

Einige grundlegende Fragen bei der Behandlung von Herzpatienten – oder die Kunst, einen Purzelbaum zu schlagen¹

I.

Die **Psychokardiologie** ist in der Zwischenzeit eine weltweit anerkannte klinische und wissenschaftliche Forschungsdisziplin.

Gegenstand der Psychokardiologie ist der Zusammenhang von Herzfunktionen und psychischen und sozialen Faktoren².

Das klassische Modell ist von Rosenman und Friedman als das koronarrisikante „**Typ-A-Verhaltensmuster**“ in den 60iger Jahren entwickelt worden.³ Es ist eine statistische Konstruktion und besagt, dass mit einem spezifischen Verhaltensmuster, eben dem „Typ-A“, eine hohe Wahrscheinlichkeit verbunden sei, eine Herzerkrankung, insbesondere einen Herzinfarkt zu entwickeln. Die Elemente, aus denen das „Typ-A“ Muster besteht sind Übergewicht, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, zwanghafter Perfektionismus, Hyperaktivität und aggressive Rivalität.

Im Umkehrschluss gilt dann für therapeutische und präventive Strategien der Herzerkrankung das **Ziel**, die Risikofaktoren zu beseitigen, weil dadurch die Wahrscheinlichkeit für weitere kardiopathische Ereignisse reduziert wird.

Das „Typ-A“ Muster konnte in Replikationsstudien nicht bestätigt werden und Versuche wurden unternommen, es durch weitere Faktoren wie Ärgerbereitschaft, Angst und Depressivität („Typ-D“) zu verfeinern.

Der aktuelle Forschungsstand lässt sich so charakterisieren, dass heute nicht mehr von einem kardiopathischen Verhaltensmuster, sondern vielmehr von einem viel allgemeineren **kardiopathischen Lebensstil⁴** ausgegangen wird. Dieser Lebensstil ist charakterisiert durch einen chronischen sympathikotonen Stress⁵, der über Jahrzehnte mit hohen Gratifikationserwartungen praktiziert wird und in der Regel in einen Zustand von vitaler Erschöpfung führt. Vitale Erschöpfung ist dadurch

¹ Überarbeiteter Vortrag, gehalten am 10.11.2017 am Michael-Balint-Institut in Hamburg.

² Bardé, B., J. Jordan (2015a) ; Herrmann-Lingen, C. et al.(Hrsg.)(2014), Jordan, J. et al. (Hrg.)(2007).

³ Vgl. B. Bardé, J. Jordan (2015a), 1. Teil.

⁴ Ornish, D. (1992)

⁵ Siegrist, J. (1996), Sroka, K. (1980, 2002, 2006).

charakterisiert, dass die Tonuslage so erhöht ist, dass die circadianen Rhythmen vagale Zustände nicht mehr realisieren können. Sichtbar wird dies an einer eingeschränkten Herzfrequenzvariabilität. Vitale Erschöpfung ist das Prodromalsyndrom des Herzinfarkts schlechthin.⁶ Die Erfahrung zeigt, dass die Risikofaktoren in einen größeren biografischen Kontext eingebettet sind, den es zur Prävention aufzufächern gilt.

II.

Ich möchte dies an **Frau S.** zeigen, die einen ersten Herzinfarkt erlitten hatte, den sie überlebte. Frau S. ist 55 Jahre alt, verheiratet, Mutter von zwei erwachsenen Kindern und arbeitet seit fast 20 Jahren am Empfang einer großen sozialen Einrichtung. An ihrer Selbstbeschreibung sticht hervor, dass sie sehr pflichtbewusst ist, alles „im Griff“ haben muss und sie in jeder Hinsicht mit hoher Perfektion die Ansprüche der Anderen in Familie, Verwandtschaft und Beruf erfüllen möchte.

Dem fühlt sie sich allerdings an ihrem Arbeitsplatz nach ihrem Infarkt nicht mehr gewachsen. Um ihrem Druck Ausdruck zu geben verwendet sie das drastische **Bild** eines **Staubsaugers**. Sie sagt mir: „Das ist so wie eine Staubsaugerstange in der Brust“. Und genau dies weckt ihre Todesangst. Todesangst heißt, im nächsten Moment ereignet sich ein Reinfarkt, den sie dann aber nicht mehr überleben wird.

Als es in der therapeutischen Arbeit mit Frau S. zunächst um die Erarbeitung von Rhythmizität und Takt, also um die Möglichkeiten von Pausen und Unterbrechungen ging, über die sie riskante sympathikotone Stresslagen beeinflussen könnte, bestand sie vehement darauf, dass dies an ihrem Arbeitsplatz unmöglich sei, so als säße sie dort gefesselt wie zur **Exekution auf dem elektrischen Stuhl**. Sie behauptete dies so eindringlich, dass ich ergriffen und auch etwas ungläubig sagte: „...das würde ich gerne mal sehen“, worauf sie mich auf selbstverständliche Weise einlud, sie an ihrem Arbeitsplatz zu besuchen. Ein Motiv von mir dürfte sicher die staunende Neugier gewesen sein zu überprüfen, ob das „wirklich“ alles so schlimm ist, um auf diese Weise auf ihre intrusive Eindringlichkeit zu antworten und dieser Einhalt zu gebieten. Ich nahm ihre Einladung an und besuchte sie tatsächlich am Empfang des Altersheimes, um dort nicht nur ihren Arbeitsplatz kennenzulernen,

⁶ Ladwig, K. et al. (2004).

sondern auch um einen intimeren Zugang zu ihrem Erleben an diesem Ort zu bekommen.⁷

Dies zu tun gilt traditionellerweise als schwerer Behandlungsfehler, weil es „Agieren in der Gegenübertragung“ sei und der Analytiker sich die Autonomie seines „Denkraumes“ durch „Intrusion“ von Frau S. „zerstören“ und „pervertieren“ lasse.

Ich möchte vorab dieses Argument auf den Kopf stellen. Genau dadurch, dass ich bei Frau S. am Empfang erschien, bildete sich performativ im Vollzug spontan eine Eröffnungsszene, in der ich als Person auf eine existenzielle wie auch immer phantasmatische Ausdrucksgestalt der Person von Frau S. antwortete. In diesem wechselseitigen realen Ablaufgeschehen von Person zu Person ist erst durch eine gemeinsam geteilte Bedeutung – „ich sitze hier auf dem elektrischen Stuhl“ – *Sinn* entstanden. Auf dieser performativ erzeugten Grundlage konnte dann erst – sinnvoll – ein neues Verhältnis zu den Fakten in der gemeinsamen – im engeren Sinne – analytischen Arbeit erschlossen werden.

Tatsächlich war ihr **Arbeitsplatz** durch Glasfronten allseitig einzusehen. Von einem öffentlichen Platz mit Publikumsverkehr auf ihrer Rückenseite, von einem Eingangsflur aus auf ihrer rechten Seite von dem Eingangsportal, durch den direkten Eintritt auf ihrer frontalen Seite und durch eine Tür von ihrer Chefin aus, auf der linken Seite. Sie fühlte sich prinzipiell allseitig in „böartiger Absicht“ überwacht und kontrolliert und war von dem Gefühl beherrscht, sich gegen die vermeintlichen „Angriffe“ der anderen durch perfekte Leistungen schützen und absichern zu müssen. Maßgeblich, wie der itere Verlauf der Behandlung zeigte, waren dabei eigene feindselige aggressive Wünsche, in ihren Leistungen perfekter als alle anderen Personen dort zu sein, woraus in einer projektiven Verarbeitung Vergeltungsängste entstanden waren. Die „anderen“ wurden dann aggressiver erlebt, als sie tatsächlich waren

Trotz dieses Dauerkonfliktes war Frau S. ihren Aufgaben an sich gewachsen. Von 9-17 Uhr unter den Bedingungen des Gefühls eines Kontrolliert- und Beobachtetwerdens durch Andere, die sie überwachen könnten und die sie mit ihrer Perfektion und ihren Fähigkeiten übertreffen wollte, war für sie nach ihrem Herzinfarkt allerdings kaum noch erträglich. Man kann vermuten, dass Frau S. an diesem Arbeitsplatz mit

⁷ Vgl. Klüwer, R. (1983). R. Klüwer gehörte zu den ersten Psychoanalytikern, die die konstitutive Bedeutung des „Agierens“ für die Erzeugung von Sinn und Übertragung im psychoanalytischen Behandlungsprozess (an)erkannt haben.

diesen Verfolgungsphantasien unter höchster Anspannung, also unter hohem sympathikotonem Stress, seit etwa 15 Jahren tätig war.

Der einzige **Fluchtpunkt**, an dem sie den Kontrolldruck unterbrechen und einen Selbstbezug zu sich selbst herstellen könnte, wäre, so die Patientin, das Rauchen vor der Tür des Gebäudes, was ihr ja jetzt verboten sei, oder die Flucht auf die fensterlose Toilette, deren Tür und deren Kabine Frau S. mir demonstrativ zeigte.

III.

Herzpatienten machen deutlich, dass eine Struktur der **Alltagswelt** existiert, die aus Routinen mit allgemeinen Wissensvorräten besteht und die uns mit dem Gefühl der Vertrautheit und Sicherheit versorgt.⁸ Diese **Alltagsroutinen** stellen uns fraglos ein Wissen darüber zur Verfügung, „wie es weitergeht“, geben uns das Gefühl, dass alles vernünftig sei und dass, wenn ich an der Stelle des Anderen wäre, der Andere genau so denken würde wie ich selbst denke, dass also alles so weiter geht und dass man „immer wieder kann“.

Die **Krise** von Frau S. bestand genau darin, dass ihr diese Gewissheiten des Common Sense in der Alltagswelt durch den Herzinfarkt überraschend entzogen wurden, sie in ihr aber, weil sie noch am Leben war, *routiniert* weiterleben musste. Zwangsläufig ist sie genötigt, ein neues Verhältnis zu sich selbst und der Welt in den bisherigen und jetzt brüchig gewordenen fraglosen Alltagsroutinen entwickeln, in denen die **Gründe** für ihre Herzerkrankung eingebettet sind.

Sie muss angesichts der Angst vor einem Herztod ihren Lebensstil ändern und gerät dadurch zwangsläufig in einen biografischen Bruch. Sie muss Prägungen aufgeben, die zu ihrem kardiopathischen Lebensstil gehört haben. Mit diesem Lebensstil sind jahrzehntelang dominante Konflikt-Themen von Leistung, Perfektionismus, Kontrolle, Enttäuschungsärger und Angst vor Vergeltung durch aggressiv erlebte andere verknüpft, die mit sympathikotonem Stress verbunden sind. Da diese Konfliktthemen kardiopathisch bedeutsam sind, lag es nahe, diese in der Perspektive einer Prävention in einem ganz traditionellen Sinne analytisch „**durchzuarbeiten**“. Wie wichtig und begründet sinnvoll es ist, im Fall von Frau S. hochfrequent zu arbeiten macht die folgende Episode deutlich, die sich während der 3-wöchigen Weihnachtspause, die sie um

⁸ Schütz, A., T. Luckmann (200

eine Woche verlängerte, ereignete. Ihre Chefin bot ihr die vakant gewordene Stelle ihres Sekretariats an, was Frau S. „wegen zu viel Stress“ ablehnte. Gleichzeitig übernahm sie aber genau diese Stelle vertretungsweise und verdoppelte damit ihr Arbeitspensum. Um den Arbeitsanforderungen gerecht zu werden und aus Zeitmangel, sagte sie alle Arzttermine ab: „...ich hatte zwar am Tag zehnmal Todesangst, aber ich konnte mich gegen die Chefin nicht wehren...sie müsste doch von selbst drauf kommen“.

Dieses **Behandlungsziel** ist so existenziell eingreifend, dass man Herzinfarktpatienten lange Zeit psychotherapeutisch als nicht behandelbar einstufte.⁹ Dies wurde auch bei Frau S. deutlich. Sie nahm den Druck der Notwendigkeit einer Lebensstiländerung zunächst als eine für sie unlösbare Aufgabe war. Sie befürchtete, dass der Stress der Behandlung und die Notwendigkeit, ihren Lebensstil zu ändern zu einem Reinfarkt und dergestalt zu ihrem sicheren Tod führen könnte.

III.

Als „**Originalvorfall**“, der ihren Lebensstil kausal „erklären“ sollte erwähnte Frau S. den plötzlichen Herz-Tod ihres Vaters in ihrem 16. Lebensjahr. Die Mutter sei kollabiert und völlig hilflos gewesen, die Schwester sei selbständig in einem Friseurladen tätig gewesen, sie habe nach der Arbeit deren Kinder betreuen müssen und ein Bruder sei in Schichtarbeit immer auf Montage gewesen. Wenn sie sich nicht engagiert hätte, wäre die gesamte Familie kollabiert. Ihrem Engagement sei es zu verdanken, dass ihre Familie den Verlust des Vaters gut überstanden hätte.

Wie die meisten selbstgedeuteten psychologischen Erklärungen sind auch die Erklärungen von Frau S. unzureichend, da die in diesen enthaltenen Abwehrfunktionen verkannt und deshalb nicht bearbeitet werden. Gleichwohl ist das in ihnen enthaltene Kern-Thema in seinen Variationen wichtig. Solche Erklärungen sind Rationalisierungen und suggerieren Wiederholungen mit der Unterstellung kausaler Gesetzmäßigkeiten, ohne diese wirklich zu verstehen. Ein Kern-Thema ist ein Ereignis, das zwar dasselbe ist, sich aber in verschiedenen Feldern immer wieder auch anders zeigt.

⁹ Moersch E. et al. (1980); konträr hierzu allerdings P. Hahn (1971).

Wenn Frau S. meint, durch ihre Arbeit am Empfang der Einrichtung mit ihren 200 Bewohnern die Pflegeeinrichtung von einem katastrophalen Zusammenbruch zu bewahren, dann ist diese empfundene Situation nicht gleichbedeutend mit ihren Erlebnissen beim Tod des Vaters, dem Zusammenbruch der Mutter oder der Verweigerung von Pflegeleistungen durch die Geschwister.

An einer anderen Episode lässt sich verdeutlichen, dass die Tiefe nicht in der „Tiefe“ der Vergangenheit, sondern in der Tiefe der „Oberfläche“ des Ereignisses selbst, das sich ereignet hat, enthalten ist.¹⁰

Die Schwiegermutter von Frau S. verstarb kürzlich an Leukämie und der Schwager registrierte daraufhin den Nachlass akribisch anhand von Exeltabellen, um ihn dann der familiären Verteilung zugänglich zu machen. Den Mann von Frau S. stört dies nicht, obwohl auch er dieses Vorgehen des Schwagers als pietätlos empfindet. Bei Frau S. lässt dies aber einen chronischen Ärger wie eine „Riesenblase in der Brust“ entstehen, von dem sie sich nicht distanzieren kann, so wie das etwa ihrem Mann gelingt.

Behandlungsmethodisch besteht die Hauptschwierigkeit darin, Frau S. zu veranlassen, durch die Entwicklung eines stärkeren Selbstbezuges den feindseligen Fremdbezug zum Schwager abzuschatten und gleichzeitig den Glauben und das Vertrauen zu ihm als Familienmitglied aufrecht zu erhalten oder aufzubauen.

Das lässt sich an einem weiteren Ereignis zeigen. Frau S. fühlt sich erschöpft und hat inzwischen gelernt, ihre Erschöpfung nicht nur wahrzunehmen, sondern danach auch verantwortlich zu handeln. Sie sagt deshalb die Teilnahme an einem regelmäßig stattfindenden Kaffeekränzchen ab, um sich entgegen ihrem früheren Lebensstil hinzulegen und auszuruhen. Genau das löst aber in ihr intensive Schuldgefühle mit Vergeltungsängsten aus, die Anderen seien ihr wegen ihrer Absage böse, würden ihr dies sehr übelnehmen und nachtragend sein. Denn nicht nur die Anderen wollten sich durch die Anwesenheit von Frau S. bestätigt sehen, sondern auch Frau S. möchte von ihnen Anerkennung und Liebe erhalten.

Das führte in der analytischen Arbeit zu dem Ergebnis, dass sich Frau S. nicht vorstellen konnte, primär als Person mit einer Würde, gerade dann, wenn sie sich in Erschöpfung, Lustlosigkeit und Mattigkeit zum Ausdruck bringt, von anderen Menschen trotzdem bedingungslos anerkannt zu

¹⁰ Zu dieser Logik von Phänomenalität siehe G. Deleuze (2016), vgl. J. Meier (2013).

werden. Ihre Grundannahme ist, dass ihr das nur durch hypertrophe Leistungen gelingen kann.

Diesen primären Glauben und dieses Vertrauen in die Kooperation mit Anderen¹¹, der ja auch enttäuschungsanfällig ist, kann Frau S. über ihre Person von sich aus spontan nicht aufbringen. Dies ist ein wesentlicher Grund ihres kardiopathischen Lebensstils, mit dem sie anderen einen grundlosen Vertrauensvorschuss¹² nicht geben kann, sondern diesen durch Gründe in Leistungen immer erst „**erwirtschaften**“ und auf diese Weise „zwingend“ sicherstellen muss. Der Symptomcharakter ihres perfekten hoch angespannten Leistungswillens kommt darin zum Ausdruck, dass immer eine **misstrauische** Ungewissheit darüber verbleibt, ob der Andere wirklich meint, was er sagt wenn er ihre Leistungen anerkennt, oder darüber, was er meint, wenn er nichts sagt. Die „Erwirtschaftung“ bleibt also unvollkommen.

Frau S. **ersetzt** sozusagen in ihrem Verhältnis zu sich selbst ihre **Person** durch Fähigkeiten und Fertigkeiten ihrer **Persönlichkeit** und genau diese Ersatzbildung und Verschiebung ist der psychodynamische Kern ihrer langen Krankheitsgeschichte, an deren Endpunkt sich ihr Herzinfarkt ereignete.

Was einen Menschen zu einer Person macht wird nicht in der Psychoanalyse, sondern mehr denn je in der Philosophie diskutiert.¹³

Personalität meint zunächst das Bewusstsein von der Einheit meiner verschiedenen Handlungen in der Zeit als *einer* Person: Dass ich mich gegenwärtig erinnern kann, dass ich es war, der zu einem früheren Zeitpunkt eine bestimmte Handlung vollzogen hat, dass also ich selbst es war, der damals gehandelt hat, obwohl ich *jetzt* als derselbe ein anderer bin.¹⁴

¹¹ Diesen Aspekt vertiefte besonders P. Grice (1991) im Anschluss an J. Austins Einführung von performativen Äußerungen (1972).

¹² P. Grice (1991, S 122ff) arbeitet auf der Grundlage des Begriffs der Intentionalität heraus, dass ein Handelnder immer eine Absicht verfolgt und überprüfen muss, inwieweit seine Absicht von seinem Gegenüber wirklich geteilt wird, dass in diesem Vollzug aber letztlich immer *geglaubt* und *vertraut* werden muss darauf, dass der andere wirklich auch das meint, was er sagt (vgl. E. Rolf, 1994). Siehe hierzu auch M. Hartmann (2011), N. Luhmann (2000), K. Sonntag (2011).

¹³ Ausborne-Brinker, S (1999), Buchheim, T., Hermann (Hrsg.) (2004), Denett, D. C. (1976, 1987, 1996), Edelstein, W. et al. (1983), Edinger, S. (2017), Forcher, G. (2010), Kather, R. (2007), Parfit, D. (2017), Quante, M. (2012), Scheler, M (2007), Schenck, R (Hrsg.) (1998), Schulz, P. (1994), Spaemann, R (1996), Sturma, D (2008), Schenck, R. (Hrsg.) (1998).

¹⁴ Diese Bestimmung, die einen Menschen von einer Person anhand des Kriteriums *reflexiver Selbstbezüglichkeit in der Zeit* unterscheidet, geht zurück auf John Locke (1872/Ausgabe Meiner 1981).

Voraussetzung hierfür ist das Zentrum der Erfahrung meines Handelns, dass ich schon immer im und durch den Vollzug des Aktes „weiß“, dass ich selbst es bin, der diese Handlung vollzieht.

Eine **Handlung** hat einen Antrieb, eine Kraft und eine Intention, ein Ziel und eine Absicht: Sie ist auf etwas aus, sie will etwas herstellen und hat ein Ziel und ist mit einem Gedanken verbunden. Liegt der Ursprung der Handlung in der Person, so hat diese keine äußere Ursache, sie ist spontan und insofern grundloser Grund in sich selbst und in ihrer Intentionalität eine Ausdrucksbewegung.¹⁵ Person ist *ein dynamischer Effekt* in der Zeit, der ein Erleben von Wirklichkeit erzeugt.¹⁶ Erst nachträglich, und das ist die Rückseite der Person, kann sie feststellen, dass sie selbst es war, die diese Handlung vollzogen hat, und zwar **als sie selbst**.

¹⁵ Diesen Realitäts- und Erzeugungsaspekt des Performativen ist wohl zuerst von J.G. Fichte (1797) in dem entdeckt worden, was er „Thathandlung“ und „intellektuelle Anschauung“ nennt. Fichte radikalisiert hier die Konstitution von Subjektivität, die I. Kant (1798) noch als Antinomie formulierte (B 472/A 444). Für Kant kann nicht alles unter Gesetzen der Natur und Kausalität stehen. Es muss ein „Vermögen“ geben, „von selbst anzufangen.“, „aus Freiheit“, das selbst nicht der Kausalität unterworfen ist, sondern eine solche erst in Gang setzt.

¹⁶ Jaques Derrida (2003) formuliert die Konstellation von Personalität und Performativität im Anschluss von J. Austin (1972) und P. Grice (1991) als ein *Effekt* des „Versprechens“, in dem sich die *Person* äußert: „In der Sprechakttheorie ist das Versprechen das Standardbeispiel für das Performative. Wenn ich sage ´ich verspreche´, beschreibe ich nicht etwas anderes, ich *sage* nichts, ich *tue* etwas, es handelt sich um ein Ereignis. Das Versprechen ist ein Ereignis. Das ´ich verspreche´ bezieht sich nicht auf ein vorhergehendes Ereignis, sondern es konstituiert selbst ein Ereignis (..) Ich wäre dagegen versucht zu sagen, dass jeder Satz, jedes Performativ, ein Versprechen enthält, dass das Versprechen also kein Performativ unter anderen ist. Sobald ich mich an den anderen wende, sobald ich ihm sage ´ich spreche zu dir´, bewege ich mich schon in der Ordnung des Versprechens. ´ich spreche zu dir´, das heißt, ´ich verspreche dir weiterzusprechen, bis zum Ende des Satzes, ich verspreche dir, die Wahrheit zu sagen, selbst wenn ich lüge´ - denn um lügen zu können, muss man ja versprochen haben, die Wahrheit zu sagen. Das Versprechen ist das Element der Sprache überhaupt. Vom Ereignis zu sprechen, das hieße hier nicht, ein Objekt zu bezeichnen, das ein Ereignis darstellte, sondern ein Ereignis auszusprechen, das vom Sprechen selbst hervorgebracht wird.“ (S. 52 f.).

Bernd Nissen (2012) behauptet, dass die Substanz psychoanalytischen Arbeitens darin besteht „...einen Raum für ein solches geteiltes Präsenzerleben zur Verfügung zu stellen, auch wenn (..) eine beabsichtigte Herbeiführung nicht möglich ist.“ (S.208). Er weist auf, dass W. Bion (2009, 2016) mit seiner Konzeption von O und der Transformationen (aus O heraus *in* die Phänomenalität hinein, oder *in* O hinein *aus* der Phänomenalität heraus) dieser Erfahrungsregion in der psychoanalytischen Praxis nahe kommt, diese aber in ihrer grundsätzlich vorhandenen paradoxalen Struktur nicht klar erkennen kann, weil er in seinem methodischen Denken mehrere Ansätze neben einander ungeklärt bestehen lässt. Nissen zeigt auf, dass sich das Problem plausibel mit der Philosophie Martin Heideggers (1927) und dessen Denkens in einer ontologischen Differenz von Sein und Seiendem beschreiben lässt. Diese Erweiterung des Denkens ließe auch aus einem anderen Blickwinkel verständlicher machen, was Michael Balint (1970) mit der Unterscheidung von „klassischer“ Übertragung von Repräsentationen eines Originalvorfalls im Sinne einer Wiederholung einerseits **zu** einem Geschehen, das „in..“ der Übertragung geschieht, gemeint hat.

Der Herstellungsprozess des Bezuges auf sich selbst als eines Selbst, das, was eine Person ausmacht, ist selbst nicht reflexiv einholbar oder als solcher beobachtbar. Das Auge, das *sieht*, kann sich als solches im Sehen nicht selbst sehen.¹⁷

Man kann z.B. sagen, „ich denke“. Dies ist Ausdruck der Meinhaftigkeit im Erleben, dass ich es bin, der denkt. Faktisch vollzieht sich das Denken aber eher verselbständigt und man müsste eigentlich sagen „es denkt“ wie man auch sagt „es blitzt“. Die Gedanken kann man nicht wirklich kausal und willentlich unter Kontrolle bringen, sie sind sozusagen frei und nicht wirklich kontrollierbar.

In der jüdischen Denk-Tradition ist dieser Zusammenhang auf vertraute Weise bekannt. Biblisch ausgedrückt ist der **Geist** das Vermögen und der Ort der Wahrheit, der Teilhabe am Göttlichen als dem Unsichtbaren und Unsagbaren. Dem „Geist“ ist das triebhafte und egozentrische „**Fleisch**“ entgegengesetzt. Das „**Herz**“ ist der Ort, an dem „Geist“ und „Fleisch“ vermittelt werden. Der Akt des Herzens, wenn es sich dem „Licht“, also dem „Geist“ aussetzt, heißt dann „**Liebe**“. Und so heißt es dann auch: *„Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben aus deinem ganzen Herzen, aus deinem ganzen Gemüt und aus all deinen Kräften“*.

In Zeiten der Moderne spricht man nicht mehr mit solchen Bildern, gleichwohl die Problemstellung weiter besteht.

Im Gegensatz zur Person wird **Persönlichkeit** hingegen räumlich mit einem Innen und Außen im Subjekt-Objekt Schema und im Schema von bewusst-unbewusst mit einer Oberfläche und einer Tiefe gedacht. Auch hier kommt man schnell in Unbestimmbarkeiten: Woher weiß man, wie tief man in der Tiefe einer Persönlichkeit ist? Woher weiß ich, wann ich mit meiner Persönlichkeit aufhöre und die Persönlichkeit des Anderen beginnt?

Entscheidend ist, dass Persönlichkeit über Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Dimensionen bestimmt wird, die objektivierbar und messbar sind und für die sich besonders die Psychologen zuständig erklärt haben.

Als **Musterfall** für eine solche Auffassung kann hier Hans-Jürgen Eysenck¹⁸ gelten. Für ihn besteht Persönlichkeit aus drei Dimensionen: Extraversion, Introversion und Neurotizismus, und das auf der Grundlage eines bestimmten Intelligenzquotienten. Dieses Denken reicht vom

¹⁷ Wittgenstein, L. (1945/1984).

¹⁸ Eysenck, H.J. (1984).

Freiburger Persönlichkeitsinventar bis zum psychoanalytischen Strukturmodell.

Die Schwierigkeit, mit der wir in der klinischen Arbeit als Professionelle ständig konfrontiert sind besteht gerade darin, Person und Persönlichkeit **in ihrer Vermitteltheit** aufzufassen und sie nicht zu verdinglichen und gegeneinander auszuspielen.

IV.

Die „**klassische**“ **Konzeption** der Psychoanalyse, die auch noch heute mit vielen Modifikationen¹⁹ weit verbreitet ist, besteht in dem Glauben, dass es einen „Originalvorfall“ als einen ursprünglichen Ursprung gäbe, dessen „Repräsentanzen“ in dem „psychischen Apparat“ der Persönlichkeit ihren Niederschlag finden. Pathogene Konflikte, die durch „Gegenbesetzungen“ von Kräften zur Symptombildung führen, werden dann kausal linear konstruiert: Einem Originalvorfall in den ersten Lebensjahren wird dann eine kausale Kraft zugeschrieben, die Jahrzehnte später als „Wirkung“ aktuelles Handeln bestimmen soll. Ziel der „Analyse“ soll es sein, und das ist die **Idee der Übertragungsneurose**, emotionale „Einsicht“ in diese *psychische Kausalität* herzustellen.²⁰ Damit war die Überzeugung und auch die Hoffnung verbunden, dass mit dieser Einsicht und Erklärung auch eine Veränderung in den Beziehungen und im Lebensstil einhergeht.

Heute legen vor allem die Ergebnisse der **Neuropsychanalyse** nahe, dass die Suche nach einem ursprünglichen Ursprung weitgehend „Zeitverschwendung“²¹ ist und sich die analytische Arbeit, soll sie effektiv sein, viel mehr an aktuellen Konflikt-Themen und deren Variation und Vertiefung in verschiedenen Feldern zu orientieren hat.

Für **Frau S.** stellte sich bei der Veränderung ihres kardiopathischen Lebensstils die Frage, wie sie **als Person**, nicht als Persönlichkeit mit

¹⁹ Siehe z.B. L. Luborsky. C. Crits-Christoph (1990).

²⁰ Greenson, R. (1981), Hartmann, H., 1972) Menninger, K. (1958), Rapoport, D. (1973).

²¹ Kaplan-Solms, K., M. Soms (2003), Solms, M. (1996, 2006, 2013). Solms stellt die These auf, dass neurologisch in den ersten Jahren das Gehirn noch gar nicht entwickelt genug sei, um präzise Repräsentationen von Ereignissen zu bilden, die dann via Übertragungsneurose von „Es“ in „Ich“ verwandelt werden könnte. Dennoch können pathorelevante Ereignisse als Affekte aus jener Frühzeit weiter existieren, die dann *nachträglich* neurotisch verarbeitet werden. Behandlungsmethodisch hat der Psychoanalytiker nur die Möglichkeit, mit dem Patienten zusammen analytisch zu rekonstruieren, wie es dazu kommt, dass der Pt. in seinen aktuellen Handlungen diese Affektlagen selbst *erzeugt*. Solms knüpft damit an die Befunde an, die J. Sandler und A.M Sandler (1985) dazu veranlasst haben, ein Gegenwartsunbewusstes von einem Vergangenheitsunbewussten zu unterscheiden, das prinzipiell unerkennbar bleibt.

Eigenschafts- und Leistungsmerkmalen, stärker werden und wachsen kann.

Dafür möchte ich einige **behandlungsmethodische Überlegungen** anstellen, die darauf abzielen, das tradierte Konzept der Übertragungsneurose etwas mehr im Hinblick auf die Region des Personalen zu erweitern.

Das ist eigentlich nichts Neues. Freud ist schon 1899 in seiner Arbeit „Über Deckerinnerungen“ klar gewesen, dass wir nichts *aus* der Kindheit erinnern, sondern nur nachträglich Erinnerungen *an* die Kindheit haben können.²² Wer sich wie erinnert hängt wesentlich von den Personen ab, die analytisch mit einem Ziel der Heilung zusammenarbeiten. In der Psychotherapieforschung ist dieses Phänomen als „Matching“²³ bezeichnet worden. Es gibt Autoren, die hier sogar von der Existenz eines „analytischen Paares“²⁴ sprechen.

V.

Ich möchte an dieser Stelle an Michael Balint erinnern, der in der Geschichte der Psychoanalyse wohl einer der ersten war, die auf den Zusammenhang der Vermitteltheit von Person und Persönlichkeit aufmerksam gemacht haben. Er hat vor etwa 40 Jahren die Behandlung einer „jungen attraktiven Frau“ veröffentlicht, die im zweiten Jahr der Behandlung in seinem Behandlungszimmer als Ausdruck ihrer bislang durch Zwänge gehemmten existenziellen Lebensfreude einen Purzelbaum schlug.²⁵

Er untersuchte darauf hin, ob es sich bei diesem Ereignis im Sinne einer Repräsentation um eine „Übertragung“ gehandelt habe und kommt zu einem negativen Ergebnis. Er führt dann den Begriff der „*primären Liebe*“ ein. An anderer Stelle spricht er auch von „Urformen der Liebe“. Er sagt, der Purzelbaum habe keine deutungsfähige repräsentative Übertragung dargestellt, die man mit Bezug auf einen biografisch bestimmbaren Originalvorfall hätte erklären können. Vielmehr habe sich das Ereignis des Purzelbaums „*in* der Übertragung“ ereignet, und einen „Neubeginn“ im Medium der urförmigen „*primären Liebe*“ zwischen ihm und seiner Patientin zum Ausdruck gebracht. Eine Zeit lang hatte der Begriff des

²² Freud, S. (1899).

²³ Z.B. Goldstein, A.P., N. Stein (1976)

²⁴ Bollas, C. (2011), Ferro, A. (1999).

²⁵ Balint, M. (1970); vgl. M. Balint (1988).

Neubeginns Konjunktur, es bleibt aber aus heutiger Sicht unklar, was damit genau gemeint ist.

Berücksichtigt man die neueren Erkenntnisse sprachwissenschaftlicher Forschung zur *Entstehung von Sinn*, so könnte man sagen, dass sich **die primäre Liebe „in“ einer Übertragung von Person zu Person ereignet**, die alleine durch den Vorschuss eines **Glaubens** und eines **Vertrauens** in den **Anderen und in sich selbst** begründet ist. In der christlichen Tradition komprimiert sich diese Konstellation in dem Gebot: „Du sollst den anderen lieben wie dich selbst“. Dabei wird die Enttäuschungsanfälligkeit des Glaubens an den Anderen und an sich selbst prinzipiell unter Vorrang der sozialen Kooperation in Kauf genommen.

„**In**“ der Übertragung bezieht sich dann auf die **Leistung**, dem Anderen als eines fremden Anderen dergestalt einen *Glaubens- und Vertrauensvorschuss als Person* zu geben, dass man diesem Anderen gegenüber dazu bereit sein kann, sich selbst ihm gegenüber **als Person** mit einem eigenen Takt, einer eigenen Rhythmizität und mit eigenen Gedanken und Gefühlen frei zum Ausdruck zu bringen. Dieser wechselseitige Fremd- und Selbstbezug von Person zu Person ist konventionell im Horizont des Vergangenheitsunbewussten²⁶ kaum deutungsfähig, weil er die Grundlage dafür ist, dass eine Übertragung von Repräsentanzen überhaupt erst stattfinden und analytisch bearbeitet werden kann.

Dieser Vorschuss ist sozusagen keine „klassische“ Übertragung von infantilen Imagines, er hat aber den Charakter einer Übertragung, weil ja doch so etwas wie eine personale Kooperationsbereitschaft „übertragen“ wird, die sich aber erst performativ, also im Vollziehen, zeigen, bewähren oder auch scheitern kann. Leo Stone sprach hier in seiner Analyse der psychoanalytischen Situation²⁷ von einer „Urübertragung“, Edward Glover von einer „schwebenden Übertragung“²⁸, und Michael Balint spricht davon, dass sich etwas „in“ der Übertragung²⁹ ereignet, was aber selbst keine Übertragung sei.

Das Durcharbeiten der Konfliktthemen von **Frau S.**, die für die Veränderung ihres kardiopathischen Lebensstils erforderlich ist, ist ohne diesen Glaubens- und Vertrauensvorschuss, sozusagen ohne diesen

²⁶ Vgl. J. Sandler, A.-M. Sandler (1985).

²⁷ Stone, L. (1973).

²⁸ Glover, E. (1955).

²⁹ Balint, M. (1970).

„Basiskredit“ nicht möglich. Dieser Glaubensvorschuss kann sich nur vollziehen, er ist performativ.

Insofern wäre mein anfänglicher Besuch an dem Arbeitsplatz von Frau S. kein Behandlungsfehler gewesen, sondern eine Eröffnungsszene, in der ich mich als Person mit einem professionellen Interesse gegenüber der Person der Patientin, die an diesem Ort leidet, exponiert hätte.

Eine Besonderheit, die häufig in der Behandlung von Herzpatienten anzutreffen ist, ist ein **performativer Selbstwiderspruch**, der darin besteht, dass der Glaubens- und Vertrauensvorschuss, den der Patient dem Therapeuten und der Behandlung entgegenbringt durch die bedrohliche Vorstellung des eigenen bevorstehenden Todes auf wackeligen Füßen steht. Dieser Widerspruch besteht darin, dass Frau S. sich über Gedanken an ihren Tod und über die Angst vor ihrem eigenen Nichts hinaus als Person zum Ausdruck bringen muss, will sie eine lebendige spontane Beziehung herstellen.

Dasselbe gilt für den Therapeuten, der, - sei er nun gläubig oder nicht - um dieses Ziel zu erreichen, durchlässig genug sein muss, um sein eigenes Nichts, seine eigene Sterblichkeit in dem Nichts von Frau S. anzuerkennen, weil er sonst mit ihr das Thema ihres Todes nicht bearbeiten kann und abwehren muss.³⁰

In regelmäßigen Abständen berichtet Frau S. von Körpersensationen wie „Blasen in der Brust, die immer größer werden“, von einem schmerzhaftem Ziehen in den Armen oder der linken Brusthälfte oder Gefühlen, – wir erwähnten diese Selbstbeschreibung bereits – „als hätte man eine Staubsaugerstange in der Brust“, die alle Todesangst bei ihr auslösen, weil sie für Frau S. den nächsten, diesmal tödlichen Infarkt ankündigen. Dieser tritt nicht ein, ihr Tod und ihre Sterblichkeit sind aber Thema, auf dessen Grundlage sie die Endlichkeit ihres Lebens und dessen Stil neu zu bewerten lernt, um ihre Person in einer ihr eigenen Intentionalität, Rhythmizität und ihrem eigenen Takt zum Ausdruck zu bringen. Die Todesangst auslösenden Körpersensationen werden im Durcharbeiten zunehmend zu **Angstsignalen**, die für Frau S. tatsächlich eine Gefahr anzeigen: Diese ist sympathikotoner Stress, generalisierter Ärger, Wut und unerbittlicher Leistungsperfektionismus. Das aber auf dem Hintergrund, dass durch die Behandlung bei ihr ein Reifungsprozess mit der Einsicht eingeleitet wurde, dass sie ein Mensch ist, sie als Mensch endlich und sterblich ist, und erst dadurch ihre

³⁰ Vgl. Yalom, I. (2010).

Existenz einen Sinn bekommen kann, den sie als Lebensstil selbst erzeugt.

Lebensbedrohlicher sympathikotoner Stress entsteht für Frau S. immer dann, wenn sie die Risiken und Belastungen, sich performativ als Ausdrucksgestalt und Person gegenüber anderen authentisch zu zeigen durch Leistung, Überwachung, Perfektion und Rivalität unter Kontrolle zu bringen versucht. Dieser Habitus ist in vielen Facetten in ihrer Biografie kontextualisiert.

Der plötzliche Herz-Tod des Vaters, der Kollaps der Mutter in tiefe Depressionen und die Verweigerung der vielbeschäftigten Geschwister sind dafür aber keine *Ursache* oder kein *Grund*, auf die heute wirkungsvoll zurückgegriffen werden könnte.

Ein wichtiges Ereignis bestand darin, dass Frau S. zum ersten Mal nach 25 Jahren alleine mit ihrem Mann auf einer idyllischen einsamen Insel eine Woche Urlaub machte und sie ihren Mann als einen Fremden anderen, der viele Eigenheiten hat, die sie noch nie wahrgenommen hatte zu erfahren begann. So erlebte sie ihn z.B. viel angespannter als sich selbst und ihr fiel auf, dass sie zusammen kaum vollständige Gesprächssequenzen erzeugen können, weil er „immer wegläuft“.

Genau dasselbe Thema der Relation von Person zu Person zeigte sich hier nun im Verlauf der Behandlung in der Beziehung zu ihrem Ehemann. Als routinierter Funktionsträger im Ehe- und Familiensystem ist er hinlänglich bekannt. Aber wer oder was ist er als Person? Man könnte sagen, dass das katastrophisch erlebte Ereignis des Herzinfarkts, das gängige Routinen des Alltäglichen sprengte, auch Bahnungen einer beginnenden Intimität zwischen ihr und ihrem Mann *als* Mann eröffnete.

Behandlungstechnisch ist es nach meiner Erfahrung ergiebig, genau das zu tun, was ein Psychoanalytiker, der im Konzept der Übertragungsneurose denkt nicht tut, nämlich sehr genau und interessiert danach zu **fragen**, was die Patientin in den Ereignissen, die sich ereignet haben, **erlebt** hat. Man könnte diese Vorgehensweise als „**Phänomentechnik**“ bezeichnen, weil hier davon ausgegangen wird, dass es keinen Unterschied zwischen Oberfläche und Tiefe gibt, sondern die „Tiefe“ in der „Oberfläche“ selbst schon immer als Struktur, die es zu erkennen gilt, enthalten ist.

Zum Schluß komme ich noch einmal zurück auf das in unserem Gesundheitssystem weitläufig etablierte Modell der „Standardrisikofaktoren“.

VI.

Für die Chefin von Frau S. war diese die ideale Mitarbeiterin, und insofern unverstündlich, dass Frau S. eine Arbeitszeitverkürzung wünsche. Die Leiterin der sozialen Einrichtung warf damit das Thema des angepassten „kranken Gesunden“ auf, der erst krank werden muss, damit er gesund werden kann.³¹

Die Haltung der Leiterin macht damit deutlich, inwieweit Psychotherapie immer auch zu Normen der Gesellschaft Stellung nehmen muss, in die sie eingebettet ist. Professionalität erfordert ein Selbstbewusstsein darüber, inwieweit man sich als Psychotherapeut im Sinne der **Heilkunst** dem Wachstum der Person verpflichtet fühlen kann oder man sich mit der Psychotherapie als einer Anpassungstechnologie ökonomischen Interessen zur Verfügung stellt.

In einer globalisierten **Leistungsgesellschaft** sind die obersten Werte Werte, die sich unter anderem aus der sogenannte instrumentellen Vernunft ableiten lassen wie: Anonymität, distanzierte unpersönliche Funktion und Flexibilität, grenzenloses Wachstum, allmächtige Kontrolle, weitgehende Macht, Perfektion und Mehrwert, der sich unendlich

³¹ Diese Auffassung verweist auf die historisch bedeutsame enge Verbindung zwischen der „Frankfurter Schule“ (M. Horkheimer u. Th. W. Adorno) und der Psychoanalyse (A. Mitscherlich, M. Mitscherlich) (vgl. B. Bardé 1996). Th. W. Adorno war der Auffassung, dass die reelle Subsumtion unter die Kapital produzierende Warengesellschaft total geworden sei (vgl. Braunstein 2016), was zu einem Primat der Ökonomie geführt habe. Weil die Psychoanalyse diese Tatsache verkennt, wirft er ihr vor, dass sie ihre gesellschaftskritische Funktion verloren habe und selbst zu einer Anpassungs-ideologie geworden sei. In einer Diskussion mit Alexander Mitscherlich äußert sich Adorno (1966) wie folgt: „Relevant wird die Psychologie (..) dort, wo die Vergesellschaftung im Subjekt ihre Grenzen findet. Dem gesellschaftlichen Bann opponiert es mit Kräften aus jener Schicht, in der das principium individuationis, durch welche Zivilisation sich durchsetzte, noch gegen den Zivilisationsprozess sich behauptet, der es liquidiert.“ (1966). A. Mitscherlich, der sich als „Arzt“ profiliert, wird so von Adorno mit der dialektischen Denkfigur des „gesunden Kranken“ konfrontiert: Der Gesunde muss erst krank werden, damit er bemerken kann, dass die gesamte kapitalistische Zivilisation und die von ihr geprägte Kultur mit ihren Lebensstilen „krank“ ist. R. Sennet (2005) hat diese These aktualisiert und präzisiert (vgl. auch Hans-Ullrich Deppe -----). Das Denken Adornos ist für die Entwicklung einer *modernen* zeitgemäßen Psychoanalyse insofern von großer Bedeutung, als er identifizierende, rational-erklärende begriffliche Denkformen und Erlebnisstile des klischeehaften „Immergleichen“ sozusagen mit Krankheitswert aufweist, denen er die singuläre Erfahrung und Präsenz als das „Nichtidentische“, das sich im einzigartigen Ereignis ereignet und das mit der Entstehung des Neuen und das „ganz Andere“ „Begriffslose“ in der Erfahrung entstehen lässt, entgegensetzt (Th. W. Adorno 1997b). Für Adorno ist das wesentlich das, was als Wesen in der Materialität der ästhetischen Erfahrung enthalten ist (Th. W. Adorno 1997a). Adäquate Begriffe, auf die Adorno allerdings genauso wert legt wären dann solche der Person, der Personalität, der Performativität, der Resonanz (Rosa 2016) und der Gabe (Derrida 1993). Menschen sind wir nur in einer menschlichen Welt (um es ganz einfach auszudrücken). Oder Marx: Ich kann mich praktisch nur menschlich zu der Sache verhalten, wenn die Sache sich zum Menschen menschlich verhält (Nationalökonomie und Philosophie, 1844)

vermehrt.³² In Abhängigkeit von ihnen erhofft man sich, wenn nicht Glück, so doch Wohlstand.

Genau dies ist häufig dominantes Thema bei Herzpatienten und Frau S. kann hier als **Typus** gelten.

Frau S. war zu Beginn der Behandlung auf eine „Reduktion der Risikofaktoren“ eingestellt: Das Rauchen beenden, mehr Sport treiben, Gewicht reduzieren und den Cholesterinspiegel senken. Damit war der Glaube verbunden, dass durch diese Maßnahmen der Reinfarkt mit Sicherheit verhindert werden kann, in welcher Dimension das Risikofaktorenmodell wesentliche Gründe der Herzerkrankung, die in einem kardiopathischen Lebensstil mit chronisch sympathikotonem Stress liegen, verschweigt, dem Selbstbezug der betroffenen Person unzugänglich macht und die Normen einer Leistungsgesellschaft schützt und als Ideologie stabilisiert.

Das Risikofaktorenmodell hat deshalb eine Abwehrfunktion, weil es die *Person* ganz durch die *Persönlichkeit* ersetzt und dadurch Prävention wieder zu einer Frage von Leistung und Perfektion umdefiniert.

Bekommt Frau S. einen Reinfarkt und stirbt, dann ist sie selber dafür verantwortlich, weil sie ihre „Risikofaktoren“ nicht effektiv reduziert und unter Kontrolle gebracht hat.³³

Diesen flächendeckenden anonymen „Gesundheitsprogrammen“ und Technologien gegenüber eine kritische Distanz zu bewahren und durch eine performative Einstellung die Person des Patienten ins Zentrum der Behandlung zu stellen, wäre gewiss die wesentliche Aufgabe einer dynamischen Psychotherapie, welche die Psychosomatik des Herzinfarkts ernst nimmt und dabei die Tradition der überlieferten Psychoanalyse weiterführt. Leitend dabei wäre die Erfahrung und Einsicht, dass Psychotherapie keine wie immer auch organisierte Technologie von Experten ist. Psychotherapie stünde dann viel mehr in der Tradition der **Heil-Kunst**, die dem Lebendigen sich verpflichtet fühlt.

³² K. Marx (1867/2009); vgl. R. Sennet 2005). Vgl. Hans-Ullrich Deppe, Michael Regus (Hrsg.) 1975.

³³ Hagen Kühn (1993) bezeichnet diese Ideologie, welche die strukturelle gesellschaftliche Dimension der Krankheitsursachen durch Individualisierung ausblendet, „Healthismus“.

Literaturliste

- Adorno, Theodor W. (1966): Postscriptum. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 18, 37-42.
- Adorno, Theodor W. (1997a): Ästhetische Theorie. Band 7. Darmstadt (WBG).
- Adorno, Theodor W. (1997b): Negative Dialektik. Band 6. Darmstadt (WBG).
- Ausborn-Brinker, Sandra (1999): Person und Personalität. Versuch einer Begriffsklärung. Tübingen (Mohr Siebeck).
- Austin, John L. (1972): Zur Theorie der Sprechakte (How to do Things with Words). Stuttgart (Reclam).
- Balint, Michael (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Balint, Michael (1988): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. München (dtv/Klett-Cotta).
- Bardé, Benjamin (1996): Zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie (Adorno 1955). Versuch einer Bestandsaufnahme 40 Jahre danach. In: Georg Bruns (Hrsg.) Psychoanalyse im Kontext. Opladen (Westdeutscher Verlag).
- Bardé, Benjamin, Jochen Jordan (2015a): Klinische Psychokardiologie. Frankfurt (Brandes & Apsel).
- Bardé, Benjamin (2015b): Performativität und psychoanalytischer Prozess. In: Johannes Picht (Hrsg.), Musik und Psychoanalyse hören voneinander, 145-184.
- Bollas, Christoph (2011): Die unendliche Frage. Zur Bedeutung des freien Assoziierens. Frankfurt (Brandes&Apsel).
- Braunstein, Dirk (2016): Adornos Kritik der politischen Ökonomie. Edition moderne Postmoderne. Bielefeld (transcript).
- Bion, Wilfried R (2009): Aufmerksamkeit und Deutung. Frankfurt (Brandes&Apsel).
- Bion, Wilfried R. (2016): Transformationen. Gießen (psychosozial).
- Buchheim, Thomas, Friedrich Hermann (Hrsg.) (2004): „Alle Persönlichkeit ruht auf einem dunklen Grunde“. Schellings Philosophie der Personalität. Berlin (Akademie Verlag).

Deleuze, Gilles (2016): Logik der Sensation. München (Fink).

Dennett, Daniel C. (1976): Conditions of Personhood. In: Rorty, Amelie (Hrsg.): The Identities of Persons. Berkeley (Univ. California Press).

Dennett, Daniel C. (1987): The Intentional Stance. Cambridge (MIT Press).

Dennett, Daniel C. (1996): Spielarten des Geistes. Wie erkennen wir die Welt? Ein neues Verständnis des Bewusstseins. München (Bertelsmann).

Deppe, Hans-Ulrich, Michael Regus (Hrsg.) (1975): Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie. Frankfurt (Suhrkamp).

Derrida, Jacques, Ulrike Weber (1988): Ulysses grammophon. Berlin (Brinkmann&Bose).

Derrida, Jacques (2003): Eine gewisse unmögliche Möglichkeit, vom Ereignis zu sprechen. Berlin (Merve Verlag).

Derrida, Jacques (1993): Falschgeld. Zeit geben I. München (Fink).

Edelstein, Wolfgang, Gertrud Nummer-Winkler und Gil Noam (Hrsg.) (1993): Moral und Person. Frankfurt (Suhrkamp).

Edinger, Sebastian (2017): Das Politische in der Ontologie der Person. Helmuth Plessners philosophische Anthropologie im Verhältnis zu den Substanzontologien von Aristoteles und Edith Stein. Berlin/Boston (Walter de Gruyter).

Eysenck, Hans Jürgen (mit Michael W. Eysenck) (1987): Persönlichkeit und Individualität. Ein naturwissenschaftliches Paradigma. München (List).

Ferro, Antonio (1999): The Bi-Personal Field. Experiences in Child Analysis. London (Routledge).

Fichte, Johann Gottlieb (1797): Zweite Einleitung in die Wissenschaftslehre. In: Fichte, I. H. (1971): Fichtes Werke Band 1. Berlin (de Gruyter).

Forcher, Gerd (2010): Bedingungen der Personalität. Daniel C. Dennett und sein naturalistischer Personenbegriff. Taunusstein (Driesen).

Freud, Sigmund (1899): Über Deckerinnerungen. GW I. Frankfurt (Fischer).

Glover, Edward (1955): *The Technique of Psychoanalysis*. New York (Int. Univ. Press).

Goldstein, Arnold P., Norman Stein (1976): *Maßgeschneiderte Psychotherapien*, Darmstadt (Steinkopf).

Greenson, Ralph (1981): *Technik und Praxis der Psychoanalyse*, Stuttgart (Klett Cotta).

Grice, Paul (1991): *Studies in the Way of Words*. Cambridge (Harvard Univ. Press).

Hahn, Peter (1971): *Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht*. Göttingen (Vandenhoeck&Ruprecht).

Hartmann, Heinz (1972): *Die Grundlagen der Psychoanalyse*. Stuttgart (Klett Cotta).

Hartmann, Martin (2011): *Vertrauen*. Berlin (Suhrkamp).

Heidegger, Martin (1926): *Sein und Zeit*. In: *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung*, 17. Auflage (1993), Tübingen (Niemeyer).

Herrmann-Lingen, Christoph, Christian Albus, Georg Titcher (Hrsg.) (2014): *Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Köln (Deutscher Ärzte-Verlag).

Hummitzsch, Marius (2013): *Die Bedingungen der Personalität bei Daniel C. Dennett und deren Konsequenzen für die Zuschreibung von Personalität*. GRIN (Open Publishing).

Jordan, Jochen, Benjamin Bardé, Andreas Michael Zeiher (Hrsg.) (2007): *Contributions Toward Evidence-Based Psychocardiology. A Systematic Review of the Literature*. Washington (American Psychological Association).

Kant, Immanuel (1798/1998): *Kritik der reinen Vernunft*. Hamburg (Meiner).

Kaplan-Solms, Karen, Mark Solms (2003): *Neuro-Psychoanalyse*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Kather, Regine (2007): *Person. Die Begründung menschlicher Identität*. Darmstadt (WBG).

Klüwer, Rolf (1983): *Agieren und Mitagieren*. *Psyche – Z Psychoanal*, (37) 9, 828 - 840

Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A, Berlin (edition sigma).

Ladwig, Karlheinz, Natalia Erazo, Reiner Rugulies (2004): Depression, Angst und vitale Erschöpfung vor Ausbruch der koronaren Herzkrankheit. In: Jordan, J., B. Bardé, A.M. Zeiher (Hrsg.) Statuskonferenz Psychokardiologie, Band 13. Frankfurt (Verlag Akademische Schriften).

Locke, John (1981/1872): Versuch über den menschlichen Verstand. Hamburg (Felix Meiner).

Luborsky, Lester, Paul Crits-Christoph (1990): Understanding Transference. The CCRT Method. New York (Basic Books).

Luhmann, Niklas (2000): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart (Lucius&Lucius).

Marx, Karl (2009/1867): Das Kapital 1.1. Berlin (Karl Dietz Verlag).

Meier, Julia (2013): Die Tiefe der Oberfläche. David Lynch, Gilles Deleuze, Francis Bacon. Berlin (Kadmos).

Menninger, Karl (1958): Theory of Psychoanalytic Technique. New York (Basic Books).

Moersch, Emma, Ingrid Kerz-Rühling, Sibylle Drews, Rolf Dieter Nern, Klaus Jennel, Renate Kelleter, Cesar Rodriguez, René Fischer, Otto Goldschmidt (1980) Zur Psychopathologie von Herzinfarkt-Patienten. Psyche Z- Psychoanal (34) 6.

Nagel, Thomas (2012): Der Blick von nirgendwo. Berlin (Suhrkamp).

Nissen, Bernd (2012): Diesseits der Deutung. Zur paradoxen Figur der Präsenz in psychoanalytischen Prozessen. In: Timo Storck (Hrsg.), 2012, 197-213.

Ornish, Dean (1992): Revolution in der Herztherapie. Stuttgart (Kreuz)

Parfit, Derek (2017): Personen, Normativität, Moral. Ausgewählte Aufsätze. Berlin (Suhrkamp).

Plessner, Helmuth (2016): Ausdruck und menschliche Natur. Gesammelte Schriften VII. Frankfurt (Suhrkamp).

Quante, Michael (2012): Person. Berlin/Boston (Walter de Gruyter).

Rapaport, David (1973): Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart (Klett Cotta).

- Rolf, Eckard (1994): Sagen und meinen. Paul Grices Theorie der Konversations-Implikaturen. Opladen (Westdeutscher Verlag).
- Rosa, Hartmut (2016): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin (Suhrkamp).
- Rosenzweig, Franz (1988/1921): Der Stern der Erlösung. Frankfurt (Suhrkamp).
- Sandler, Joseph; Anne-Marie Sandler (1985): Vergangenheits-Unbewusstes, Gegenwarts-Unbewusstes und die Deutung der Übertragung. *Psyche – Z Psychoanal*, (39) 9, 800-829.
- Searle, John R. (1983): Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay. Berlin (Suhrkamp).
- Scheler, Max (2007/1921): Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Elibron Classics (Adamant Media Corporation).
- Schenk, Richard (Hrsg.)(1998): Kontinuität der Person. Zum Versprechen und Vertrauen. Stuttgart-Bad Cannstatt (frommann-holzboog).
- Schütz, Alfred, Thomas Luckmann (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz (UVK Verlagsgesellschaft).
- Schulz, Peter (1994): Edith Steins Theorie der Person. Von der Bewusstseinsphilosophie zur Geistmetaphysik. Freiburg (Alber).
- Sennet, Richard (2005): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin (Berlin Verlag)
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen (Hogrefe).
- Solms, Mark (1996): Was sind Affekte? *Psyche – Z Psychoanal* 50 (06), 487-522.
- Solms, Mark (2006): Sigmund Freud heute. Eine neurowissenschaftliche Perspektive auf die Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 60 (09/10), 829-1022.
- Solms, Mark (2013): Das bewusste ES. *Psyche – Z Psychoanal*, (50) 6, 485-522.
- Sonntag, Karlheinz (Hrsg.) (2011): Vertrauen. Heidelberg (Universitätsverlag Winter).
- Sroka, Knut (1980): Zur Dialektik des Herzinfarkts. Frankfurt (Syndikat).

Sroka, Knut (2002): Herzinfarkt vermeiden. Neue Wege der Vorbeugung und Heilung. Gießen (psychosozial).

Sroka, Knut (2006): Herzinfarkt – Neue Wege: Vom Scheitern moderner Herzmedizin. 10 Ratschläge, die den Herzpatienten wirklich helfen. Nordenstedt (Books on Demand).

Stahlhut, Marco (2005): Schauspieler ihrer selbst. Das Performative, Sartre, Plessner. Wien (Passagen Verlag).

Stone, Leo (1973): Die psychoanalytische Situation. Frankfurt (Fischer).

Storck, Timo (Hrsg.) (2012): Zur Negation der psychoanalytischen Hermeneutik. Gießen (psychosozial).

Spaemann, Robert (1996): Personen. Versuche über den Unterschied zwischen >etwas< und >jemand<. Stuttgart (Klett-Cotta).

Sturma, Dieter (2008): Philosophie der Person. Die Selbstverhältnisse von Subjektivität und Moralität. Paderborn (mentis).

Wittgenstein, Ludwig (1984/1945): Philosophische Untersuchungen. Werkausgabe Band 1. Berlin (Suhrkamp).

Yalom, Irvin D. (2010): Existenzielle Psychotherapie. Bergisch Gladbach (Verlag Andreas Kohlhage).