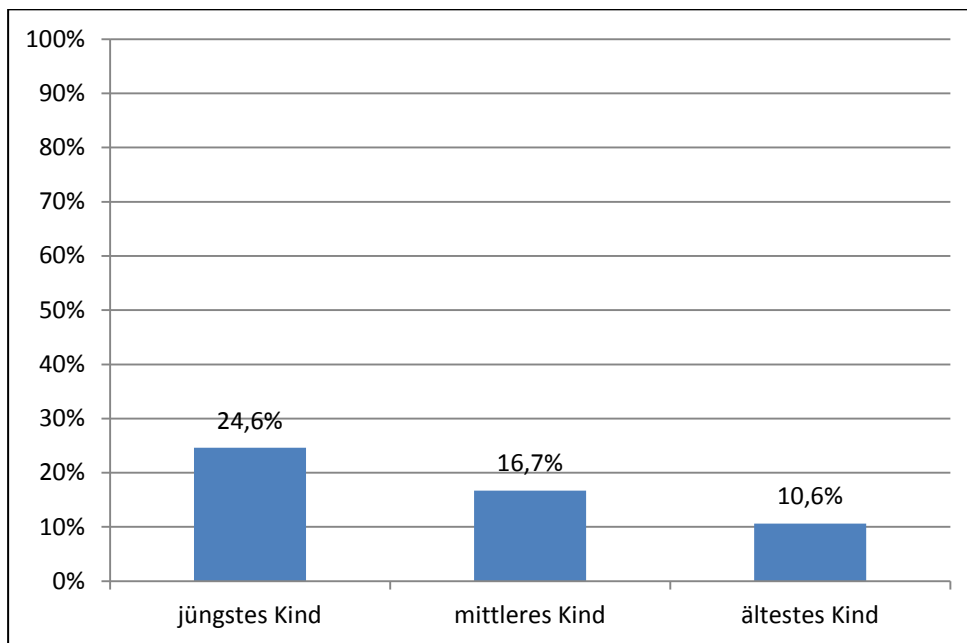


Quelle: eigene Berechnungen; N=161 (N=68)

Gegengeschlechtliche Konstellationen haben den höchsten Anteil an Konflikten von Unterwerfung versus Kontrolle (Spaltenprozent), die Fallzahlen sind jedoch sehr gering. Dennoch ist interessant, dass bei männlichen Patienten, die mit Brüdern aufgewachsen sind, hier keine Konflikte diagnostiziert wurden.

Abhängigkeits- Autonomiekonflikte

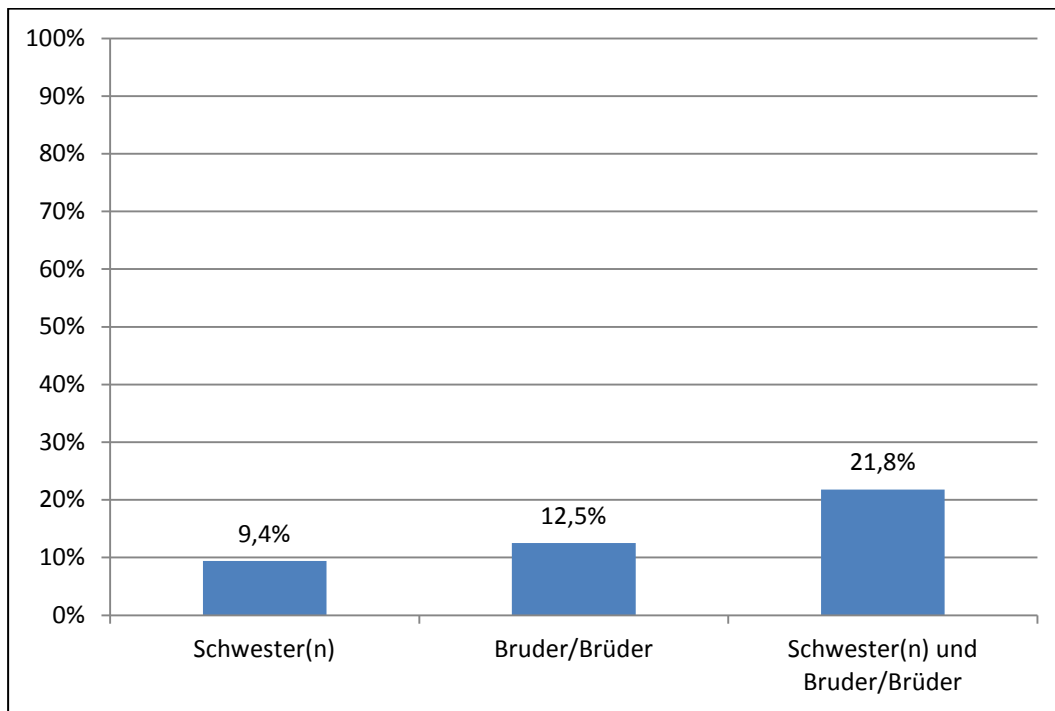
Abb. 7.19: Geschwisterposition von Patienten mit einem Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161 (N=68)

Patienten, die als jüngstes Kind aufgewachsen sind, weisen den größten Anteil an denjenigen mit einem Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt auf. Er ist mehr als doppelt so hoch gegenüber Patienten mit ältester Geschwisterposition.

Abb. 7.20: Geschwisterkonstellation von Patienten mit einem Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt (Spaltenprozent)



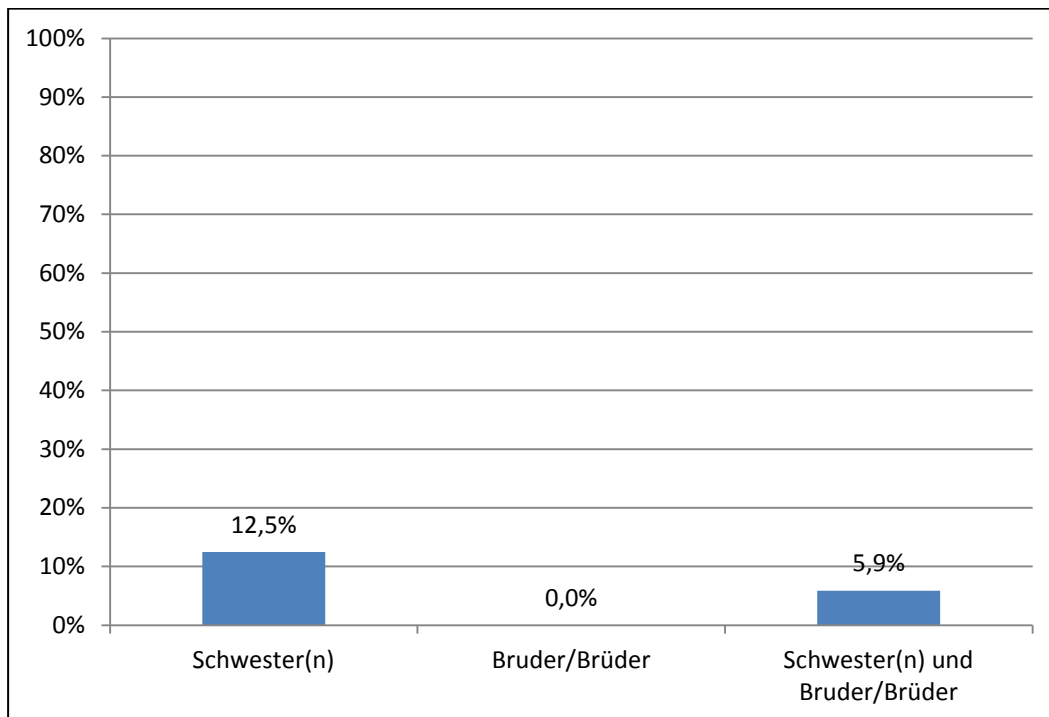
Quelle: eigene Berechnungen; N=161 (N=68)

Patienten mit einem Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt sind mit einem Anteil von gut einem Fünftel am stärksten bei gegengeschlechtlichen Geschwisterkonstellationen vertreten.

Konflikt um Versorgungs- und Autarkie

In Bezug auf die Variable Versorgungs-Autarkie-Konflikt gibt es hinsichtlich der Position als auch der Konstellation keine signifikanten Unterschiede.

Abb. 7.21: Geschwisterkonstellation von Patienten mit einem Versorgungs-Autarkie-Konflikt (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161(N=68)

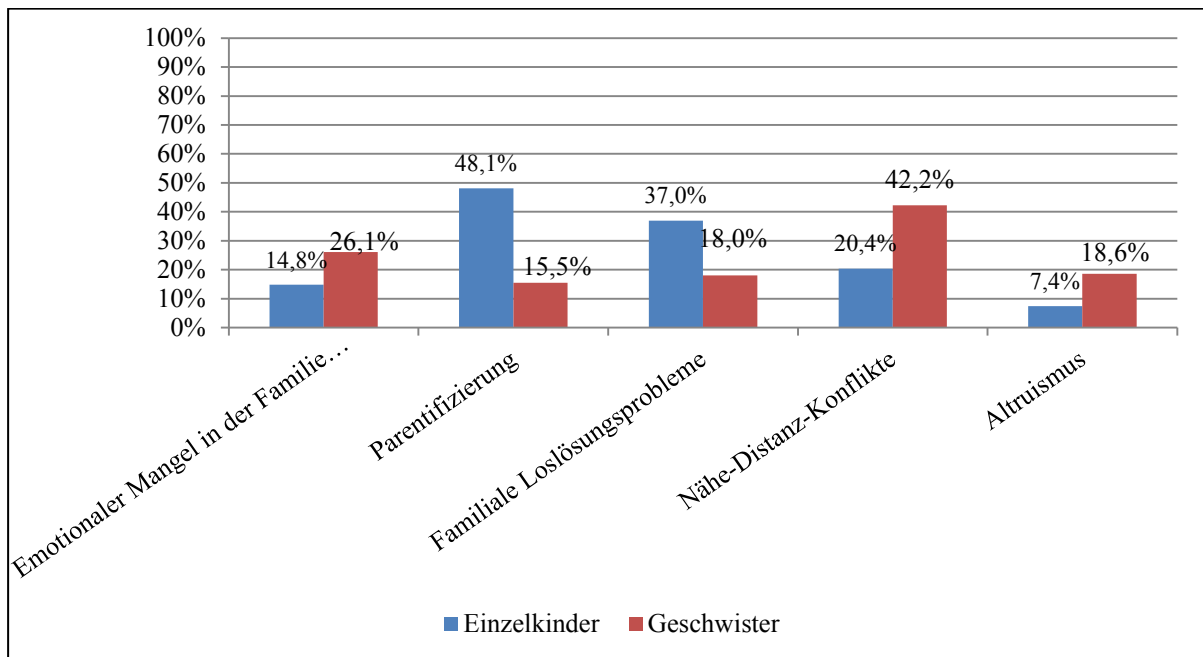
Interpretiert man dennoch die sich abzeichnenden Tendenzen bei der Analyse der Konstellation, so haben Schwesternpaare den größten Anteil an Versorgungs-Autarkie-Konflikten. Diese spielen unter Brüdern keine Rolle, was auf einen geschlechtsspezifischen Aspekt dieses OPD-Konfliktes deutet. Das Signifikanzniveau beträgt 0,23.

Wenden wir uns nun den psychodynamischen Konflikten zu, die inhaltsanalytisch aus der Aktenanalyse gewonnen wurden.

7.3.4 Psychodynamische Konflikte

Zunächst werden nur die Konflikte berechnet, die einen direkten Vergleich zwischen Einzel- und Geschwistererfahrung erlauben. Denn es macht keinen Sinn, die Variablen „*Entthronung*“ oder „*sich ausgeschlossen fühlen*“ zu untersuchen, da diese Variablen für Einzelkinder nicht zutreffen.

Abb. 7.22: Anteil an Einzelkindern und Patienten mit Geschwistern an psychodynamischen Konflikten



Quelle: eigene Berechnungen; N=215

Es zeigt sich, dass Parentifizierung ungefähr dreimal, und familiäre Lösungsprobleme etwa doppelt so häufig bei Einzelkindern nachzuweisen sind als bei Patienten, die mit Geschwistern aufgewachsen sind. Gleichzeitig erleben Geschwisterkinder häufiger emotionalen Mangel.

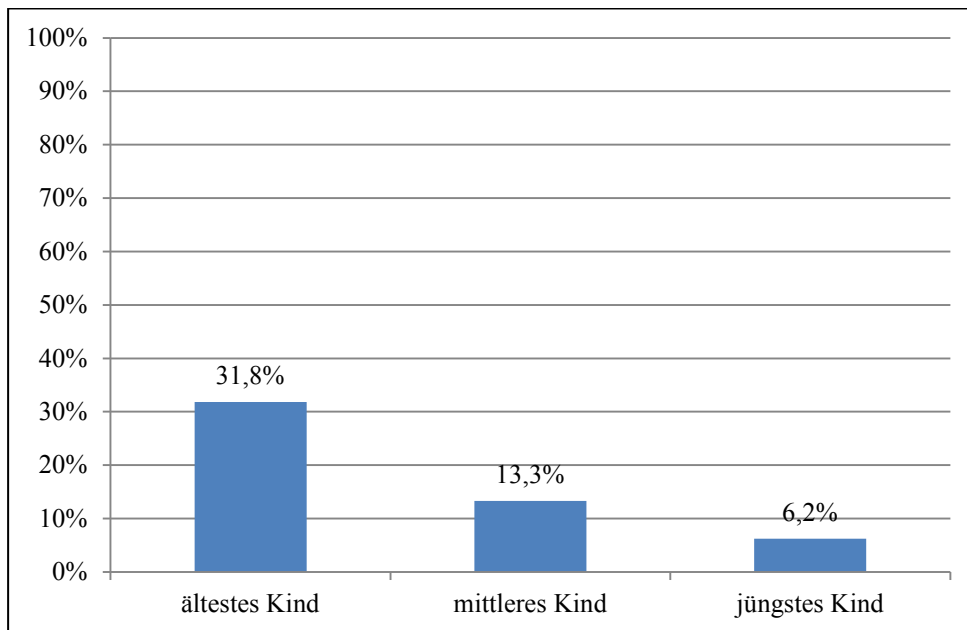
Sie weisen zudem mehr als doppelt so oft Probleme von Nähe und Distanz²⁵, als auch Altruismus auf.

In diesem Abschnitt finden sich erstmalig signifikante Ergebnisse. Auch hier werden die Positions- und Konstellationseffekte je nach Konflikt zusammen dargestellt.

²⁵ Diese Kategorie wurde nicht weiter verfolgt, da die Auswertung keine weiteren Ergebnisse zeigte und diese Konflikte zudem sehr unspezifisch beschrieben wurden.

Verantwortung, Überforderung und Sorge

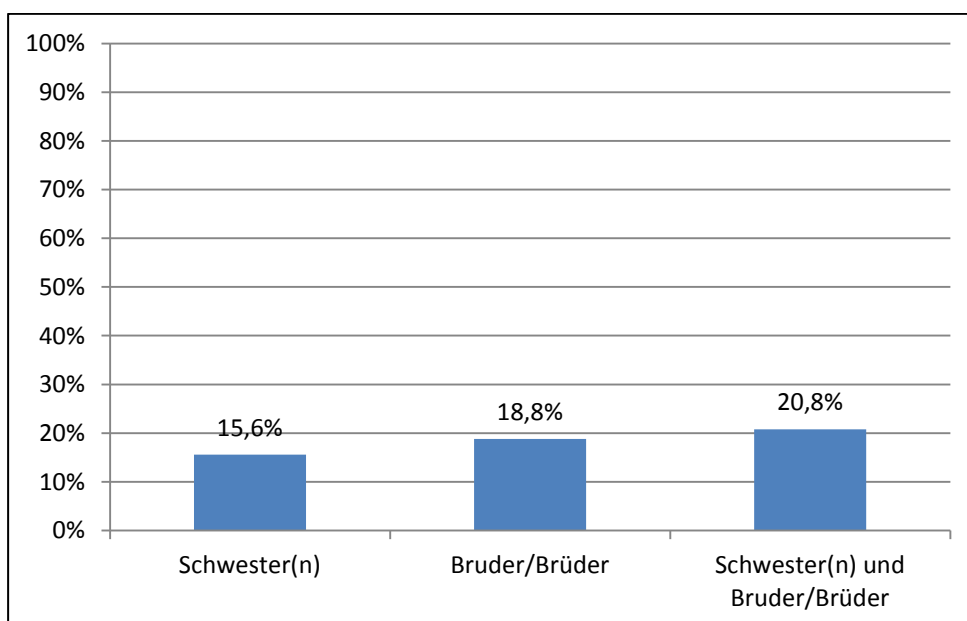
Abb. 7.23: Geschwisterposition von Patienten mit Verantwortung/Überforderung/Sorge (Spaltenprozente)



Quelle: eigene Berechnungen; N = 215

Patienten, die in ihrer Familie als ältestes Kind aufgewachsen sind, leiden deutlich häufiger unter Konflikten von Verantwortung bzw. Überforderung und Sorge. Das Signifikanzniveau beträgt 0,001.

Abb. 7.24: Geschwisterkonstellation von Patienten mit Verantwortung/Überforderung/Sorge (Spaltenprozente)

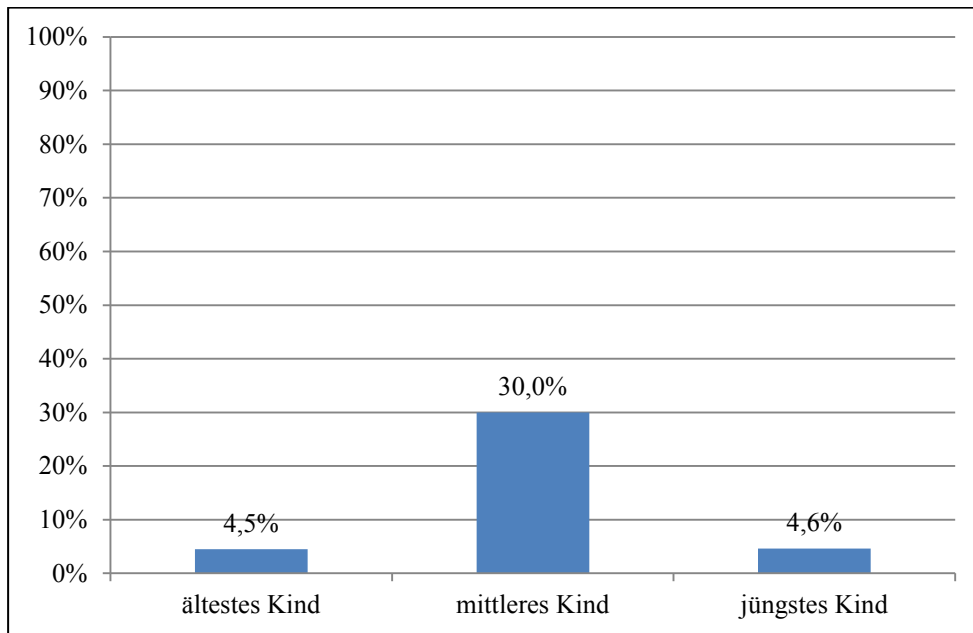


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Patienten mit gegengeschlechtlicher Geschwisterkonstellation weisen etwas häufiger Konflikte bezüglich Verantwortung bzw. Überforderung und Sorge auf. Da in dieser Gruppe mehr Patienten vertreten sind, die mit mehr als zwei und drei Geschwistern aufgewachsen sind, ist dieser Konflikt hier vermutlich stärker zu verzeichnen.

Sich ausgeschlossen fühlen

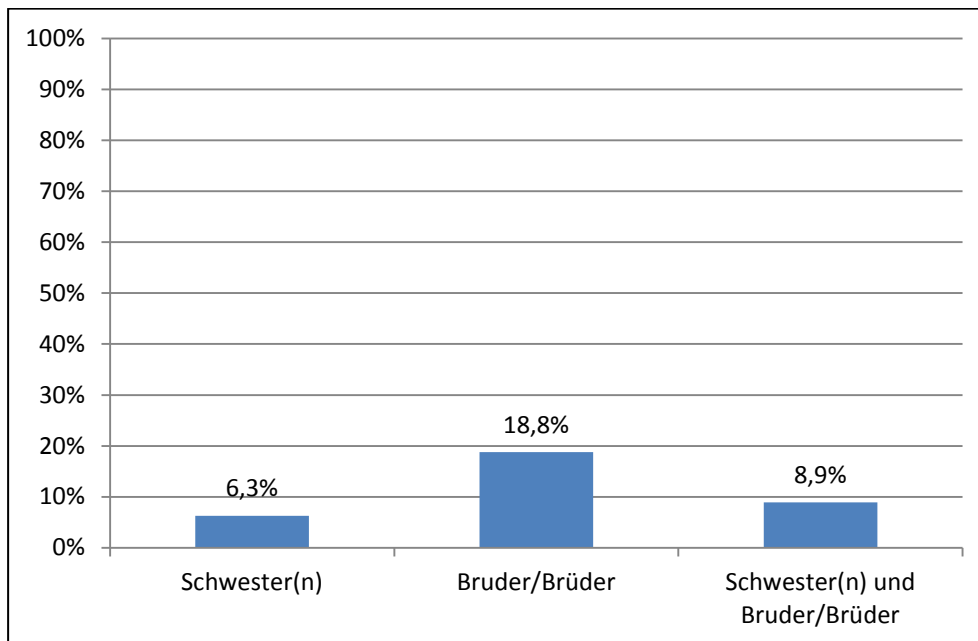
Abb. 7.25: Geschwisterposition von Patienten, die sich ausgeschlossen fühlen (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Auch wenn die Fallzahlen klein sind, fällt auf, dass der Konflikt, sich von den Geschwistern ausgeschlossen zu fühlen, von Patienten mit mittlerer Geschwisterposition am häufigsten erlebt wird. Das Signifikanzniveau beträgt 0,00.

Abb. 7.26: Geschwisterkonstellation von Patienten, die sich ausgeschlossen fühlen (Spaltenprozent)

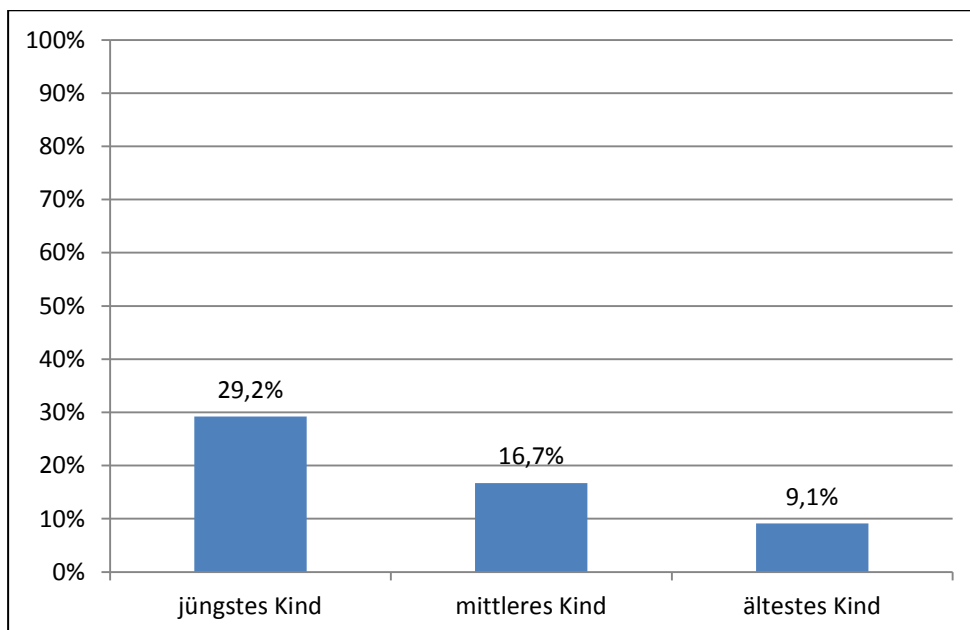


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Auch wenn hier die Bruder-Brüder Konstellation überwiegt, so sind die Fallzahlen doch so gering, dass eine Aussage nicht möglich ist.

Dominanz

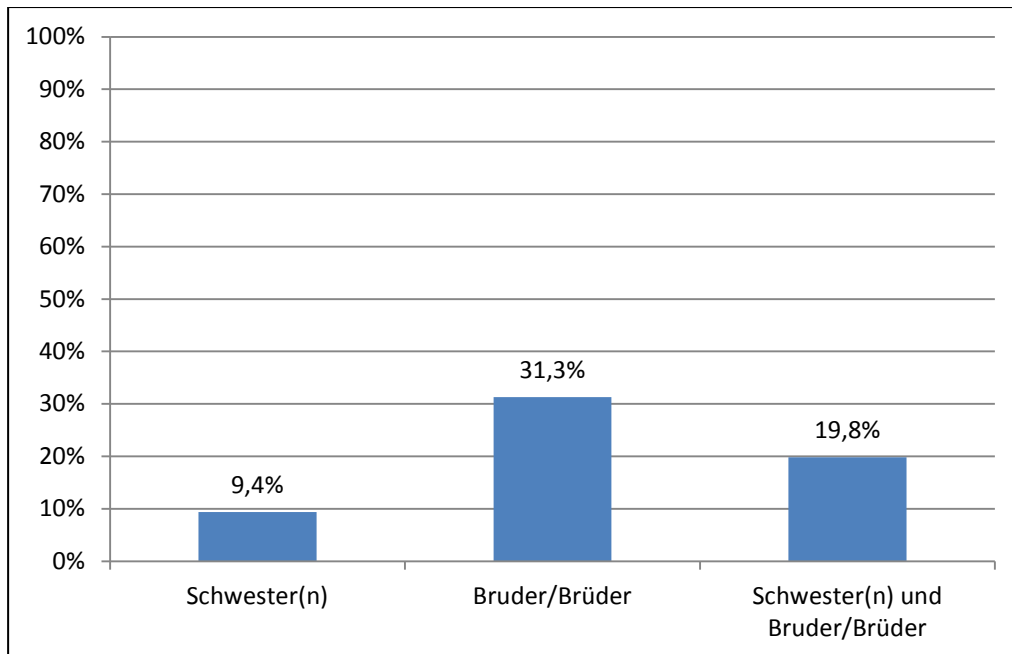
Abb. 7.27: Geschwisterposition von Patienten mit von den Geschwistern erlebter Dominanz (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Patienten, die als jüngstes Kind aufgewachsen sind, benennen dreimal häufiger als älteste Geschwister, dass sie Dominanz erlebt haben. Das Signifikanzniveau beträgt 0,01.

Abb. 7.28: Geschwisterkonstellation von Patienten mit von den Geschwistern erlebter Dominanz (Spaltenprozent)



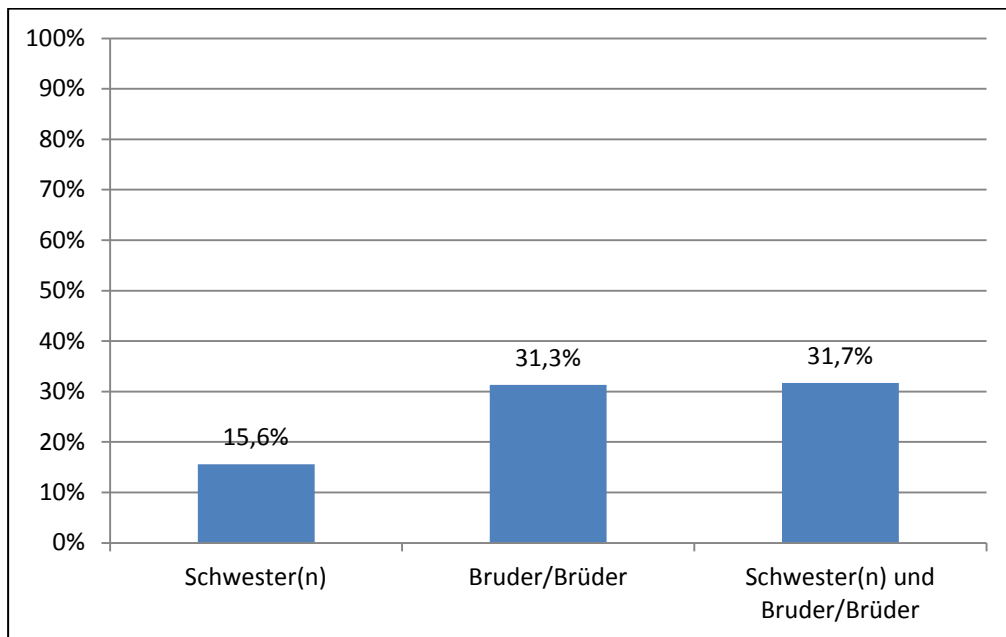
Quelle: eigene Berechnungen; N=161

In Bruder-Brüder Konstellationen zeichnen sich mehr Konflikte um Dominanz ab, allerdings ist die Fallzahl hier ebenfalls sehr gering. Das Signifikanzniveau beträgt 0,59.

Rivalität und Neid

In Bezug auf die Kategorien Rivalität bzw. Neid oder Benachteiligung gibt es, differenziert nach der Geschwisterposition, kaum Unterschiede zwischen den Gruppen. Das heißt, dass in allen Positionen Neid und Rivalität erlebt wird, allerdings ergeben sich hier Unterschiede in Bezug auf die Konstellation.

Abb. 7.29: Geschwisterkonstellation von Patienten mit Neid/Rivalität/Benachteiligung (Spaltenprozent)

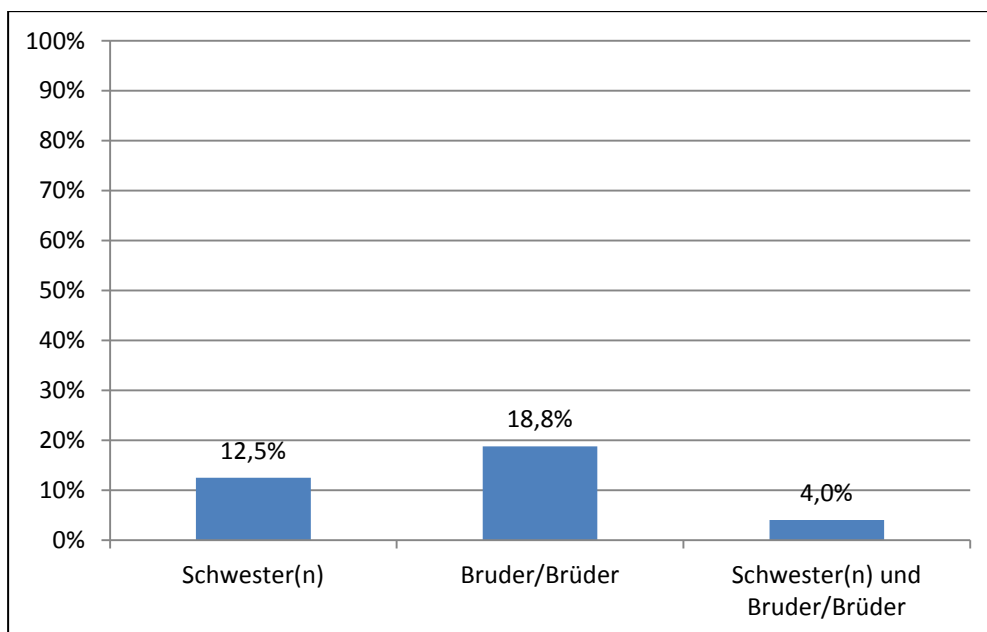


Quelle: eigene Berechnungen; N=149

Patientengruppen, die in einer Brüder- bzw. gegengeschlechtlichen Konstellation aufgewachsen sind, erleben häufiger Rivalitätskonflikte als Patientinnen mit einer Schwester bzw. Schwestern. Das Signifikanzniveau beträgt 0,2.

Entthronung

Abb. 7.30: Geschwisterkonstellation von Patienten mit Entthronung (Spaltenprozent)

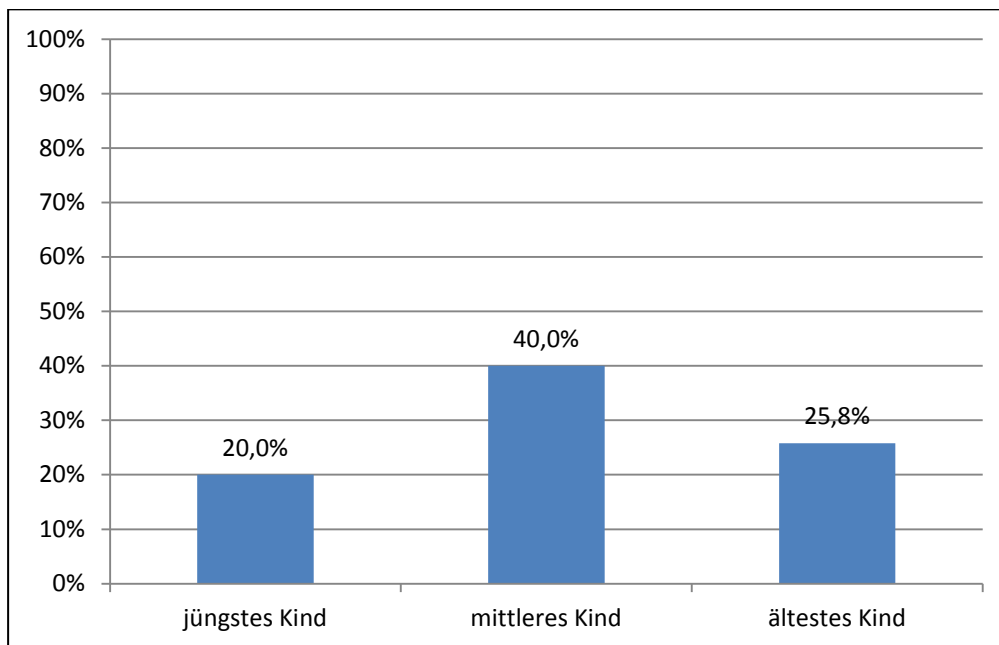


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Die Kategorie Entthronung, differenziert nach der Geschwisterposition, wurde ausschließlich bei erstgeborenen Patienten und überwiegend unter Brüdern gefunden, angesichts der geringen Fallzahl beschreibt dies jedoch nur eine Tendenz. Gegengeschlechtliche Geschwisterkonstellationen litten bzw. leiden vergleichsweise seltener unter Entthronung.

Emotionaler Mangel

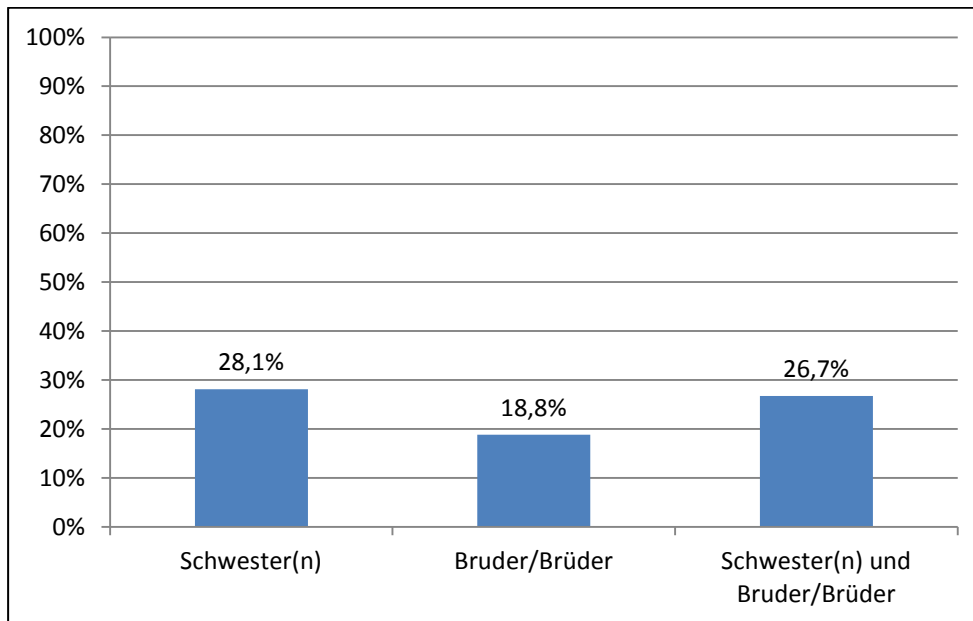
Abb. 7.31: Geschwisterposition von Patienten mit emotionalem Mangel in der Familie (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Patienten mit mittlerer Geschwisterposition leiden am stärksten unter emotionalen Mangel, doppelt so stark wie Patienten mit jüngster Geschwisterposition. Hier ergibt sich ein Signifikanzwert von 0,12.

Abb. 7.32: Geschwisterkonstellation von Patienten mit emotionalem Mangel in der Familie (Spaltenprozente)

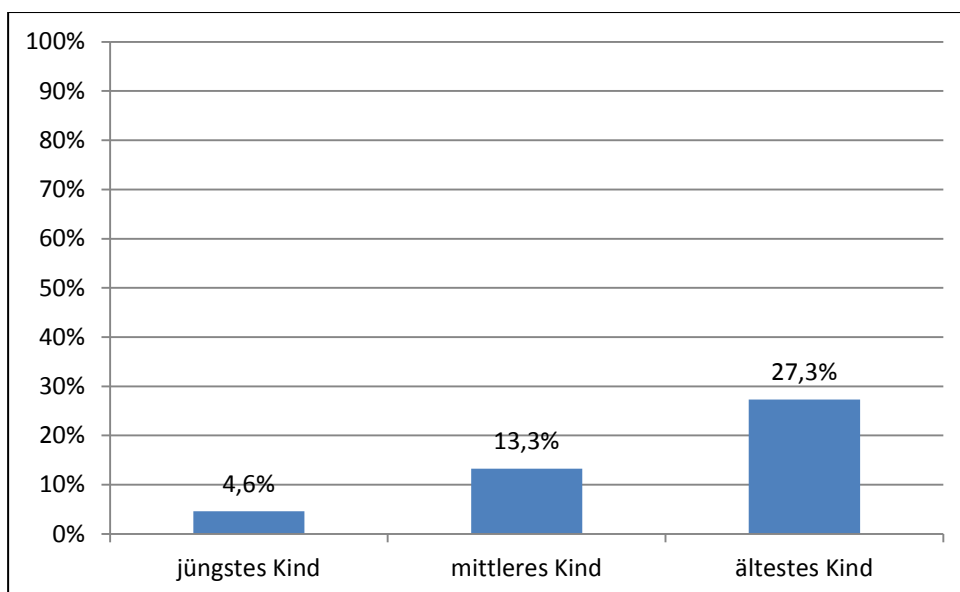


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

In Bezug auf die Frage nach der Konstellation gibt es hier keine signifikanten Unterschiede. Allerdings beschreiben Patienten, die unter Brüdern aufgewachsen sind, dieses am wenigsten. Schwestern und gegengeschlechtliche Geschwisterkonstellationen leiden etwas stärker unter emotionalem Mangel in der Familie als Brüder.

Parentifizierung

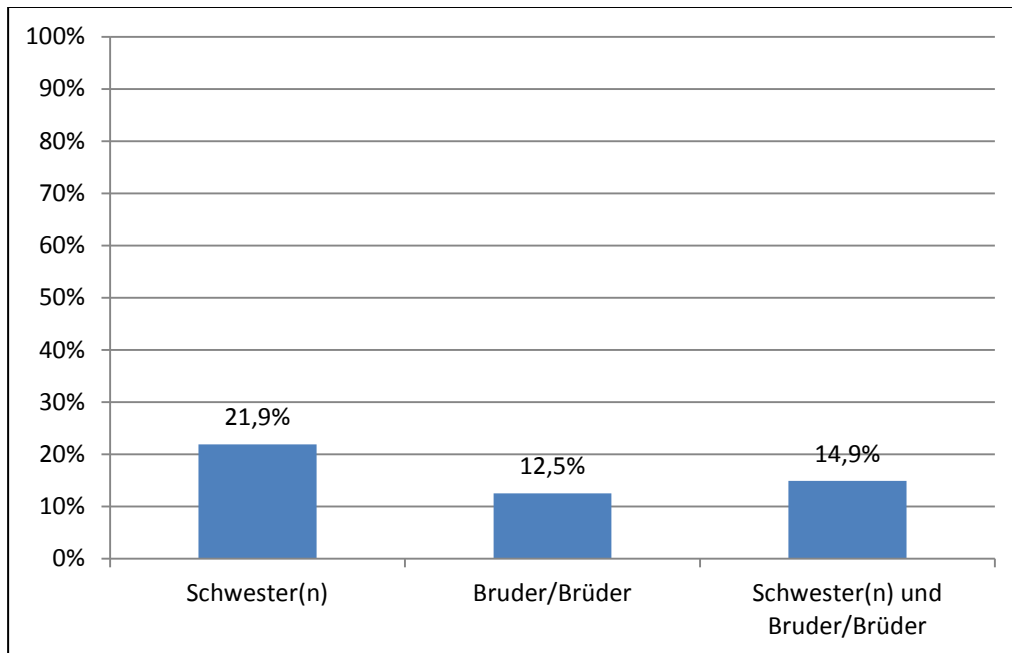
Abb. 7.33: Geschwisterposition von Patienten mit Parentifizierung (Spaltenprozente)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Älteste Geschwister weisen den höchsten Anteil an Parentifizierung auf. Wenn man bedenkt, dass 48,1% der Einzelkinder und nur 15,5% der Patienten, die mit Geschwistern aufgewachsen sind, parentifiziert sind, ist dies ein sehr eindeutiges Ergebnis für die hohe Wahrscheinlichkeit, dass Erstgeborene, zu denen die Einzelkinder ja ebenfalls gehören, besonders häufig in die Dynamik der Eltern einbezogen werden. Das Signifikanzniveau beträgt 0,02.

Abb. 7.34: Geschwisterkonstellation von Patienten mit Parentifizierung (Spaltenprozent)

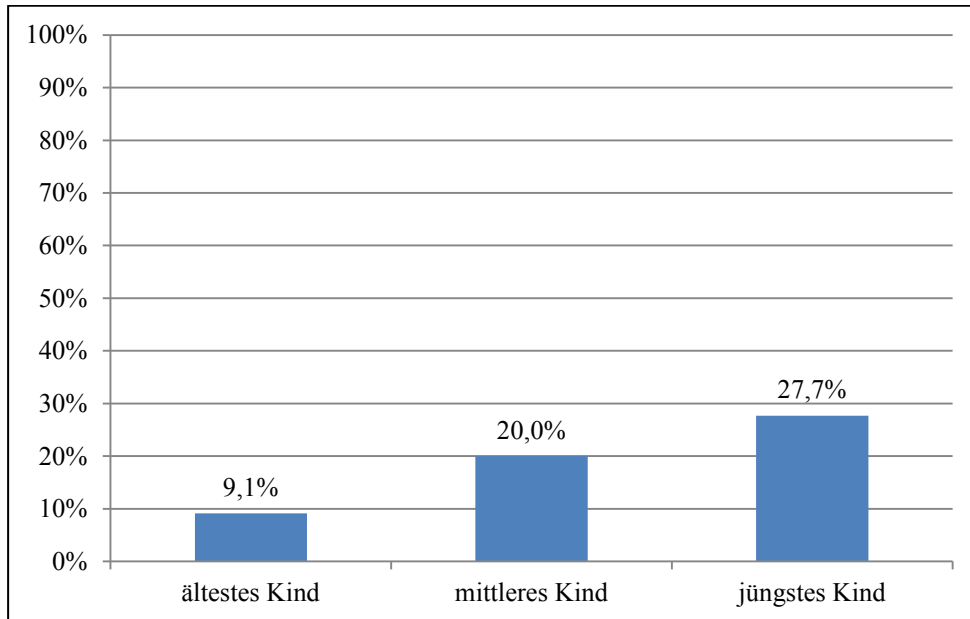


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Patientinnen, die ausschließlich mit Schwestern aufgewachsen sind, sind vergleichsweise häufiger parentifiziert worden. Das Signifikanzniveau beträgt 0,59.

Altruismus

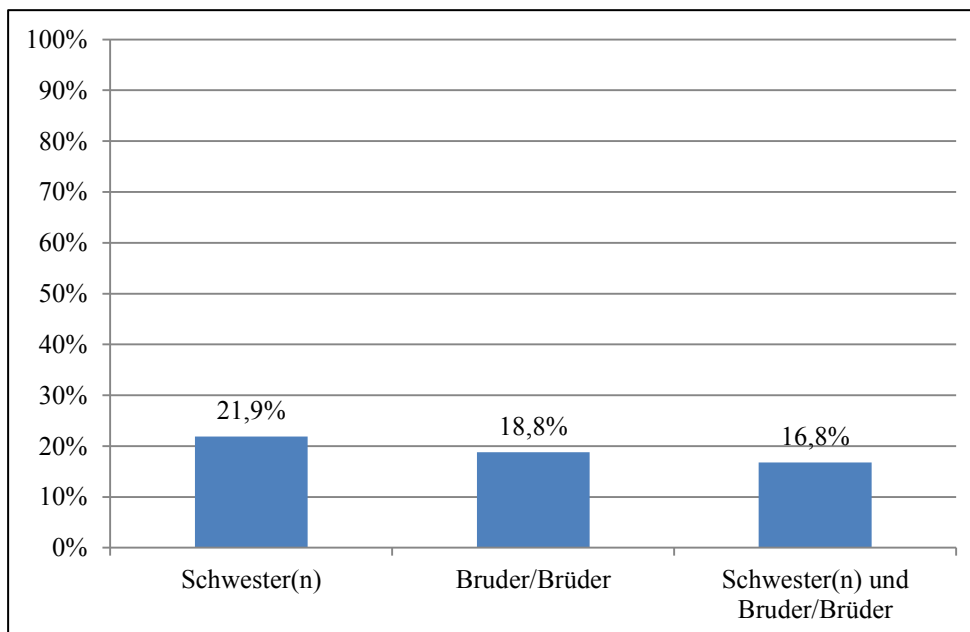
Abb. 7.35: Geschwisterposition von Patienten mit Altruismus (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Patienten mit der jüngsten und mittleren Geschwisterposition haben dreimal bzw. doppelt so häufig Konflikte mit Altruismus als älteste Geschwister. Das Signifikanzniveau beträgt 0,02.

Abb. 7.36: Geschwisterkonstellation von Patienten mit Altruismus (Spaltenprozent)

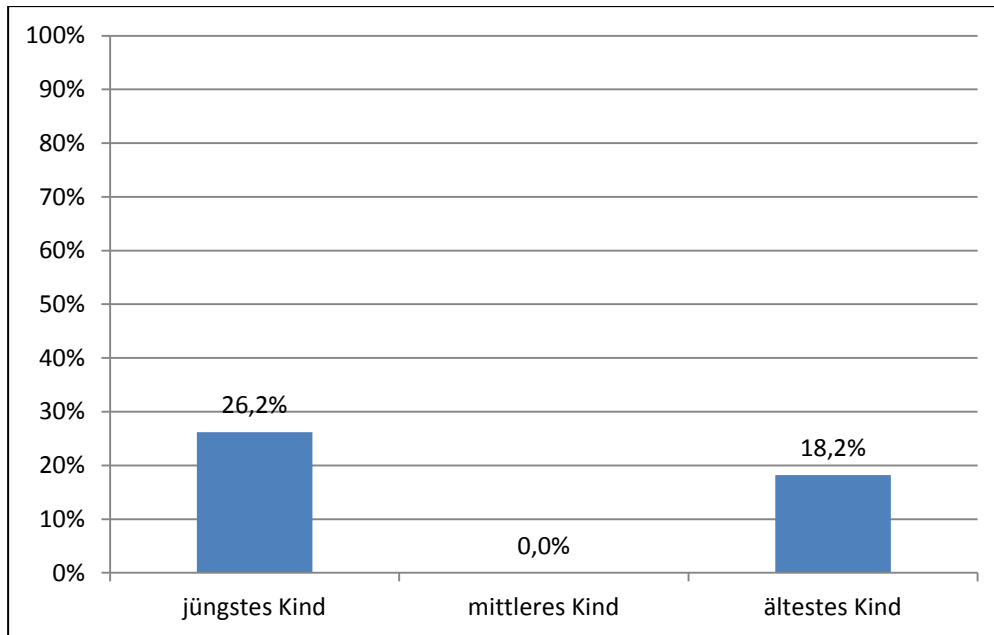


Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Altruismus spielt unter Schwestern die vergleichsweise größte Rolle bei geringen Unterschieden zu gegengeschlechtlichen Geschwisterpaaren und Brüdern. Das Signifikanzniveau beträgt 0,81.

Familiale Loslösungsprobleme

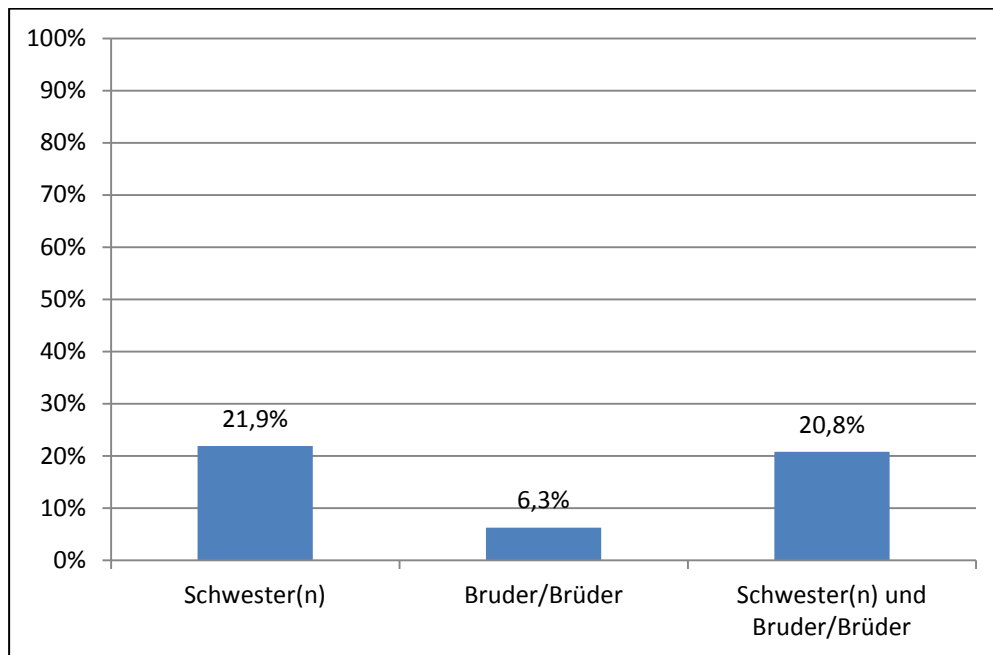
Abb. 7.37: Geschwisterposition von Patienten mit familialen Loslösungsproblemen (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=161

Patienten mit jüngster Geschwisterposition weisen den stärksten Anteil an Ablösungsproblemen auf, während bei mittleren Geschwistern dieser Konflikt keine Rolle spielt. Das Signifikanzniveau beträgt 0,0.

Abb. 7.38: Geschwisterkonstellation von Patienten mit familialen Loslösungsproblemen (Spaltenprozent)



Quelle: eigene Berechnungen; N=169

Bei Patienten mit gegengeschlechtlicher Geschwisterkonstellation werden etwas öfter familiale Loslösungsprobleme beschrieben, die bei Bruder-Brüder-Konstellationen kaum genannt werden. Das Signifikanzniveau beträgt 0,37.

7.4 Zusammenfassung

Ein wichtiger Befund ist, dass von den 480 Akten nur 215 in die Studie aufgenommen werden konnten. Das unterstreicht die Vermutung, dass Geschwisterkonflikte bei psychogenen Erkrankungen immer noch wenig berücksichtigt werden.

Trotz des Versuchs durch die Klassifikation von Ermann eine psychotherapeutische Ebene in die Analyse zu bringen, ist die ICD-10 Diagnostik aufgrund ihres deskriptiven Charakters und ihrer psychiatrischen Orientierung vermutlich wenig brauchbar, um Aussagen zur Psychodynamik machen. Die Annahme, dass eine rein deskriptive Erfassung der Störungsbilder, ähnlich wie es die empirisch-quantitative Geschwisterforschung schon gezeigt hat, wenig Ergebnisse bringt, hat sich prinzipiell bestätigt. Lediglich die Patienten, die in einer mittleren Geburtsposition aufgewachsen sind und in Brüderkonstellationen weisen den stärksten Anteil an psychischen Störungen auf. Dazu gehören nach der Klassifikation von Ermann depressive Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen.

Im Unterschied zur ICD-10 ergibt sich in Bezug auf die OPD-Diagnostik ein differenzierteres Bild. Es zeigt sich zumindest hier die Tendenz, dass es einen Zusammenhang zwischen den Konflikten nach der OPD und den Variablen Geschwisterposition und –konstellation geben könnte. So tauchen Selbstwert- und Individuationskonflikte bzw. Entwicklungsverzicht oder Identitätsdiffusion bei Einzelkindern nicht auf. Sie kommen aber bei Patienten mit jüngster Geschwisterposition am häufigsten vor. Patienten mit mittlerer Geschwisterposition und gegengeschlechtliche Konstellationen haben den höchsten Anteil am Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle, der bei jüngsten Kindern wiederum nicht auftritt. Die Jüngsten weisen auch den größten Anteil an Abhängigkeits-Autonomie-Konflikten auf. Er ist doppelt so hoch gegenüber Patienten mit ältester Geschwisterposition. Von Interesse ist, dass bei männlichen Patienten, die mit Brüdern aufgewachsen sind, in Bezug auf Versorgung bzw. Autarkie keine Konflikte diagnostiziert wurden. Interpretiert man dennoch die sich abzeichnenden Tendenzen bei der Analyse der Geschwisterkonstellation, so haben Schwesternpaare hier den größten Anteil an Versorgungs-Autarkie-Konflikten, was auf einen geschlechtsspezifischen Aspekt dieses OPD- Konfliktes deuten könnte. Aufgrund der geringen Fallzahl und des explorativen Charakters der Studie sind signifikante Ergebnisse jedoch erst in einer größeren, kontrollierten Stichprobe zu erwarten. Da es sein könnte, dass geschlechtsspezifische Faktoren eventuell einen größeren Effekt haben als Geschwistereinflüsse, müsste dies in einem quantitativen Untersuchungsdesign berücksichtigt werden müsste.

Die Exploration der psychodynamischen Konfliktbereiche erlaubt die Frage, ob es statistisch nachweisbare Zusammenhänge zwischen der Geschwisterposition und folgenden Variablen geben könnte:

- Verantwortung, Sorge und Überforderung
- Sich ausgeschlossen fühlen
- Dominanz
- Entthronung
- emotionaler Mangel
- Parentifizierung
- Loslösung von der Familie
- Altruismus

Die in der Geschwisterforschung „klassischen“ Konflikte wie Nähe-, Distanzkonflikte und Konflikte um Rivalität und Neid spielen in der hier untersuchten klinischen Population zwar

eine Rolle, aber es zeigen sich überraschenderweise kaum Differenzierungen in Bezug auf die erfahrene Geschwisterposition und -konstellation. Es ist die Frage, ob diese Konflikte in gewisser Weise ubiquitär unter Geschwistern sind. Diese Überlegung bestätigt sich insofern, als dass Nähe- und Distanzprobleme, Konflikte um Rivalität und Neid bei Patienten, die als Einzelkinder aufgewachsen sind, in dieser Studie weitaus weniger auftauchen. Darüber hinaus zeigt sich bezüglich der psychodynamischen Konflikte, dass Parentifizierung ungefähr dreimal und familiäre Loslösungsprobleme etwa doppelt so häufig von Einzelkindern in den Akten benannt werden als von Patienten, die mit Geschwistern aufgewachsen sind. Gleichzeitig berichten Geschwisterkinder häufiger von erlebtem emotionalem Mangel und weisen in der diagnostischen Beurteilung der Behandler zufolge mehr als doppelt so oft Altruismus auf.

Effekte hinsichtlich der Geschwisterposition und -konstellation zeichnen sich bei den psychodynamisch orientierten Kategorien am stärksten ab. Patienten, die in ihrer Familie als ältestes Kind und in gegengeschlechtlichen Konstellationen aufgewachsen sind, leiden eventuell häufiger unter Konflikten von Verantwortung bzw. Überforderung und Sorge. Älteste Geschwister weisen zudem den höchsten Anteil an Parentifizierung auf. Bedenkt man, dass 48,1% der Einzelkinder und nur 15,5% der Patienten, die mit Geschwistern aufgewachsen sind, als parentifiziert beschrieben werden, lässt dies die Frage zu, ob es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass Erstgeborene, zu denen die Einzelkinder ja ebenfalls gehören, in besonderem Maße in die Dynamik der Eltern einbezogen werden. Patientinnen, die ausschließlich mit Schwestern aufgewachsen sind, wurden den Aussagen zu Folge vergleichsweise häufiger parentifiziert.

Die Kategorie Entthronung, differenziert nach der Geschwisterposition, wurde ausschließlich bei erstgeborenen Patienten und überwiegend unter Brüdern gefunden.

Auch wenn die Fallzahlen klein sind, fällt auf, dass der Konflikt, sich von den Geschwistern ausgeschlossen zu fühlen, von Patienten mit mittlerer Geschwisterposition anscheinend am häufigsten erlebt wird. Diese berichten auch in 40 % der Fälle von der Erfahrung des emotionalen Mangels in Kindheit und Jugend.

In Bruder-Brüder Konstellationen zeichnen sich mehr Konflikte um Dominanz und Rivalität ab. Am wenigsten werden hingegen Rivalitätskonflikte von Schwestern benannt.

Bei Patienten mit der jüngsten und mittleren Geschwisterposition ist dreimal bzw. doppelt so häufig Altruismus ermittelt worden wie bei ältesten Geschwistern. Altruismus spielt unter

Schwestern die vergleichsweise größte Rolle bei geringen Unterschieden zu gegengeschlechtlichen Geschwisterpaaren.

Das Erfahren von Dominanz benennen wiederum Patienten, die als jüngstes Kind aufgewachsen sind, dreimal häufiger als Patienten, die älteste Geschwister sind. Patienten mit jüngster Geschwisterposition weisen den stärksten Anteil an familialen Ablösungsproblemen auf, während bei mittleren Geschwistern dieser Konflikt gar nicht exploriert wurde.

Bei Patienten mit gegengeschlechtlicher Geschwisterkonstellation werden etwas öfter familiäre Loslösungsprobleme beschrieben, die bei Bruder-Brüder-Konstellationen kaum genannt werden.

Angesichts der Resultate des hier vorgestellten empirisch-klinischen Teils der Exploration von 215 Patientenakten ist es m.E. legitim, die Hypothese zu formulieren, dass die erfahrene Geschwisterposition und –konstellation bei psychischen Erkrankungen als ein dynamisches Geschehen intrapsychisch und interpersonell eine Rolle spielen kann.

8 Diskussion und Ausblick

Nach der klinisch-psychoanalytischen Untersuchung der Einzelfallstudien und dem extraklinisch-empirischen Teil der Aktenanalysen soll nun eine systematische Reflexion und Zusammenfassung erfolgen. Nach Mayring (2002, 37) werden die Ergebnisse der Forschung dafür auf den Ausgangspunkt zurückbezogen und interpretiert. Basis sind die schon vorhandenen Konzepte zur Geschwisterdynamik (Kap.2), die Überlegungen und Schlussfolgerungen der psychoanalytischen Entwicklungstheorie (Kap.3) und die Ausführungen zur klinischen Bedeutung von Geschwisterkonflikten (Kap.4) mit ihrer besonderen Bedeutung für späteres psychisches Erleben.

8.1 Weitergehende konzeptuelle Überlegungen zum psychoanalytischen Verständnis der Geschwisterbeziehung und ihrer pathologischen Entwicklungen

Die Übertragung psychoanalytischer Entwicklungstheorien auf die Einflüsse, die Geschwister auf die psychosexuelle Entwicklung und Identitätsentwicklung haben können, führt zu folgenden konzeptuellen Überlegungen, die die klinische Bedeutung von Geschwisterrepräsentanzen hervorheben.

Die empirische Säuglingsforschung unterstreicht die Suche nach Bezogenheit und Kontakt des Säuglings, so dass in der intersubjektiven Matrix auch Geschwister eine bedeutsame Rolle spielen können. Frühe Erfahrungen mit Geschwistern erleichtern den Differenzierungsprozess, mildern Trennungsreaktionen und haben vermutlich positiven Einfluss auf die Entwicklung der Ich-Funktionen. Die Geschwisterobjektbeziehung schwächt möglicherweise Konflikte zum Primärobjekt ab.

Aber im Zuge dieses Prozesses können sich auch pathogen wirkende Repräsentanzen entwickeln, die aus der Geschwisterbindung stammen und strukturelle Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung nach sich ziehen, nämlich dann, wenn der Säugling eventuell schon früh mit feindseligen Affekten älterer Geschwister konfrontiert wird, was zu erhöhten Fragmentierungsängsten und Abwehrmaßnahmen führen kann. Unschärfe Selbst-Objekt Grenzen und das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion und projektive Identifizierung führen nach psychoanalytischer Auffassung zu idealisierten bzw. abwertenden Selbst- und Objektrepräsentationen. Bruder oder Schwester können, wie in dem Konzept des Twinning beschrieben, dann zu einer Objektrepräsentanz werden, die mit der Selbstrepräsen-

tanz des Kindes verschmilzt, was sich besonders in den Fällen von Frau G. und von Frau E. gezeigt hat. In diesen engen Beziehungen scheinen projektive Identifikationen eine Rolle zu spielen, die eine überdauernde Dynamik bekommen und meines Erachtens generell der Grund vieler konflikthafter Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter sein könnte. Die für eine gesunde psychische Entwicklung notwendige Integration des Abhängigkeits-Autonomie-Konfliktes, der in der Regel ausschließlich in der Beziehung zum Primärobjekt erfasst wird, sollte in Bezug auf bedeutsame Geschwisterbeziehungen erweitert werden.

In der qualitativen Untersuchung konnte in vier Fällen retrospektiv geschlossen werden, dass Geschwister als Bindungsobjekte fungieren können (Frau E., Herr F., Frau G.).

Ein wesentliches Ergebnis der vorangegangenen theoretischen Auseinandersetzung ist die Annahme, dass bei dem Erwerb der Kerngeschlechtsidentität die Aneignung und Identifikation mit der erlebten Geschwisterkonstellation erfolgt: „*Ich bin eine Schwester, ich bin ein Bruder.*“ Über die Identifikation „*Ich bin ein Mädchen. Ich bin ein Junge*“, erfolgt vermutlich die Identifikation: „*Ich bin eine Schwester. Ich bin ein Bruder*“. Folglich müsste sich in diesem Prozess auch die Geschwisterposition intrapsychisch bzw. kognitiv verankern: „*Ich bin größer*“ oder als jüngeres Kind „*Ich bin kleiner*“.

Aus der Perspektive der Geschwisterbeziehungen könnte auch das Konzept des ödipalen Dreiecks modifiziert werden, da es der psychosexuellen Entwicklung des Kindes, wenn es mit Geschwistern aufwächst, nicht gerecht wird (vgl. Kap.3.6) Man kann davon ausgehen, dass Geschwister, relativ unabhängig von den Elternobjekten, selbst libidinös besetzte erotische Objekte werden und dass sexuell akzentuierte Triebwünsche in der ödipalen Phase sich auch auf den Bruder oder die Schwester beziehen können. Aufgrund der weniger stark verankerten Inzestschranke unter Geschwistern bleiben ödipale Konflikte zwischen Geschwistern unter Umständen offen. In fünf Einzelfallanalysen (Herr D., Frau E., Herr F., Frau G., Frau H.) deuten sich ödipal akzentuierte Konflikte zwischen Geschwistern an, wobei die Geschwister als ödipale Wunscherfüllungsfantasien oder als Objekte libidinös besetzt waren.

Die für die Geschwisterbeziehung als typisch angesehene dyadische Beziehungsstruktur (u.a. Kap.3.7) könnte daraus resultieren, dass die Überwindung des ödipalen Konfliktes und die damit einhergehende Fähigkeit zu triadischen Beziehungen auf der Geschwisterebene nicht in dem Ausmaß gelingen wie auf der Elternebene.

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Ausformungen des ödipalen Konflikts lassen sich folgende konzeptuelle Überlegungen anstellen. Das Mädchen bleibt durch eine Schwester

vermutlich länger in der gleichgeschlechtlichen ödipalen Phase. Hat sie einen Bruder, könnten Penisneid²⁶ und damit verbundene Selbstwertprobleme, Rivalitäts- und Kastrationswünsche größer sein, was sich bei Frau H. gezeigt hat. In gegengeschlechtlichen Konstellationen ist weiter denkbar, dass der Bruder zum Zweck der Abgrenzung phallisches Verhalten stärker entfaltet. Unter Umständen kommt es dann in einem kollusiven Zusammenspiel zu kastrierenden Tendenzen der Schwester ihm gegenüber, was wiederum die phallische Akzentuierung beim Jungen verstärkt (vgl. Kap.3.6.4). Unterstützung finden diese Überlegungen in den Einzelfallstudien der Patienten, die in einer gegengeschlechtlichen Konstellation aufgewachsen sind, und unter Konflikten in ihrer Geschlechtsrollenidentität litten (Herr D., Frau G., Frau H.).

Wenn auch die Identifikation mit der Geschlechtsrollenidentität unter gleichgeschlechtlichen Geschwistern vermutlich leichter ist, so stellt sich dennoch die Frage, ob unter Brüdern Kastrationsängste stärker sind. In der empirischen Studie konnten tatsächlich mehr aggressive Konflikte um Rivalität und Dominanz unter Brüdern exploriert werden, was mit diesen Konflikten in Zusammenhang gebracht werden könnte (vgl. Kap.3.6.6).

In der klassischen Psychoanalyse wird das Konzept vertreten, dass Geschwisterobjekte als Ersatzobjekte für defizitäre Erfahrungen mit den Elternobjekten fungieren. In modernen Konzeptionen wird der Geschwisterlinie eine eigene Dynamik unabhängig vom Elterneinfluss zugestanden (vgl. Kap.3.6).

Nach meinen Einzelfallstudien komme ich zu dem Schluss, dass beide Konzepte Gültigkeit haben und gleichzeitig wirksam sein können. In den von mir behandelten Einzelfällen ließ sich der Einfluss der Eltern auf die Gestaltung der Geschwisterbeziehung nachzeichnen, was häufig mit unverarbeiteten Geschwisterkonflikten der Elterngeneration zusammen zu hängen schien (Frau C., Frau B., Herr D., Frau H.). Dennoch hat sich die Entwicklung der Geschwisterdynamik quasi verselbständigt und kann eben auch als etwas Eigenes begriffen werden.

In der Analyse der Übertragung-Gegenübertragungsdynamik hat sich mir gleichwohl ein gleichzeitiges Bestehen der Eltern- und der Geschwisterobjektbeziehungen vermittelt, die je nach Bedeutung unterschiedlich repräsentiert und gewichtet zu sein scheinen.

²⁶ Der Begriff des Penisneids wird hier nicht im klassischen Sinn gebraucht, sondern impliziert eine moderne Auffassung, wie sie in den vorangegangenen Abschnitten in Anlehnung an Mertens (1994a) verwendet wurde.

Es vermittelt sich darüber hinaus der Eindruck, dass sowohl mangelnde psychische Abgrenzung und als Gegenpol auch zu viel Distanz einen pathologischen Einfluss auf die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung und auf die Fähigkeit zur Beziehungsregulierung haben. Mangelnde Abgrenzung führt unter Umständen zu Entwicklungsverzicht, der mit Loyalitätskonflikten und Schuldgefühlen verbunden ist (besonders deutlich bei Frau B., Frau E. und Frau G.). Distanz ist mit mangelnder Identifikation verbunden, was sich auf die Identitätsentwicklung, für die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit negativ auswirken kann (besonders deutlich bei Frau C.).

Psychodynamische Überlegungen zu eventuell langandauernden Effekten der erfahrenen Geschwisterposition sollen nun hypothetisch erfolgen.

Psychodynamik der Einzelkind- und Erstgeborenen Position

Das Erreichen einer narzisstischen Homöostase und die Affektregulierung verlaufen aufgrund der Unsicherheit und stärkeren Kontrolle von den Eltern für Erstgeborene und Einzelkinder häufig problematischer als für später Geborene. Damit verbunden entwickelt sich für sie auch die Fähigkeit zur Selbstregulation eventuell geringer und bleibt länger vom Primärobjekt abhängig. Orale Konflikte bzw. Fixierungen könnten bei Erstgeborenen stärker sein als bei später Geborenen.

Für die weitere Entwicklung möchte ich postulieren, dass der ödipale Konflikt für Erstgeborene und Einzelkinder in Bezug auf die Eltern intensiver verläuft. Die Geburt eines Geschwisters während der ödipalen Phase könnte beim Mädchen als Erfüllung unbewusster ödipaler Kinderwunschanfantasien psychisch verankert werden. Ödipal motivierte Kontrollwünsche, die dem mütterlichen Objekt gegenüber scheitern, werden möglicherweise auf jüngere Geschwister übertragen. Kontrolle über ein jüngeres Geschwisterkind bedeutet dann für das ödipale Mädchen Entlastung und Regulation in der Beziehung zum mütterlichen Objekt (vgl. Kap. 3.6.3).

Das Ausmaß der Parentifizierung ist in der Studie als auch bei den Einzelfällen am augenfälligsten bei den erstgeborenen, weiblichen Patienten und Einzelkindern (vgl. Kap.4.3.1). Da Erstgeborene und Einzelkinder vor allem von Eltern und jüngere Kinder überwiegend von Geschwistern lernen, Eltern aber gleichzeitig im Umgang mit den Erstgeborenen unsicherer und ängstlicher sind als bei später Geborenen, könnte von einer stärkeren narzisstischen Vul-

nerabilität bei Erstgeborenen ausgegangen werden, zu denen in diesem Kontext ja auch Einzelkinder gehören.

Hinzu kommt, dass Erstgeborene häufig als Bindungsobjekte für jüngere Geschwister fungieren (vgl. Kap.3). Für das erstgeborene Kind könnte dies bedeuten, dass die hohe Bereitschaft des Bruders oder der Schwester sich mit ihm zu identifizieren, dazu führt, dass er nicht nur von den Eltern, sondern auch vom jüngeren Geschwisterkind narzisstische Zufuhr bekommt. Bei Bestrebungen des Jüngeren, sich von ihm zu distanzieren, könnte das bis dahin erreichte narzisstische Gleichgewicht gestört werden. Eine Folge dieser Problematik könnte sein, dass sie aus einer eigenen psychischen Bedürftigkeit heraus, das jüngere Geschwisterkind stärker an sich binden und Dominanz ausüben. Das Erfahren von Dominanz durch ältere Geschwister ist in den Akten ebenfalls häufig exploriert worden.

Einzelkinder sind vermutlich am stärksten von Parentifizierung betroffen. Auffallend ist aber zugleich, dass Selbstwert- und Identitätskonflikte bei Einzelkindern am wenigsten exploriert wurden. Vermutlich bekommen sie durch ihre Position und Funktion mehr narzisstische Zufuhr und leiden weniger unter Rivalitäts- bzw. Neidkonflikten, die weniger selbstwertdestabilisierend sind.

Diese Annahme steht in einem engen Zusammenhang mit der Beschreibung, dass wiederum die Erstgeborenen Überforderung erleb(t)en und Sorge tragen mussten bzw. müssen. Hier betrifft es vor allem weibliche Patienten, bei denen auch in der OPD-Diagnostik der Patienten aus der Klinik mehr Versorgungs- und Autarkiekonflikte gefunden werden. Erschwerend kommt hinzu, dass Parentifizierung auch bei weiblichen Patienten am häufigsten auftritt.

Die Erstgeborenen sind also nicht nur stärker in der Verantwortung jüngerer Geschwister gegenüber eingebunden, sondern auch meist mindestens einem Elternteil gegenüber. Es ist denkbar, dass sie ihre Aggressionen den Eltern gegenüber auf jüngere Geschwister verschieben und auch deshalb als dominant erlebt werden.

In den von mir durchgeführten psychoanalytischen Behandlungen habe ich bei den Patienten, die als Kind parentifiziert waren, verstärkt eine Tendenz zu psychosomatischen Erkrankungen festgestellt, die als Ausdruck der erlebten Überforderung begriffen werden kann. Waren sie einerseits in einer privilegierten, auch narzisstisch hoch besetzten Rolle, so litten sie in ihrer Kindheit und Jugend häufig unter Überforderung und dem Gefühl, nicht Kind sein zu dürfen.

Ein anderer Befund, der für die älteste Geschwisterposition geltend gemacht werden könnte, ist die Bestätigung des klassischen psychoanalytischen Konzeptes der Entthronung (vgl. Kap. 2.2 & Kap.3.3.1) Aber ich würde das Konzept angesichts der klinischen Studien und vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen modifizieren wollen. Feindseligkeit dem jüngeren Geschwisterkind gegenüber ist meiner Auffassung nach Ausdruck einer defizitären bzw. konflikthaften Beziehung zwischen dem älterem Kind und seinem mütterlichen Objekt. In den hier vorgestellten Fällen erlebten die Patienten mit der Geburt des Geschwisterkindes vor allem eine Distanzierung der Mutter, was sich für die weitere Entwicklung als belastend herausgestellt hat (Herr D., Frau C., Frau G., Frau H.).

Man könnte auf dem Hintergrund dieser Überlegungen eine Verbindung zwischen dem Entthronungserlebnis und einem persistierenden Penisneides in Schwester-Bruder-Konstellationen ziehen. Bei einer erstgeborenen Schwester könnte Penisneid als Folge eines intensiven Neides bei der Geburt eines Bruders interpretiert werden. Weiter lässt sich mutmaßen, dass Schwestern an symbiotischen Bindungen zu jüngeren und älteren Brüdern festhalten, um sich den Penis unbewusst doch aneignen zu können, um so einen unbewussten Penisneid kompensieren zu können.

Jüngere Geschwister bzw. die Geburt eines Bruders oder einer Schwester können während der Adoleszenz bei Mädchen für einen unbewussten, inzestuösen Kinderwunsch stehen, was die Rivalität zur Mutter verstärkt und eine unbewusste Fixierung auf den ödipalen Vater bestehen lässt. Das neugeborene Geschwisterkind erfährt unter Umständen eine besondere, mütterlich akzentuierte Zuwendung von der Schwester (vgl. Kap.3.8)

Wenn die Geschwister in die Adoleszenz kommen, werden die Entwicklungsunterschiede vor allem durch die voranschreitende kognitive Entwicklung kleiner. Der ältere wird vom jüngeren adoleszenten Geschwisterkind aufgrund der Besetzungsverschiebungen und des Realitätsbezugs entidealisiert, was für das narzisstische Gleichgewicht des Älteren erneut eine Destabilisierung mit sich bringen kann (vgl. Kap.3.8.1).

Psychodynamik der mittleren Position

In der Klinik wiesen die Patienten, die in einer mittleren Geburtsposition aufgewachsen sind, den stärksten Anteil an psychischen Störungen auf. Dazu gehören nach der Klassifikation von Ermann depressive-, Angst- und Zwangsstörungen. Psychoanalytisch betrachtet wären sie also „klassisch“ neurotischer als Patienten mit einer anderen Geburtsposition, die stärker unter psychosomatischen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie z.B. Essstörungen leiden.

Die mittlere Geburtsposition zeichnet sich in der Erhebung vor allem dadurch aus, dass ein signifikant hoher Wert an das Erleben ausgeschlossen zu sein, vorherrscht, was sich auch im Einzelfall bei Frau H. bestätigt hat. Die Dominanz dyadischer Beziehungen unter Geschwistern führt anscheinend oftmals dazu, dass die mittleren Geborenen eher ausgeschlossen werden. Dyadische Beziehungen scheinen zwischen den ältesten und jüngsten Kindern häufiger vorzukommen, was durch weitergehende Untersuchungen belegt werden müsste.

Man könnte die Hypothese wagen, dass die mittlere Position psychisch am stärksten belastet ist. Es stellt sich die Frage, ob das Gefühl des Ausgeschlossenenseins und das Erleben von emotionalem Mangel in der Familie ein Ausdruck defizitär erfahrener Bindung ist. Es ist denkbar, dass die Patienten das passiv Erfahrene aktiv agiert haben, denn bei ihnen wurden am wenigsten familiäre Ablösungsprobleme benannt.

Die psychodynamischen Aspekte der Erst- und letztgeborenen Situation gelten in begrenztem Umfang natürlich auch für die mittlere Position, denn sie waren ja vor der Geburt des nachfolgenden Kindes auch mal in der jüngsten Position.

Psychodynamik der jüngsten Position

Die oben zitierten empirischen Studien haben gezeigt, dass jüngere Geschwister anscheinend mehr Attachmentverhalten gegenüber älteren, bedeutsamen Geschwistern entwickeln als umgekehrt (vgl. Kap.3.4). In einer nicht pathologischen Entwicklung werden Mentalisierungsprozesse durch Geschwister eventuell gefördert. Das beschriebene Bindungsmuster der jüngeren Geschwister an die älteren konnte retrospektiv in den hier vorgestellten Einzelfällen bestätigt werden (Frau E., Herr F.). Es stellt sich die Frage, ob es zwischen engen, wenig abgelösten Bindungen der jüngsten Geschwisterkindern gegenüber den älteren einen Zusammenhang gibt zu den hier am häufigsten zu verzeichnenden Selbstwert-, Individuationskonflikte bzw. Entwicklungsverzicht und Identitätsdiffusion gibt.

Geht man davon aus, dass Patienten aufgrund defizitär erlebter Elternobjekte enge, kompensatorische Geschwisterbindungen haben, so könnte dieses für die Jüngeren bedeuten, dass sie stärker an die älteren Geschwister gebunden sind und von daher auch in den Akten mehr Autonomie-Abhängigkeitskonflikte diagnostiziert bekommen haben. Die Tatsache, dass 30% der jünger Geborenen unter der Dominanz von älteren, oftmals von Brüdern, gelitten haben und immer noch leiden, unterstreicht diese Problematik.

Das könnte bedeuten, dass das Finden der sogenannten Nische, die man den später Geborenen zuschreibt, bei psychisch erkrankten Patienten nicht gelungen ist (z.B. Fall Frau E.).

In Bezug auf das Konzept des ödipalen Konfliktes könnte ergänzend formuliert werden, dass das Mädchen, wenn es eine ältere Schwester hat, länger in der negativen ödipalen Phase bleibt, da die Schwester als weniger zurückweisend erlebt wird wie die Mutter. Homosexuelle ödipale Strebungen der Schwester gegenüber verhelfen dem Mädchen dann, die Kränkung durch die Mutter abzuwehren und ihr Begehren auf die Schwester zu verschieben. Es ist aber auch vorstellbar, dass Aggressionen auf eine ältere Schwester projiziert werden, um an der dyadischen Beziehung zur Mutter festhalten zu können.

Generell vermute ich, dass jüngere Geschwister akzentuierte libidinöse und ödipal akzentuierte Wünsche dem älteren, vor allem gegengeschlechtlichen Geschwisterkind gegenüber entfalten, sodass ödipale Konflikte auf der Geschwisterebene hier vermutlich stärker nachweisbar wären werden als bei Erstgeborenen.

Bezieht man hierbei noch die Häufigkeit des explorierten Ausmaß an Altruismus ein, so könnte vermutet werden, dass sie in ihren Geschwisterbeziehungen stärker Aggression abwehren müssen und dadurch keine abgegrenzte Identität und Autonomie entwickeln können (Frau E., Herr F., Frau G.). Dieses könnte auf ungelöste ödipale Konflikte deuten.

Jüngere Geschwister erleben häufig einen Objektverlust, wenn der ältere Bruder oder die Schwester in die Adoleszenz kommt und sich von der Familie verselbständigt. Die Intensität dieses Verlustes hängt von der Enge der Beziehung und des Entwicklungsstandes des jüngeren Geschwisterkindes ab (Fall Frau E., Herr D.).

Es lässt sich postulieren, dass Geschwistererfahrungen einen Anteil an psychogenen Erkrankungen haben und sich als langandauernde Effekte in Selbst- und Objektrepräsentanzen niederschlagen können. Für eine gesunde psychische Entwicklung wäre demnach nicht nur die Integration, sondern in gewisser Weise auch die Überwindung der erfahrenen infantilen Geschwisterposition entscheidend. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob in spezifischen familialen Konstellationen Defizite in der strukturellen Entwicklung auch durch pathogene Geschwistereinflüsse verstärkt werden können.

Abschließend möchte ich die Hypothese formulieren, ob das, was in der Kindheit als Folge der Geschwisterposition und Geschwisterkonstellation abgewehrt werden musste, sich als unbewusster neurotischer Konflikt im Erwachsenenalter fortwirkt. Wenn die Frage der Ge-

schwisterposition im Erwachsenenalter immer noch präsent ist und psychodynamisch wirkt, ist dies, so meine Vermutung, ein Ausdruck infantiler Fixierung und psychischer Fehlentwicklung.

8.2 Schluss: Kritische Einschätzung der vorliegenden Studie und Implikationen für weitere Forschung

Eine empirische Untersuchung von Geschwistereinflüssen auf erwachsenes psychisches Erleben hat sich aufgrund der Komplexität des Themas als schwierig erwiesen. Allein die Vielzahl der Konstellationen unter Geschwistern führt dazu, dass die Geschwisterbeziehung ein schwer zu erforschender Gegenstand ist.²⁷ Die Notwendigkeit auf wissenschaftlich unhaltbare Rekonstruktionen früherer Kindheitserfahrungen zu verzichten, macht die Untersuchung langandauernder Effekte nicht leichter. Die moderne Hirnforschung untermauert zwar die psychoanalytische Prämisse, dass unbewusste Vorgänge existieren, sie zeigt aber auch, dass die Fähigkeit des Gehirns zur Neuroplastizität Erinnerung und Gedächtnis als höchst instabil und veränderbar erscheinen lassen (vgl. Leuzinger-Bohleber & Pfeiffer 2002).

Zunächst ging ich davon aus, leitfadenorientierte Befragungen mit klinischen Patienten zu machen, um der Forderung der Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallstudien an einer größeren Population nachzukommen. Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde deutlich, dass schon hier die Problematik offensichtlich wurde, entweder zu stark auf die Geschwisterthematik zu fokussieren oder den Fragebogen so offen zu konzipieren, dass Repräsentanzen, die mit der Geschwistererfahrung in Zusammenhang stehen, in den Antworten lediglich erschlossen werden könnten. Hinzu kommt, dass Daten zur Dimension von Geschwisterrivalität, wie sie in der Kindheit durch Konflikte um die Zuneigung der Eltern zum Ausdruck kommen, im Erwachsenenalter schwer zu erheben sind, da die Probanden im Rahmen persönlicher Befragungen anscheinend nur zögerlich Angaben zu dieser Dimension machen (Ross & Milgram 1982).

Die Idee, das Adult Attachment Interview in Bezug auf Geschwisterbindungen zu modifizieren, hätte ich wohl nur in einem größeren Forschungszusammenhang verwirklichen können.

Darüber hinaus stellte sich schwieriger als gedacht heraus, eine repräsentative klinische Stichprobe zu bekommen, die die vielfältigen Konstellationen von Geschwisterbeziehungen

²⁷ Persönliche Mitteilung von Frau Prof. Dr. Lehmkuhl 2009

annähernd abgebildet hätte. Hier zeigte sich umso mehr, wie wichtig es ist, den Forschungsprozess offen zu lassen:

„Der Forschungsprozess muss so offen dem Gegenstand gegenüber gehalten werden, dass Neufassungen, Ergänzungen und Revisionen sowohl der theoretischen Strukturierungen und Hypothesen als auch der Methoden möglich sind, wenn der Gegenstand dies erfordert.“ (Mayring 2002, 28)

Ich habe mich aufgrund dieser Überlegungen und Schwierigkeiten entschieden, die klinische Erforschung von Geschwisterkonflikten in den Einzelbehandlungen durch Dokumentenanalyse einer größeren Patientenpopulation zu erweitern. Es ging darum, die in der klinischen Situation gemachten Beobachtungen und Rückschlüsse in einem erweiterten klinischen Zusammenhang zu explorieren. Nur eigene Einzelfallstudien zu präsentieren hätte dem Anspruch, klinische und pathogene Wirkungen von Geschwistereinflüssen zu illustrieren, nicht genügt.

Da ich die Akten aber allein ausgewertet habe, ist das wichtige Kriterium einer Interrater-Reliabilität nicht erfüllt. Auch ist problematisch, dass die ICD und OPD Diagnosen nicht mit Hilfe von SKID Interviews überprüft und abgesichert sind. Die Zuordnung der inhaltlichen Kategorien der psychodynamischen Konflikte erfolgte ebenfalls allein durch mich. Die Arbeit kann den wissenschaftlichen Gütekriterien von Validität, Reliabilität und Objektivität nicht genügen und versteht sich deshalb als Vorstudie für weitergehende Forschungsperspektiven.

So könnten neuere Methoden der Untersuchungen zu zentralen Beziehungskonflikten bei Paaren (Albani et al. 2008) auch bei erwachsenen Geschwistern Anwendung finden. Das AAI wäre, wie schon erwähnt, auch in Bezug auf geschwisterliche Bindungsmuster anwendbar, vorausgesetzt die Items würden valide modifiziert werden.

Inwiefern Geschwistereinflüsse psychisch stabilisierend und unterstützend für Mentalisierungsprozesse fungieren, könnte für die Resilienzforschung von Interesse sein (Leuzinger-Bohleber et al. 2009).

Eine empirische Untersuchung an Kindern könnte auch Aufschluss darüber geben, ob Jungen und Mädchen in dem Erwerb ihrer Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenidentität die Identität als Geschwisterkind vermittelt bekommen. Über die Identifikation *„Ich bin ein Mädchen. Ich bin ein Junge“*, erfolgt die Identifikation: *„Ich bin eine Schwester. Ich bin ein Bruder“*. Dabei müsste sich auch die Geschwisterposition kognitiv verankern: *„Ich bin größer“* oder als jüngeres Kind *„Ich bin kleiner“*.

Die Hypothese, dass Aggressionen den Eltern gegenüber auf jüngere Geschwister verschoben werden, könnte in Kinderbeobachtungen verfolgt werden. Dyadische Beziehungen scheinen zwischen den ältesten und jüngsten Kindern häufiger vorzukommen, was ebenfalls durch weitergehende Untersuchungen belegt werden müsste.

Eine wichtige Hypothese ist die Annahme von Parentifizierung, was hier am stärksten bei den erstgeborenen Patienten und Einzelkindern vorgekommen ist. Weitere Hypothesen lassen sich auch in Bezug auf das Ausmaß von Altruismus und Dominanzerleben bei jüngeren Geschwistern generieren.

Im Gegensatz zu der statischen Auffassung der Geschwisterposition der quantitativen Birth-Order Forschung ermöglicht ein psychoanalytisch orientierter Zugang einen vertieften Einblick in die Psychodynamik der Geschwistereinflüsse und kann m. E. aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive persistierende unbewusste Konflikte der Geschwisterrangfolge in ihren langandauernden klinischen Effekten nachzeichnen und psychoanalytische Behandlungen befruchten.

Literatur

- Abelin E. (1986): Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. In: Stork J. (Hg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel. Stuttgart, Frommann-Holzboog, 45-72
- Abend S. M. (1984): Sibling Love and Object Choice. In: Psychoanalytic Quarterly, LIII: 425-430
- Abaranel J. (1983): The Revival of the Siblings Experience during the Mother`s Second Pregnancy. Psychoan. Study Child 38: 253-379
- Adam-Lauterbach D. (2007) : Psychodynamische und psychopathologische Aspekte von Geschwisterbeziehungen. Forum Psychoanal. 3: 203-218
- Adam-Lauterbach D.(2009): Der Einfluss der Wende auf die Identitätsbildung in der Adoleszenz. In: Seidler C., Froese M.J.: Traumatisierungen in (Ost-) Deutschland. Psychosozial, Gießen, S. 267-284
- Adler A. (1920): Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt a.M., Fischer 2006
- Adler A. (1933): Der Sinn des Lebens. Frankfurt a.M., Fischer 1973
- Adler A. (1937): Lebensprobleme. Frankfurt a.M., Fischer 1994
- Agger E.M. (1988): Psychoanalytic perspectives on sibling relationship. Psychoanalytic inquiry 8: 3-30
- Ainsworth M.; Blehar MC; Walters E. & Wall S. (1978): Patterns of Attachment. Erlbaum, Hillsdale NJ
- Albani C., Kächele H., Blaser G., Pokorny D.: (2008): Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte - Theorie, Klinik und Forschung. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht
- Altmeyer M. & Thomä H. (2006): Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta
- Attestlander P. (1971): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin. De Gruyter
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern, Hans-Huber
- Balsam R. H. (1988): On being good: The internalized sibling with examples from late adolescent. Psychoanalytic Inquiry 8:11-87
- Bank S.& Khan M. (1994): Geschwisterbindung. München, Deutscher Taschenbuch Verlag
- Baydar N. (1997): A longitudinal study of the effects of the birth of a sibling during the first 6 years of life. Journal of Marriage and the Family, 59: 939-956
- Bell A.I. (1964): Bowel training difficulties in boys. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 3: 577-590
- Benninghaus H. (2002): Deskriptive Statistik. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler, Wiesbaden, Westdeutscher Verlag
- Benjamin J. (1988): Die Fesseln der Liebe. Basel, Frankfurt a.M., Stroemfeld Verlag
- Berger M. (1985): Zur psychodynamischen Relevanz der Geschwisterbeziehung. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 13: 123-137

- Bion W.R. (2002): Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius (Hg.): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1, Stuttgart, Klett Cotta, 225-235
- Bischoff L.B. & Tingstrom D.H. (1991): Siblings of children with disabilities: psychological and behavioural characteristics. *Counselling Psychology Quarterly*, 4: 311-321
- Blos P. (1978). Adoleszenz. Stuttgart, Klett-Cotta
- Blos P. (1983): The Contribution of Psychoanalysis to the Psychotherapy of Adolescents. In: *Adolescent Psychiatry*, Vol. 11, New York: 102-124
- Bohleber W. (1992): Identität und Selbst. Die Bedeutung der neueren Entwicklungsforschung für die psychoanalytische Theorie des Selbst. In: ders. (Hg.1996): *Adoleszenz und Identität*. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse, 268-302
- Bohleber W. (2006): Intersubjektivität ohne Subjekt. Der Andere in der psychoanalytischen Tradition. In: Altmeyer M. & Thomä H. (2006): *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. Stuttgart, Klett-Cotta, 203-226
- Bohleber W. (2007): Der Gebrauch von offiziellen und von privaten impliziten Theorien in der klinischen Situation. *Psyche*, 9,10: 995-1016
- Bowlby J. (1973): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München, Kindler
- Bornstein B. (1949): The Analysis of a phobic child. *Psychoanal. Study Child*, 8: 65-78
- Buchholz M.B. (1999): „Anders sehen“ und „Herstellung des Dreiecks“. In: Brech E.; Bell K. & Marahrens-Schürg C. (Hg.): *Weiblicher und männlicher Ödipuskomplex*. Göttingen, Vandenhoeck & Rupprecht, 17- 47
- Brech E., Bell, K. & Marahrens-Schürg C. (Hg.), (1999): *Weiblicher und männlicher Ödipuskomplex*. Göttingen, Vandenhoeck und Rupprecht
- Brede K. (2004): Zur Methodik einer Fallstudie. In: Leuzinger-Bohleber M., Deserno H.& Hau S. (Hg.): *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft*. Stuttgart, Kohlhammer, 250-268
- Britton R., Feldman M. & O`Shaughnessy E. (Hg.) (1989): *Der Ödipuskomplex in der Schule Melanie Kleins*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Bründl P. (2000): Innere Bilder des Männlichen in der Auseinandersetzung mit der NS-Geschichte. In: Bosse H., King, V. (Hg.): *Männlichkeitsentwürfe. Wandlungen und Widerstände im Geschlechterverhältnis*. Frankfurt a.M., Campus: 108-123
- Cicirelli V.G. (1995): *Sibling relationships across the life span*. Plenum Press, New York and London
- Cierpka M. (1992): Die Entwicklung des Familiengefühls. *Forum Psychoanal.* 6: 32-46
- Chasseguet-Smirgel J. (1974): *Psychoanalyse der weiblichen Sexualität*, Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1974
- Chodorow N. (1978): *Das Erbe der Mütter*. München, Frauenoffensive.
- Christian-Widmaier P. (2000): Aggression in Frau-Frau-Analysen. *Forum Psychoanal.*16: 231-246
- Claxton R.P.: (1994): Empirical relationships between birth order and two types of parental feedback. *Psychological Record*, 4, 44: 475-487

- Cole P. (2003): The Importance of Sibling Relationships in Psychoanalysis. Karnac, London
- Colonna A.B., Newman L.M. (1983): The psychoanalytic literature on siblings. *Psychoan. Study Child* 38: 285-309
- Deserno H. (1999): Männlichkeit und Ödipuskomplex. In: Brech E., Bell K., Marahrens-Schürg C. (Hg.): *Weiblicher und männlicher Ödipuskomplex*. Göttingen, Vandenhoeck und Rupprecht, 81-110
- Denzin N.K. (1978): *The research act*. New York, McGraw Hill
- Diepold B. (1988): Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 37: 274-280
- Dornes M. (1994): *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt a.M., Fischer
- Dornes M. (1995): Gedanken zur frühen Entwicklung und ihre Bedeutung für die Neurosenpsychologie. *Forum der Psychoanalyse* 11: 27-49
- Dreher A.U. (2007): Pluralismus in Theorie und Forschung – was nun? In: *Forum Psychoanalyse* 23: 288-307
- Dreher A.U. (2004): Was kann Konzeptforschung leisten? In: Leuzinger-Bohleber M., Deserno H., Hau S. (Hg.): *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft*. Stuttgart, Kohlhammer, 115-127
- Dunn J. & Plomin R. (1996): *Warum Geschwister so verschieden sind*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Dunn J. & Kendrick C. (1982): *Siblings and Their Mothers: Developing Relationships Within the Family*. In: Lamp M., Sutton-Smith B. (1982): *Sibling Relationship*. New Jersey, Hillsdale: 39-60
- Engler S.(1997): Zur Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden. In: Friebertshäuser B., Prengel A. (Hg.) (1997): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim, München, Juventa, 18-130
- Ermann M. (2007): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Stuttgart, Kohlhammer
- Ernst C. & Angst J. (1983): *Birth Order*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- Falbo T. (1984): *The single-child family*. New York, Guilford Press.
- Fend H. (2000): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Opladen, Leske & Budrich
- Flaake K.& King V. (1992) (Hg.): *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Frankfurt a.M., New York, Campus
- Flaake K. (2003): Körperlichkeit und Sexualität in der Adoleszenz junger Frauen: Dynamiken in der Vater-Tochter-Beziehung. *Psyche – Z Psychoanal* 57: 403-425
- Friebertshäuser B., Lange A. & Prengel A. (2010) (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* Juventa Verlag, Weinheim
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. & Target M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und Entwicklung des Selbst*. Stuttgart, Klett Cotta
- Friedrich J.(1980): *Methoden empirischer Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Freud A.& Dann S.(1962): *Gemeinschaftsleben im frühen Kindesalter*, *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Bd. II, Köln, Opladen

- Freud S. (1905): Bruchstück einer Hysterienanalyse. Der Fall Dora. Studienausgabe Band VI, Frankfurt a. M., Fischer 2000, 83-176
- Freud S. (1912-13): Totem und Tabu (Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker). Studienausgabe Band IX, Frankfurt a. M., Fischer 2000, 287-387
- Freud S. (1913): Motiv zur Kästchenwahl. Studienausgabe, Band X, Frankfurt a.M., Fischer 2000, 181-194
- Freud S.(1914): Psychologie des Gymnasiasten. Studienausgabe, Band IV, Frankfurt a.M., Fischer, 2000, 235-240
- Freud S. (1917): Libidoentwicklung und Sexualorganisation. Studienausgabe, Band I, Frankfurt a.M., Fischer 2000, 316-332
- Freud S. (1917): „Eine Kindheitserinnerung aus Dichtung und Wahrheit“ Studienausgabe, Band X, Frankfurt a.M., Fischer 2000, 255-266
- Freud S. (1919): Ein Kind wird geschlagen. Studienausgabe, Band IX, Frankfurt a.M., Fischer 2000, 229-254
- Freud S.(1922):Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. Studienausgabe, Band VII, Frankfurt a.M. Fischer 2000, 217-228.
- Furman W., Giberson,R. (1995). Identifying the links between parents and their children's sibling relationships. In: Shulman S. (Eds): Close relationships in social emotional development. Norwood, New York, Ablex.
- Gates L., Lineberger M.R., Crockett J. & Hubbard J. (1988): Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. Journal of Genetic Psychology, 149 (1): 29-34
- Gay P. (2004): Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt a.M., Fischer
- Graham I. (1988): The sibling object and its transferences: Alternate organizer on the middle field. Psychoanal. Inq., 8: 88-107
- Greenarce P. (1950): Special problems of early female sexual development. Psychoanal. Study Child, 5: 122 – 138
- Greenson R.R. (1982): Psychoanalytische Erkundungen. Stuttgart, Klett Cotta
- Grubrich-Simitis I.(1991): Freuds Moses Studie als Tagtraum. Beltz, Weinheim
- Hamburger A. (1999): Der Kindertraum: Einfache Wunscherfüllung, Selbstnarrativ, Mitteilung? In: Traum, Affekt und Selbst. Psychoanalytische Beiträge aus dem Sigmund-Freud-Institut. Ed. Diskord: 11-47
- Heenen-Wolff S. (2008): Die Geschwisterbeziehung.- Postmoderne psychoanalytische Perspektiven zur „Horizontalisierung in der Beziehungswelt“. Psyche – Z Psychoanal 61: 541-559
- Helbing-Tietze B. (2004): Veränderungen des Selbst in der Adoleszenz aus akademisch psychologischer Sicht – eine Ergänzung der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, Psyche – Z Psychoanal, 58: 195-225
- Heyeres U. (2006): Adult Sibling Relationship Questionnaire. Ein Instrument zur Erfassung von Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung, 37. Jahrg., Heft 2, 2006: 215-225

- Hirsch M. (1999a): Realer Inzest: Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie. Psychosozial Verlag, Gießen
- Hirsch M. (1999b): Psychodynamik und Identitätsschicksal des Ersatzkindes. In: Sohni H. (Hg.): Geschwisterlichkeit 1999: 82-99
- Jacobson E. (1950): Development of the wish for a child in boys. Psychoanal. Study Child, 5: 139 – 152
- Jones E. (1910): Hamlet and Oedipus. The Oedipus Complex as an Explanation of Hamlet's Mystery. Garden City: Doubleday Books, 1949
- Kasten H. (1993): Die Geschwisterbeziehung, Band I. Göttingen, Hogrefe Verlag
- Kasten H. (1999): Vorbilder, Rivalen, Vertraute. München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag
- Kasten H. (2009): Der aktuelle Stand der Geschwisterforschung. www. 11/2009
- Karle M. & Klosinski G. (2001): Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern. In: Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 6/01: 401-420
- Kernberg O. (1997): Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart, Klett Cotta
- Kilius U. (2002): Essgestörte Patientinnen und ihre Geschwister. Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der subjektiven Sicht der Familie. Diplomarbeit Universität Göttingen
- King V. (1995): Die Urszene der Psychoanalyse. Adoleszenz und Geschlechterspannung im Fall Dora. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse
- Kohut H. (1976): Narzissmus. Frankfurt a.M., Suhrkamp
- Klagsbrunn F. (1993): Der Geschwisterkomplex: ein Leben lang Liebe, Hass, Rivalität und Versöhnung. Eichborn Verlag, Frankfurt a.M.
- Klein M. (1962): Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart, Klett Cotta 1994
- Klosinski G. (Hg.) (2000): Verschwistert mit Leib und Seele: Geschwisterbeziehungen gestern – heute – morgen. Tübingen, Attempto-Verlag
- Krause R. (1997): Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1, Grundlagen. Stuttgart, Kohlhammer
- Kreische R.: Paarbeziehungen und Geschwisterbeziehungen. In : Kontext. 1998: 32-41
- Kris M., Ritvo S. (1983): Parents and Siblings. Their Mutual Influences. Psychoanal. Study Child 38: 311-324
- Lackner-Seifert K. (2005): Die Geschwisterbeziehung von Anorexia nervosa Patientinnen im Vergleich zu Bulimia nervosa Patientinnen. Innsbruck, Univ., Diss.
- Lamb M.E., Sutton-Smith B.(1982): Sibling Relationships: Their Nature and Significance Across the Lifespan. New Jersey, London, LEA Publishers, Hillsdale,
- Langenmayr A. (1987): Geschwisterkonstellation und ihre Auswirkungen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 22 (4): 355-369
- Leichtmann M. (1985): The Influence of an older Sibling on the Separation-Individuation Process. Psychoanal. St. Child, 40: 111-161
- Lehmkuhl U. & Lehmkuhl G.(1995): Die Bedeutung der Geschwisterkonstellation aus psychotherapeutischer Sicht. Z. f. Individualpsychologie, 20 Jg. : 195-207

- Lempp R. (2000): Geschwisterbeziehung in der Forschung. In: Klosinski G. (Hg.): Verschwistert mit Leib und Seele: Geschwisterbeziehungen gestern- heute- morgen. Tübingen Attempto Verlag
- Leuzinger-Bohleber M. & Garlichs A. (1997): Theoriegeleitete Fallstudien im Dialog zwischen Psychoanalyse und Erziehungswissenschaft. In: Friebertshäuser B., Prengel A. (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, Juventa, 157-177
- Leuzinger-Bohleber M., Deserno H., Hau S. (Hg.) (2004): Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Stuttgart, Kohlhammer
- Leuzinger-Bohleber M., Fischmann T. (2006): What is Conceptual Research in Psychoanalysis? Int. Journal Psychoanal, 87: 1355-1386
- Leuzinger-Bohleber M. (2007): Forschende Grundhaltung als abgewehrter „common ground“ von psychoanalytischen Praktikern und Forschern. Psyche 61, 9/10, 966-994
- Leuzinger-Bohleber M. & Pfeiffer R. (2002): Embodied Cognitive Science und Psychoanalyse. Ein interdisziplinärer Dialog zum Gedächtnis. In: Giampieri-Deutsch P. (Hg.): Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften. Stuttgart, Kohlhammer
- Leuzinger-Bohleber M. (2009): Resilienz – Eine neue Forschungsperspektive. In: Leuzinger-Bohleber M., Canestri J. & Target M. (Hrsg.): Frühe Entwicklungen und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Brandes und Appel. Frankfurt a.M., S.18-37
- Loewald H.W. (1986): Das Dahinschwinden des Ödipuskomplexes. In: ders: Psychoanalyse. Aufsätze aus den Jahren 1961-1979 Stuttgart, Klett Cotta, 377-400
- Maciejewski F. (2006): Der Moses des Sigmund Freud. Ein unheimlicher Bruder. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht
- Mahler M., Pine F., Bergman A. (1978): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt a.M., Fischer
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim, Basel
- Mayring P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim, Basel
- Mentzos S. (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung unbewusster Inszenierungen. Frankfurt a.M., Fischer
- Mentzos S. (2009): Lehrbuch der Psychodynamik. Göttingen, Vandenhoeck und Rupprecht
- Mertens W. (1994a): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band1 Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer
- Mertens W. (1994 b): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 2, Kindheit und Adoleszenz. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer
- Mertens W. (2004): Psychoanalyse. Grundlagen, Behandlungstechnik und Angewandte Psychoanalyse. Stuttgart, Kohlhammer
- Moser U. (1991): Vom Umgang mit Labyrinthen. Praxis und Forschung in der Psychoanalyse eine Bilanz. Psyche 45: 315-335
- Mitchell J. (2001): „*Seitwärts schauen.*“ Die Psychoanalyse und das Problem der Geschwisterbeziehung. In: Jahrbuch der Psychoanalyse Jg. 43, 83-107

- Mitchell J. (2003): *Siblings. Sex and Violence*. Cambridge, Polity Press
- Moore K.K. & Cox J.A. (1990): Doctor, Lawyer or Indian chief? The effects of birth order, *Baylor Business Review*, 18-21
- Moser U. & von Zeppelin I. (1996): Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche* 50: 32-84
- Moser U. (1991): Vom Umgang mit Labyrinth. *Praxis und Forschung in der Psychoanalyse eine Bilanz*. *Psyche* 45: 315-335
- Musun-Miller L. (1993): Sibling Status Effects: Parents' Perceptions of Their Own Children, *Journal of Genetic Psychology*, 154: 2, 189-198
- Nadelman L., Begun A. (1982): The effect of the Newborn on Older Sibling: Mother's Questionnaires. In: Lamp M., Sutton-Smith B. (1982): *Sibling Relationship*. Hillsdale, New Jersey, p.12-36
- Neubauer P.B. (1983): The Importance of the Sibling Experience. *Psychoanal. Study Child* 38, 325-336
- Onnen-Isemann C., Rösch G.M.(2005): *Schwestern. Zur Dynamik einer lebenslangen Beziehung*. Campus, Frankfurt a.M.
- Orange D.M., Atwood G.E. & Stolorow R.D. (2001): *Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M.
- Oswald H. (2010): Was heißt qualitativ forschen? Warnungen, Fehlerquellen, Möglichkeiten. In: Friebertshäuser B., Langer, A., Prengel A.: *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* Juventa Verlag, Weinheim, 183-204
- Ounstedt M.K., Hendrick, A.M.: The First-born Child: Patterns of Development. *Dev. Med. Child Neurol* 1977, 19: 446-453
- Parens H. (1988): Siblings in early childhood: Some direct observational findings. *Psychoanalytic Inq.* 8: 31-50
- Plänklers T.(2005): Sprechen im Klaustum. Zur Psychodynamik des Stotterns. *Psyche, Z Psychoanal* 47: 197-223
- Person E.S. (1999) : Einige Rätsel des Geschlechts. Der weibliche Ödipuskomplex. In: Brech E., Bell K., Marahrens-Schürg C. (Hg.): *Weiblicher und männlicher Ödipuskomplex*. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen, 1999, 48- 80
- Poluda E.S. (1999) : Die psychosexuelle Entwicklung der Geschlechter im Vergleich. *Forum der Psychoanalyse*, Bd.15, 2: 101-119
- Pulakos J. (1990): Correlations between family environment and relationships of young adult siblings. *Psychological Reports*, 67:1283-1286
- Rattner J. (2006): *Alfred Adler*. Rowohlt, Hamburg
- Reich G. (1987): *Partnerwahl und Ehekrise*. Verlagsbuchhandlung für Psychologie. Eschborn
- Reimer G. & Rüger U. (2006): *Analytische Psychotherapie*. In (dres.): (Hg.): *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. Springer, Heidelberg, 40-48
- Rohde-Dachser C. (1991): *Expeditionen in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse*. Springer Berlin, New York

- Rosaschino F., O'Leary F., Carlevaris R., Torre R., Garlashi M.L. & Nosedo F. (1991-92): Effect of the emotional state of immune functions: study on firstborn children on the occasion of the birth of a sibling. *Bollettino Dell'Istituto Sieroterapico Milanese*, 70, 409-432. Abstract from: Infotrieve Online, Medline item 94206478.
- Rudolf G. (1996): *Psychotherapeutische Medizin: ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Enke, Stuttgart
- Rudolf G. (2004): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart
- Schäfer J. (2005): Weiblichkeit und Ödipuskomplex. In: Wellendorf U. & Werner H. (Hg.): *Das Ende des Ödipus. Entwertung und Idealisierung ödipaler Konzepte in der Psychoanalyse heute*. Edition diskord, Tübingen, 265-281
- Scharf M., Shulman S., Avigard-Spitz L. (2005): Sibling Relationships in Emerging Adulthood and in Adolescence. In: *Journal of Adolescent Research*, Vol. 20, 1: 64-90
- Shengold L. (1995): *Soul Murder. Seelenmord - die Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit*. Brandes & Apsel, Frankfurt
- Schmücker G., Buchheim A.: (2002) Mutter-Kind-Interaktion und Bindung. In: Strauss B., Buchheim A., Kächele H. (Hg.): *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte*. Schattauer Verlag, Stuttgart, 173-190
- Seiffge-Krenke I. (2000): Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Zwischen Parentifizierung und Vernachlässigung. In: Klosinski, G. (Hg.): *Verschweistert mit Leib und Seele: Geschwisterbeziehungen gestern – heute – morgen*. Tübingen, Attempto-Verlag, 176-194
- Seiffge-Krenke I. (2001): Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 421-439
- Seiffge-Krenke I. (2009). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie*. Springer, Heidelberg
- Sharpe S.A. & Rosenblatt A.D. (1994): Oedipal Sibling Triangles. *Journal American. Psych. Ass.*, 42: 491-523
- Sohni H. (Hg.) (1999): *Geschwisterlichkeit: Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Sohni H. (2004): *Geschwisterbeziehungen in Familien, Gruppen und in der Familientherapie*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Sohni H. (1998) : Geschwister – ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung. *Kontext* 29: 5-31
- Skinner N.F (1997): Hypochondria in Women as a Function of Birth Order. *Psychological Reports*, 80: 1344-1346
- Stern D. (1992) : *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stern D. (2005): *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Brandes und Aspel, Frankfurt a.M.
- Stocker C., Furman R., Lanthier W.: (1997): Sibling Relationships in Early Adulthood. *Journal of Family Psychology*, 11/2: 210-221
- Stoller R.J. (1968): *Sex and Gender*. Science House, New York
- Stolorow D. (2004): My Brother's Keeper: Intensive Treatment of a Case of Delusional Merger. *Selbstpsychologie*, 5, 16: 210-227

- Strauß B., Buchheim A., Kächele H. (2002): Klinische Bindungsforschung. Schattauer, Stuttgart, New York
- Streeck-Fischer A. (1994): Entwicklungslinien der Adoleszenz. Narzissmus und Übergangsphänomene. *Psyche* 48, 6: 509-528
- Stuhr U. (2004): Qualitative Ansätze in der Psychotherapieforschung. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Deserno, H.; Hau, S. (Hg.): *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft*. Kohlhammer Stuttgart, 160-187
- Stuhr U. (2007): Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlussfolgerungen. *Psyche* 61, 9/10: 943-965
- Suloway F.J.: (1997): *Der Rebell der Familie*. Siedler Verlag, Berlin
- Sutton-Smith B.(1982): Birth order and Sibling Status effects. In: Lamb M.E., Sutton-Smith B.: *Sibling Relationships: Their Nature and Significance Across the Lifespan*. New Jersey, London, LEA Publishers, Hillsdale, 153-165
- Teti D.M. & Ablard K.E. (1989): The Attachment Doll-play Interview for Preschoolers *International Journal of Behavioral Development*, 5, 1997 20: 681-697
- Thomä H., Kächele H. (2006): *Psychoanalytische Therapie. Grundlagen*. Springer Medizin Verlag Heidelberg
- Tölle R. (1982): Das vorletzte Kind. Zur Bedeutung einer Geschwisterposition beim psychisch Kranken. *Z. Psychosom. Med.*, 28: 52-68
- Toman W.(1987): *Familienkonstellationen: Ihr Einfluss auf den Menschen*. Beck, München
- Townsend F. (1997): Rebelling against Born to Rebel. *Journal of Social and Evolutionary Systems* 20, 2: 191-204
- Troll L. E. (1993): Strukturen und Funktionen des erweiterten des erweiterten Familienverbandes in Amerika. In: Lüscher K., Schultheiss F. (Hg.): *Generationenbeziehungen in „postmodernen Gesellschaften“*, Universitätsverlag Konstanz, 143-156
- Tyson P. (1991): Männliche Geschlechtsidentität und ihre Wurzeln in der frühkindlichen Entwicklung. In Friedman R.M., Lerner L.: *Zur Psychoanalyse des Mannes*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag, 1-20
- Tyson P. & Tyson R.L. (1990): *Psychoanalytic Theories of Development. An Integration*. New Haven, Yale University Press.
- Vockell E.F., Felker D.W. & Miley C.H. (1973): Birth order research 1967-1971: Bibliography and Index. *Journal of Individual Psychology*, 29, 39-53
- Volkan V.D. & Ast G. (1997): *Siblings in the unconscious and psychopathology*. International Universities Press, Inc., Boston
- Wellendorf F. (1995): Zur Psychoanalyse der Geschwisterbeziehung. *Forum Psychoanalyse* 11: 295-310
- Winnicott D. W. (1969): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. *Psyche*, 1969, 23(9): 666-682
- Winnicott D.W. (1990): *Der Anfang ist unsere Heimat: Essays zur gesellschaftlichen Entwicklung des Individuums*. Klett Cotta, Stuttgart
- Winnicott D.W. (1974): *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett. Klett Cotta, Stuttgart

- Young-Bruehl E. (1995): Anna Freud: eine Biographie. Erster Teil: Die Wiener Jahre. Wiener Frauenverlag. Reihe Frauenforschung, Band 30
- Uexküll T. von (2003): Psychosomatische Medizin. Urban & Fischer, München
- Watzlawick P.(1971): Menschliche Kommunikation. Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien
- Zajonc R.B., Markus G.B. (1975): Birth Order and Intellectual Development. Psychological Review, 82, 1: 74-88
- Zervas L.J., Sherman M.F. (1994): The relationship between perceived Parental Favoritism and Self-esteem. Journal of Genetic Psychology, 155,1: 25-33
- Zimmermann R. (2002): Geschwisterkonstellationen in Essstörungen- und Vergleichsfamilien. Diss. Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule Aachen
- Zukow P.G. (Ed.) (1989): Sibling Interaction across Cultures: Theoretical and methodological Issues. Editor. Springer Verlag, New York
- Zwiebel R. (1997): Der Schlaf des Analytikers. Verlag Internationale Psychoanalyse, München

Anhang

Tab. A1: Psychische Störungen, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Ältestes Kind	Mittleres Kind	Jüngstes Kind	Gesamt
Keine Diagnose	7	2	10	19
	36,8	10,5	52,6	100,0
	10,6	6,7	15,4	11,8
Diagnose	59	28	55	142
	41,5	19,7	38,7	100,0
	89,4	93,3	84,6	88,2
Gesamt	66	30	65	161
	41,0	18,6	40,4	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	1,652*	0,438		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,54.

Tab. A2: Psychosomatische Störungen, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Ältestes Kind	Mittleres Kind	Jüngstes Kind	Gesamt
Keine Diagnose	30	12	23	65
	46,2	18,5	35,4	100,0
	45,5	40,0	35,4	40,4
Diagnose	36	18	42	96
	37,5	18,8	43,8	100,0
	54,5	60,0	64,6	59,6
Gesamt	66	30	65	161
	41,0	18,6	40,4	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	1,382*	0,501		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 12,11.

Tab. A3: Psychische Störungen, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich- geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich- geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen- geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Keine Diagnose	3	0	15	18
	16,7	0,0	83,3	100,0
	9,4	0,0	14,9	12,1
Diagnose	29	16	86	131
	22,1	12,2	65,6	100,0
	90,6	100,0	85,1	87,9
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	3,149*	0,207		

* 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,93.

Tab. A4: Psychosomatische Störungen, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich- geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich- geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen- geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Keine Diagnose	14	5	43	62
	22,6	8,1	69,4	100,0
	43,8	31,3	42,6	41,6
Diagnose	18	11	58	87
	20,7	12,6	66,7	100,0
	56,3	68,8	57,4	58,4
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	0,806*	0,668		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,66.

Tab. A5: Verhaltensstörungen, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich- geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich- geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen- geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Keine Diagnose	24	14	70	108
	22,2	13,0	64,8	100,0
	75,0	87,5	69,3	72,5
Diagnose	8	2	31	41
	19,5	4,9	75,6	100,0
	25,0	12,5	30,7	27,5
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	2,422*	0,298		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,40.

Tab. A6: Selbstwert- und Individuationskonflikt/Entwicklungsverzicht/Identitätsdiffusion, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Jüngstes Kind	Mittleres Kind	Ältestes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	58	29	62	149
	38,9	19,5	41,6	100,0
	89,2	96,7	93,9	92,5
Konflikt liegt vor	7	1	4	12
	58,3	8,3	33,3	100,0
	10,8	3,3	6,1	7,5
Gesamt	65	30	66	161
	40,4	18,6	41,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	1,960*	0,375		

* 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,24.

Tab. A7: Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Jüngstes Kind	Mittleres Kind	Ältestes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	65	26	61	152
	42,8	17,1	40,1	100,0
	100,0	86,7	92,4	94,4
Konflikt liegt vor	0	4	5	9
	0,0	44,4	55,6	100,0
	0,0	13,3	7,6	5,6
Gesamt	65	30	66	161
	40,4	18,6	41,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	7,750*	0,021		

* 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,68.

Tab. A8: Konflikte Unterwerfung versus Kontrolle, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich-geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich-geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen-geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	31	16	94	141
	22,0	11,3	66,7	100,0
	96,9	100,0	93,1	94,6
Konflikt liegt vor	1	0	7	8
	12,5	0,0	87,5	100,0
	3,1	0,0	6,9	5,4
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	1,710*	0,425		

* 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,86.

Tab. A9: Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Jüngstes Kind	Mittleres Kind	Ältestes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	49	25	59	133
	36,8	18,8	44,4	100,0
	75,4	83,3	89,4	82,6
Konflikt liegt vor	16	5	7	28
	57,1	17,9	25,0	100,0
	24,6	16,7	10,6	17,4
Gesamt	65	30	66	161
	40,4	18,6	41,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	4,487*	0,106		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,22.

Tab. A10: Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich-geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich-geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen-geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	29	14	79	122
	23,8	11,5	64,8	100,0
	90,6	87,5	78,2	81,9
Konflikt liegt vor	3	2	22	27
	11,1	7,4	81,5	100,0
	9,4	12,5	21,8	18,1
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	2,903*	0,234		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,90.

Tab. A11: Versorgungs-Autarkie-Konflikt, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich- geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich- geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen- geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	28	16	95	139
	20,1	11,5	68,3	100,0
	87,5	100,0	94,1	93,3
Konflikt liegt vor	4	0	6	10
	40,0	0,0	60,0	100,0
	12,5	0,0	5,9	6,7
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	2,960*	0,228		

* 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,07.

Tab. A12: Verantwortung/Überforderung/Sorge, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Ältestes Kind	Mittleres Kind	Jüngstes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	45	26	61	132
	34,1	19,7	46,2	100,0
	68,2	86,7	93,8	82,0
Konflikt liegt vor	21	4	4	29
	72,4	13,8	13,8	100,0
	31,8	13,3	6,2	18,0
Gesamt	66	30	65	161
	41,0	18,6	40,4	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	15,152*	0,001		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,40.

Tab. A13: Verantwortung/Überforderung/Sorge, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich- geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich- geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen- geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	27	13	80	120
	22,5	10,8	66,7	100,0
	84,4	81,3	79,2	80,5
Konflikt liegt vor	5	3	21	29
	17,2	10,3	72,4	100,0
	15,6	18,8	20,8	19,5
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	0,420	0,811		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,11.

Tab. A14: Sich ausgeschlossen fühlen, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Ältestes Kind	Mittleres Kind	Jüngstes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	63	21	62	146
	43,2	14,4	42,5	100,0
	95,5	70,0	95,4	90,7
Konflikt liegt vor	3	9	3	15
	20,0	60,0	20,0	100,0
	4,5	30,0	4,6	9,3
Gesamt	66	30	65	161
	41,0	18,6	40,4	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	18,669*	0,000		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,80.

Tab. A15: Dominanz von den Geschwistern erlebt, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Jüngstes Kind	Mittleres Kind	Ältestes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	46	25	60	131
	35,1	19,1	45,8	100,0
	70,8	83,3	90,9	81,4
Konflikt liegt vor	19	5	6	30
	63,3	16,7	20,0	100,0
	29,2	16,7	9,1	18,6
Gesamt	65	30	66	161
	40,4	18,6	41,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	8,855*	0,012		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,59.

Tab. A16: Dominanz von den Geschwistern erlebt, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich-geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich-geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen-geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	29	11	81	121
	24,0	9,1	66,9	100,0
	90,6	68,8	80,2	81,2
Konflikt liegt vor	3	5	20	28
	10,7	17,9	71,4	100,0
	9,4	31,3	19,8	18,8
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	1,060*	0,589		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,01.

Tab. A17: Neid/Rivalität/Benachteiligung, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich- geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich- geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen- geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	27	11	69	107
	25,2	10,3	64,5	100,0
	84,4	68,8	68,3	71,8
Konflikt liegt vor	5	5	32	42
	11,9	11,9	76,2	100,0
	15,6	31,3	31,7	28,2
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	3,179*	0,204		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,51.

Tab. A18: Emotionaler Mangel in der Familie erlebt, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Jüngstes Kind	Mittleres Kind	Ältestes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	52	18	49	119
	43,7	15,1	41,2	100,0
	80,0	60,0	74,2	73,9
Konflikt liegt vor	13	12	17	42
	31,0	28,6	40,5	100,0
	20,0	40,0	25,8	26,1
Gesamt	65	30	66	161
	40,4	18,6	41,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	4,264*	0,119		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,83.

Tab. A19: Parentifizierung, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Jüngstes Kind	Mittleres Kind	Ältestes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	62	26	48	136
	45,6	19,1	35,3	100,0
	95,4	86,7	72,7	84,5
Konflikt liegt vor	3	4	18	25
	12,0	16,0	72,0	100,0
	4,6	13,3	27,3	15,5
Gesamt	65	30	66	161
	40,4	18,6	41,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	12,952*	0,002		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,66.

Tab. A20: Parentifizierung, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleichgeschlechtlich, Schwester(n)	Gleichgeschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegengeschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	25	14	86	125
	20,0	11,2	68,8	100,0
	78,1	87,5	85,1	83,9
Konflikt liegt vor	7	2	15	24
	29,2	8,3	62,5	100,0
	21,9	12,5	14,9	16,1
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	1,060*	0,589		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,58.

Tab. A21: Altruismus differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Ältestes Kind	Mittleres Kind	Jüngstes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	60	24	47	131
	45,8	18,3	35,9	100,0
	90,9	80,0	72,3	81,4
Konflikt liegt vor	6	6	18	30
	20,0	20,0	60,0	100,0
	9,1	20,0	27,7	18,6
Gesamt	66	30	65	161
	41,0	18,6	40,4	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	7,519*	0,023		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,59.

Tab. A22: Altruismus, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich- geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich- geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen- geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	25	13	84	122
	20,5	10,7	68,9	100,0
	78,1	81,3	83,2	81,9
Konflikt liegt vor	7	3	17	27
	25,9	11,1	63,0	100,0
	21,9	18,8	16,8	18,1
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	0,421*	0,810		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,90.

Tab. A23: Familiäre Loslösungsprobleme, differenziert nach der Geschwisterposition (in Prozent)

	Jüngstes Kind	Mittleres Kind	Ältestes Kind	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	48	30	54	132
	36,4	22,7	40,9	100,0
	73,8	100,0	81,8	82,0
Konflikt liegt vor	17	0	12	29
	58,6	0,0	41,4	100,0
	26,2	0,0	18,2	18,0
Gesamt	65	30	66	161
	40,4	18,6	41,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	9,510*	0,009		

* 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,40.

Tab. A24: Familiäre Loslösungsprobleme, differenziert nach der Geschwisterkonstellation (in Prozent)

	Gleich-geschlechtlich, Schwester(n)	Gleich-geschlechtlich, Bruder/Brüder	Gegen-geschlechtlich, Schwester(n) und Bruder/Brüder	Gesamt
Konflikt liegt nicht vor	25	15	80	120
	20,8	12,5	66,7	100,0
	78,1	93,8	79,2	80,5
Konflikt liegt vor	7	1	21	29
	24,1	3,4	72,4	100,0
	21,9	6,3	20,8	19,5
Gesamt	32	16	101	149
	21,5	10,7	67,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	
Chi-Quadrat nach Pearson	Wert	Signifikanz		
	2,015*	0,365		

* 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,11.