

1 Krankengeschichten und Behandlungsberichte

- 1.1 Zurück zu Freud auf dem Weg in die Zukunft
- 1.2 Krankengeschichten
- 1.3 Behandlungsberichte
- 1.4 Dem Dialog auf der Spur

Vorbemerkungen

Die Krise der Theorie der Psychoanalyse, die wir im 1. Kapitel des Grundlagenbands in den Mittelpunkt gestellt haben, hat zwangsläufig auch Auswirkungen auf die Praxis. Darüber hinaus hat sich im letzten Jahrzehnt gezeigt, daß handlungstheoretische Perspektiven der psychoanalytischen Therapie eine Neubewertung vieler praxisrelevanter Konzepte nach sich ziehen. Insbesondere ist es wesentlich, zwischen der Theorie der Entstehung bzw. der Erklärung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen und der Theorie der therapeutischen Veränderung zu unterscheiden.

In der Überschrift "Krankengeschichten und Behandlungsberichte" ist die Spannung enthalten, die das Verhältnis der *Theorie der Entstehung* und der *Theorie der Veränderung* in Freuds Werk auszeichnet.

Unser Weg zurück zu Freud führt im 1. Abschnitt dieses Kapitels zum Abschied von der Vorstellung, in den von ihm vorgelegten Krankengeschichten seien beide Seiten dieser Spannung wissenschaftlich zureichend erfaßt worden. Die berühmte Junktimbehauptung benötigt eine Neufassung. Für die Grundlegung der psychoanalytischen Therapie ergibt sich ein zukunftsweisender Neubeginn, wenn man die Bedeutung der Theorie der fortgesetzten Traumatisierung auch für die Gestaltung der therapeutischen Situation ernstnimmt.

Versucht man wissenschaftliche Kriterien an die Abfassung von Krankengeschichten und Behandlungsberichten anzulegen, wird es notwendig, verschiedene Darstellungsformen zu erproben. Mit vielen anderen Analytikern befinden wir uns seit etwa 5 Jahrzehnten in einem Boot, das dem Ziel zusteuert, den psychoanalytischen Dialog möglichst getreu wiederzugeben. Wir zeigen in diesem Kapitel unter 1.2 und 1.3 wichtige Zwischenstationen der Berichterstattung auf, die wir durch Beispiele in späteren Kapiteln erläutern. Das Boot hat Neuland erreicht. Durch Tonbandaufzeichnungen ist es nun möglich, dem psychoanalytischen Dialog sehr nahezukommen und ihn für Dritte zuverlässig zugänglich zu machen. Wegen der Bedeutung dieses technischen Hilfsmittels in der Weiterbildung und Forschung machen wir den Leser unter 1.4 mit einer sich schon lange hinziehenden Kontroverse vertraut, zu deren Überwindung unsere Beispiele unter 7.8 beitragen sollen.

1.1 Zurück zu Freud auf dem Weg in die Zukunft1.

Als Einführung in das Werk Freuds dienen besonders die Krankengeschichten. Jones betont, daß der Fall Dora - nach den *Studien zur Hysterie* die erste der exemplarischen Krankengeschichten -

1. Krankengeschichten und Behandlungsberichte

... jahrelang als Modell für Kandidaten der Psychoanalyse (diente), und obschon unsere Kenntnisse seither große Fortschritte gemacht haben, ist ihre Lektüre auch heute noch genau so interessant wie früher. Es war für mich die erste von Freuds postneurologischen Schriften, auf die ich bei ihrer Veröffentlichung stieß, und ich erinnere mich gut, wie tief mich die darin sichtbare Intuition und Beachtung kleinster Einzelheiten beeindruckte. Hier war ein Mensch, der nicht nur genau auf jedes Wort seines Patienten hörte, sondern für den auch jedes Jota einer Äußerung ebenso determiniert war und ebenso einen Zusammenhang voraussetzte wie die physikalischen Erscheinungen (1962, S. 306-307).

Kann man also, wie Brede (2002) vorschlägt, „in der Fallstudie ein eigenständiges Genre zur Darstellung wissenschaftlicher Beobachtungen und ihrer psychoanalytischen Resultate sehen? Diese neuere, positive, anspruchsvolle Bewertung ist um so bemerkenswerter, da Erikson (1962) gerade an diesem Fall erhebliche Schwächen der ätiologischen und therapeutischen Konzeption aufzeigte (s. Grundlagenband unter 8.6). Sein Vortrag als Präsident der amerikanischen psychoanalytischen Vereinigung markiert eine zunehmende Kritik sowohl an Freuds ätiologischen Erklärungen in den *Krankengeschichten* als auch an seiner Technik in den *Behandlungsberichten*. Angesichts einer wachsenden Flut von einschlägigen Veröffentlichungen äußert Arlow (1982) sein Befremden über diese Bindung an vergangene Objekte. Kurz und bündig empfiehlt er, von unseren Jugendfreundschaften, die uns einen guten Dienst getan haben, Abschied zu nehmen, sie zur wohlverdienten Ruhe zu legen und zur Tagesordnung überzugehen.

Zunächst ist es sicher wesentlich, daß und wie Jugendfreundschaften mit Anna O., dem kleinen Hans, mit Dora, mit dem Senatspräsidenten Schreber, mit dem Rattenmann und dem Wolfsmann geschlossen werden und unter welchen Umständen diese im Einzelfall zustande kommen. Das Ausbildungsinstitut vermittelt diese Freundschaften und macht durch sie den Kandidaten mit dem Werk Freuds als Therapeut, Wissenschaftler und Schriftsteller vertraut.

Wir sind beim Schreiben dieses Lehrbuchs zu unseren Jugendfreundschaften zurückgekehrt und haben uns in einige der großen Krankengeschichten Freuds vertieft. Wenn es auch bei wiederholter Lektüre Neues zu entdecken gibt, können wir nur mit erheblichen Vorbehalten in Lacans (1975, S. 39) Ruf einstimmen: "Zurück zu Freud". Auf dem Weg zurück begegnen wir unseren Jugendfreundinnen und -freunden nicht mehr in der Gestalt, in der sie uns damals entgegengetreten sind, als wir uns für *Katharina* oder für den *kleinen Hans* begeisterten. Immer haben wir Freuds Krankengeschichten in einem etwas anderen Licht gesehen und, es sei geklagt, uns dabei häufig zu wenig darum gekümmert, wie der Autor selbst seinen Text verstanden hat. Schließlich wurden wir nicht nur durch Freud in die Liebe zur Psychoanalyse eingeführt, sondern durch geistige Eltern, die für ihre Sicht der Dinge warben. Wem dürfen wir uns also auf dem Weg zurück so anvertrauen, daß sich die Ideen mit neuem Leben füllen und in die Zukunft weisen, die beispielsweise schon Arlow u. Brenner (1988) und Michels (1988) sowie Kernberg (2000) bei ihren Vorschlägen zur Reform der psychoanalytischen Ausbildung im Auge haben?

Angesichts der Größe des Werkes und der gestellten Aufgabe wird man sich bei der Entscheidung, welche Teile der Vergangenheit angehören, nicht auf einen einzelnen verlassen - und habe er auch die Bedeutung Rapaports (1960), der die vermutliche Lebensdauer wesentlicher psychoanalytischer Begriffe anzugeben wagte. Doch an welchen Vermittler sollen wir uns bei dieser hermeneutischen Aufgabe wenden? Hermes war zwar nicht der etymologische Stammvater der Hermeneutik, hat sich aber als Bote und Übersetzer zwischen Göttern und Menschen am Handel und Wandel dieser Welt beteiligt und hatte bei dieser Verständigung doch stets seine eigene Sache im Sinn. So ist es auch mit den Interpreten, wenn sie sich darum bemühen, dem Werk Freuds gerecht zu werden, ohne ihre eigenen Interessen aus dem Auge zu verlieren. Die Art und Weise der Rezeption des Werkes von Freud, insbesondere in der Ausbildung, ist für die Zukunft der Psychoanalyse entscheidend.

Wir möchten mit dem Titel dieses Abschnittes für eine historische Perspektive werben, die in der früheren Idealisierung und in der gegenwärtigen Entwertung von Werk und Person Freuds verloren gegangen ist. Wie in der Therapie dient unser "Zurück zu Freud" einem "Neubeginn" jenseits von Idealisierung oder Entwertung.

Kritik an Strachey Übersetzung

Wie steht es mit der Aneignung als einer besonderen Form der Übersetzung? Seitdem Brandt (1977) das italienische Wortspiel "traduttore - traditore" auf die *Standard Edition* angelegt, damit den "Übersetzer" Strachey zum "Verräter" gemacht hat, und seit Bettelheims (1982) provozierendes Buch erschienen ist, verbreitet sich Unsicherheit. Nach der Kritik an der Übersetzung Stracheys durch Bettelheim (1982), Brandt (1961, 1972, 1977), Brull (1975), Ornston (1982, 1985 a, b), Mahony (1987) und Junker (1987) könnte nichts die schwierige Lage angloamerikanischer Psychoanalytiker, die sich auf die *Standard Edition* verlassen haben, besser beleuchten als der ironische Titel Wilsons (1987): "Hat Strachey Freud erfunden?" Die Antwort versteht sich von selbst.

Die ungerechtfertigte und weit übertriebene Kritik an der bewundernswerten Leistung Stracheys hat die Diskussion in den letzten Jahren auf ein Nebengleis verschoben und von den wirklichen Gründen der Krise der Psychoanalyse abgelenkt. Es ist folglich mehr als naiv, diese angeblich durch die *Standard Edition* entstandene Krise mit Hilfe einer Neuübersetzung lösen zu wollen. Neben dem Nachweis von Fehlern und sinnentstellenden Irrtümern Stracheys, auf die von vielen Autoren zutreffend aufmerksam gemacht wird, geht es bei der Kritik an der *Standard Edition* um die hermeneutische Frage nach der Verzerrung des Werkes durch Stracheys Übersetzung. Demgegenüber ist es eine vergleichsweise einfache Sache, sinnentstellende Übersetzungsfehler nachzuweisen.

Gleichsetzung mit dem Verfasser

Größere Schwierigkeiten bestehen darin, weil die Hermeneutik, also die Lehre der Auslegung von Texten, uns keine Regeln an die Hand gibt, an denen wir uns wie an einem sicheren Seil bei einer schwierigen Hochgebirgswanderung entlangtasten könnten. Wir gehen mit Schleiermacher davon aus, daß es immerhin möglich ist, sich "auf der objektiven und subjektiven Seite dem Urheber gleichzustellen" (1838, zit. nach 1977, S. 94). Diese "Gleichsetzung mit dem Verfasser" ist eine der Voraussetzungen, um einen Text auslegen und schließlich den Gegenstand besser als der Autor selbst verstehen zu können (s. hierzu Hirsch 1976, S. 37 ff.). Diese Aufgabe ist nach Schleiermacher so auszudrücken: "Die Rede zuerst ebensogut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber" (S. 94). Jedes Lesen bereichert unsere Vorkenntnisse und setzt uns zum besseren Verstehen instand; so heißt es weiter bei Schleiermacher: "Nur beim Unbedeutenden begnügen wir uns mit dem auf einmal Verstandenen" (S. 95).

Eigene Erfahrungen

Beim Lesen der Behandlungsberichte Freuds legen wir selbstverständlich unsere eigenen Erfahrungen als Maßstab des Vergleichs an, wobei im Laufe der Zeit die Sicherheit wächst, den Gegenstand besser zu verstehen als der Gründer der Psychoanalyse. Der Zuwachs an Erkenntnissen über den Gegenstand, in unserem Zusammenhang also die Behandlungstechnik, wird aus mehreren Quellen gespeist. Zum einen hat die kritische

Auseinandersetzung mit Freuds Behandlungsberichten eine Distanz geschaffen, so daß wir unsere Jugendfreundschaften heute anders betrachten, als wir sie zunächst erlebt haben. Eigene Erfahrungen werden dadurch gefördert, daß kreative Psychoanalytiker dem Gegenstand andere und neue Seiten abgewonnen und damit Veränderungen der Therapie und Theorie bewirkt haben.

Freuds Junktim von Forschung und Therapie

Viele Psychoanalytiker und andere Freud-Interpreten im Blick, denen wir selbst bei unseren Freud-Studien viel verdanken, fordern wir den Leser auf, sich versuchsweise mit unserer Auslegung zu identifizieren. In diesem 2bändigen Lehrbuch glauben wir ein langes Ringen um die Grundlagen der psychoanalytischen Theorie und ihrer Wirksamkeit als Therapie soweit abgeschlossen zu haben, um einen festen Standpunkt begründen zu können. Es steht viel auf dem Spiel, wenn man den Versuch wagt, die gegenwärtige Krise der Psychoanalyse aus dem Werk Freuds und seiner Rezeption in der psychoanalytischen Bewegung und darüber hinaus in der Geistesgeschichte zu begreifen. Da wir uns bewußt sind, daß es sich hierbei um ein Problem von großer Tragweite handelt, haben wir lange gezögert, unsere Exegese auf wenige Sätze zusammenzudrängen.

Freuds große Idee war es, die von ihm erfundene interpretative Methode als therapeutische Beeinflussung seelisch Kranker mit der Erforschung kausaler Zusammenhänge, also der Entstehung seelischer und psychosomatischer Krankheiten, zu einem *Junktim* zu verknüpfen. Fordert man aber für den Nachweis des kausalen Zusammenhangs die Unabhängigkeit der Daten von der Beeinflussung durch den Therapeuten, zerstört die Therapie die Wissenschaft. Glaubt man sich jedweder Anregung (Suggestion) enthalten zu können, um durch reine Interpretationen zu kontaminationsfreien Daten zu kommen, ruiniert man die Therapie ohne Gewinn für die erklärende Theorie, sofern für diese *Unabhängigkeit* vom Untersucher gefordert wird. Denn selbstverständlich beeinflußt der interpretierende Analytiker die Therapie auf seine Weise, auch wenn seine Deutungen sich anscheinend nur darauf richten, die unbewußten, die bisher unerkannten Seiten des Verhaltens des Patienten beim Namen zu nennen und der Reflexion zugänglich zu machen.

In Freuds *Junktim* ist also ein Dilemma enthalten, das weithin unerkannt blieb, weil sein Wortlaut nahelegte, das Befolgen der Regeln diene gleichermaßen der Therapie wie der Forschung. Die Magie dieses Wortes hatte über Jahrzehnte hinweg eine beruhigende Kraft und löste scheinbar auf einen Schlag die therapeutischen und wissenschaftlichen Probleme der Psychoanalyse. Aber es mehren sich die Stimmen, dass „heutigen Qualitätsansprüchen in den Humanwissenschaften genüge die Evidenz klinischer Erzählungen nicht mehr“ (Altmeyer 2004, S.1118).

Mit der Gegenüberstellung von *Krankengeschichte* und *Behandlungsbericht* läßt sich exemplarisch sichtbar machen, daß die wissenschaftliche Rekonstruktion der Entstehung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen (in der Krankengeschichte) anderen Kriterien folgt als die Darstellung von Behandlungsberichten mit dem Ziel, die Theorie der Therapie und die kurativen Bedingungen zu begründen. Wir haben im Grundlagenband unter 10.5 im einzelnen begründet, welche Konsequenzen es hat, wenn das *Junktim* auseinanderrückt und der Analytiker von einer permanenten Überforderung befreit wird. Wir wiederholen unseren abschließenden Satz aus dem Grundlagenband: "Freuds Theorie der Technik macht es erforderlich, zwischen der *Heilung*, der *Gewinnung neuer Annahmen*, der

Prüfung von Annahmen , der Richtigkeit von Erklärungen und der Nützlichkeit von Wissen zu unterscheiden" (S. 383).

Methodische Position der Psychoanalyse

Hinsichtlich der Theorie der Therapie und deren Prüfung können wir Lorenzers Meinung durchaus übernehmen, wenn er sagt:

Psychoanalytisches Verstehen und Begreifen setzen in *praktisch ändernder Absicht* am Leiden der Patienten an; psychoanalytische Theorie bringt diese Leidenserfahrungen und den Umgang mit diesem Leiden auf den Begriff. Psychoanalyse ist also eine Theorie der therapeutischen Einstellung zum Leiden (1986, S. 17; Hervorhebung von uns).

Ist der leidende Mensch der Erkenntnisgegenstand der Psychoanalyse, so genügt es nicht, diesen Gegenstand zwischen Soziologie und Neurophysiologie anzusiedeln, weil dann alle Wissenschaften benötigt werden, die etwas über den leidenden Menschen zu sagen haben. Nicht nur die interdisziplinäre Forschung liegt im argen, sondern viele Psychoanalytiker haben aus der Tatsache, daß die psychoanalytischen Theorien fast kein wissenschaftliches Nachbargebiet unberührt lassen, das defensive Argument ihres "Schwebecharakters" gemacht. Die Psychoanalyse sitzt weder zwischen den Stühlen, noch schwebt sie über ihnen; am allerwenigsten kann beansprucht werden, in der Metapsychologie ein universales Dach zu haben, das die gesamten Anwendungen der psychoanalytischen Methode umspannt. Statt dessen geht es darum, eine eigene methodische Position zu gewinnen, um dann mit den Nachbarn zu kooperieren, die als Psychologen, Soziologen, Philosophen, Linguisten usw. an für die Psychoanalyse relevanten Themen arbeiten. Aus der Definition von Lorenzer ergibt sich beispielsweise, daß es sehr wichtig wäre, zu angemessenen Methoden der Bestimmung von Veränderung zu gelangen. Solche Untersuchungen gehören zur Theorie der Therapie, die ihrerseits wiederum andere Fragen aufwirft als die Theorie der Ätiologie seelischer und psychosomatischer Erkrankungen.

Entwicklung der Metapsychologie

Unser Quellenstudium hat uns davon überzeugt, daß Freud zeitlebens mit dem oben beschriebenen Dilemma, dessen Lösung noch offensteht, gerungen hat. In Freuds Werk kann man viel entdecken, weshalb wir stets bereichert von der Wiederbegegnung mit ihm zurückkehren. Die Vorgaben jedoch, die Freud selbst zur Erfüllung des Junktims macht, erscheinen uns bezüglich der hypothesenprüfenden Forschung völlig unzulänglich. Es wurde, unter Berufung auf Freud, über Jahrzehnte in einer Weise praktiziert, daß die therapeutischen und wissenschaftlichen Möglichkeiten der psychoanalytischen Methode stagnierten. Bezüglich der erklärenden Theorien war es mehr als unglücklich, daß diese mit der Metapsychologie verehelicht wurden. Aus dieser Ehe sind viele pseudonaturwissenschaftliche Konstrukte hervorgegangen, die eine Erforschung kausaler Zusammenhänge sowie die Lösung der Probleme, die mit der erklärenden Theorie der Psychoanalyse zu tun haben, erschwert haben. Grünbaums (1984) Interpretation, daß die Erforschung kausaler Zusammenhänge der Entstehung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen nicht an metapsychologische Gesichtspunkte gebunden ist, scheint uns überzeugend. Kausale Forschung hat allerdings nicht darin bestehen, klinische Phänomene in die metapsychologische Terminologie zu transportieren. Fara u. Cundo (1983, S. 54 f.) haben in einer geistreichen Untersuchung aufgezeigt, daß in allen Werken Freuds verschiedene Ansätze miteinander vermischt sind, wenn auch das Mischungsverhältnis zwischen den

metapsychologischen Modellen und der Interpretationskunst, der Hermeneutik, jedes Mal ein anderes ist.

Wir haben im Grundlagenband ausgeführt, daß wahrscheinlich Freuds materialistischer Monismus, der die Metapsychologie bestimmt hat, entsprechende Verirrungen und Verwirrungen hervorgerufen hat. Habermas hat durch die Behauptung, Freud sei einem "szientistischen Selbstmißverständnis" unterlegen, nicht nur die Bedeutung der kausalen Forschung in der Psychoanalyse durch die unglückliche Verkettung derselben mit der Metapsychologie falsch eingeschätzt, sondern die therapeutische Praxis mit einer Hypothek versehen, die, wie wir andernorts eingehend dargestellt haben (Thomä et al. 1976), durch Lorenzer noch um einiges erhöht wurde. Diese beiden einflußreichen Autoren haben durch Umbenennungen den alten Wein in neue Schläuche gefüllt, die mit eindrucksvollen Bezeichnungen versehen wurden. Als *Metahermeneutik* oder als *Tiefenhermeneutik* leben die metapsychologischen Gesichtspunkte nicht nur weiter, sondern sie können nun, da sie direkt mit dem Deutungsprozeß in Zusammenhang gebracht werden, erstmals in der Geschichte der Psychoanalyse unbesehen die Praxis beeinflussen. Weder Habermas noch Lorenzer scheinen erkannt zu haben, daß große Teile der Metapsychologie darauf zurückgehen, daß Freud "neurophysiologische Hypothesen" seiner Zeit "psychologisiert" hat, um mit Bartels (1976) zu sprechen.

Nun sind freilich im Hinblick auf "Selbstmißverständnisse" einige Unterscheidungen vorzunehmen, worauf Kunz schon 1930 aufmerksam gemacht hat. Nicht alle Fälle von Unwissenheit eines Autors sind von der gleichen Art. Freud hat sich über viele Implikationen der therapeutischen und wissenschaftlichen Anwendung der von ihm erfundenen Methode noch kein klares Bild machen können. Insofern erleidet sein Werk das gleiche Schicksal wie das aller Entdecker und Autoren von geistesgeschichtlichem Rang, daß nachfolgende Forscher manches besser begreifen als der Gründer, Entdecker oder Autor selbst. Soweit wir uns mit der einschlägigen Literatur vertraut machen konnten, gibt es aber keine uns überzeugende Argumentation, welche die umstürzende These vom szientistischen Selbstmißverständnis rechtfertigen würde. Habermas muß selbst einräumen, daß sich der Analytiker bei seinen Deutungen auf *erklärende Theorien* stützt.

Validierung oberstes Gebot

Besonders dringend ist es, sozialwissenschaftliche Gesichtspunkte in die psychoanalytische Forschung hineinzutragen, worauf wir auch in der Einleitung zu Kap. 2 hinweisen. Damit könnte die Psychoanalyse eine wissenschaftliche Grundlegung erhalten, die aus der Polarisierung von Deutungskunst und Erklärung herausführt. Wir zählen uns jedenfalls zu den Hermeneutikern, denen die Validierung ihrer Deutungen oberstes Gebot ist. Wir sprechen von einer eigenständigen hermeneutischen Technologie um hervorzuheben, daß die psychoanalytische Deutungskunst zu Validierungen verpflichtet ist, die sich auch mit der Frage kausaler Zusammenhänge befassen müssen. In diesem Sinne argumentiert Hirsch (1967, 1976), dessen Verständnis der Hermeneutik von nüchternem Pragmatismus ausgezeichnet ist. Es ist erstaunlich, daß das Werk von Hirsch in der angloamerikanischen psychoanalytischen Literatur von Autoren, die sich der hermeneutischen Richtung verschrieben haben, bisher kaum aufgenommen wurde. Erst Rubovits-Seitz (1986) ist darauf eingegangen, daß Hirsch eine hermeneutische Auffassung vertritt, die hohe Anforderungen an die Begründung von Deutungen stellt.

Zusammenfassend könnte man sagen, daß die Neufassung des Junktims nicht nur der Forschung dienlich ist, sondern der psychoanalytischen Praxis Innovationen ermöglicht. Die

Entdeckung neuer Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung ist bereits eine Begleiterscheinung des sozialpsychologischen Verständnisses der psychoanalytischen Situation. Klare Unterscheidungen vorzunehmen, ist also nicht nur für die hypothesenprüfende Forschung wesentlich, um die es in unserer Zeit vermehrt geht, sondern auch geeignet, den Boden für neue Entdeckungen, für neue Hypothesen zu ebnen. Freuds Jungtimbehauptung gehörte in eine Phase, in der Entdeckungen über seelische Zusammenhänge von einfallsreichen Analytikern fast in jeder Behandlung gemacht werden konnten. Heute ist es weit schwieriger, etwas wirklich Neues zu entdecken und es so zu formulieren, daß den heutigen Anforderungen der *hypothesenprüfenden* Forschung entsprochen werden kann.

Es sind gemeinsame Anstrengungen erforderlich, um das Paradigma Freuds in eine normalwissenschaftliche Phase zu bringen. Gewiß kann man von Philosophen nicht erwarten, daß diese unsere empirischen Probleme lösen. Für uns besteht aber kein Zweifel mehr daran, daß das Studium fortlaufender psychoanalytischer Dialoge auch durch Philosophen sich fruchtbarer auswirken würde als deren wissenschaftstheoretische Kritik des Freudschen Werkes. Unbeschadet der Bedeutung der Selbstreflexion in der Therapie hätte Habermas nach Lektüre einiger Tonbandaufzeichnungen die Psychoanalyse kaum mehr zur reinen Reflexionswissenschaft gemacht. Ricoeur wiederum hätte feststellen können, daß Psychoanalytiker auch beobachten. Grünbaum schließlich würde sich darin bestätigt sehen, daß Psychoanalytiker nach Zusammenhängen von kausaler Relevanz suchen, und hätte vielleicht sogar herausgefunden, daß sich Psychoanalytiker heutzutage von den Faktoren, die eine Symptomatik aufrechterhalten, vorsichtiger in die Vergangenheit vortasten als Freud selbst. Auf der anderen Seite ist Grünbaums Auffassung, daß es durch die Beeinflussung des Analytikers zu einer unentwirrbaren Kontamination der Daten kommt, nicht aufrechtzuerhalten.

Die in diesem Band vorgelegten Dialoge lassen beispielsweise unterschiedliche Suggestionen erkennen. Die von Meehl (1983) und Meyer (1992) geforderten Schritte bei der methodischen Erfassung des großen Spektrums, das vom Manipulieren über plumpe Überreden bis zur Suggestion im Sinne von Anregung reicht, ist im Gang (Schlesinger 1995; Spence 1995). In der psychoanalytischen Deutungstechnik werden die suggestiven Anteile ihrerseits zum Gegenstand des gemeinsamen Nachdenkens mit dem Ziel, Abhängigkeiten aufzuheben. Es ist erstaunlich, daß Grünbaum (1985) nicht selbst auf solche Nutzenanwendungen seiner epistemologischen Untersuchung des Placebo-Begriffs aufmerksam gemacht hat. Denn er weist nach, daß das Verständnis *charakteristischer* und *beiläufiger Wirkungsfaktoren* in ihrer Beziehung zum *Zielsyndrom* von der jeweiligen Theorie der Therapie abhängig ist. Ohne die im Grundlagenband (Kap. 8) geführte Diskussion über unspezifische und spezifische, allgemeine und spezielle Wirkungsfaktoren wieder aufnehmen zu wollen, möchten wir doch darauf hinweisen, daß Strupp (1973, S. 35) und Thomä (1981, S. 35) gezeigt haben, wie situationsabhängig die Valenz der jeweiligen therapeutischen Einflußnahme ist. Deshalb sind reliable und valide klinische Einstufungen der charakteristischen und auch der beiläufigen Faktoren zwar schwierig, aber nicht unmöglich. Wir glauben schließlich, daß die Lektüre der in diesem Band vorgelegten Dialoge auch die wissenschaftstheoretische Diskussion vom sprichwörtlichen grünen Tisch wegführen könnte.

Therapeutische Zielsetzung

Die Behandlung von Kranken wurde von Freud (1933 a, S. 163) als der *Mutterboden* der Psychoanalyse bezeichnet. Aus ihm geht die therapeutisch-interpretative Methode hervor, die

im Unterschied zur theologischen und geisteswissenschaftlichen Hermeneutik (Szondi 1975) systematisch das unbewußte Seelenleben von Patienten untersucht, die mit Hoffnungen auf eine *Behebung* ihres Leidens zum Analytiker kommen. Wegen dieser therapeutischen Zielsetzung unterscheidet sich die psychoanalytische Hermeneutik wesentlich von anderen hermeneutischen Disziplinen. Bei der Interpretation von Kunstwerken können diese i. allg. keinen Schaden erleiden, und der tote Künstler selbst kann sich höchstens metaphorisch im Grab herumdrehen, wenn er sich in einer Interpretation nicht wiedererkennt. Psychoanalytische Deutungen greifen in menschliche Schicksale ein. Patienten suchen Hilfe wegen ihrer Symptome, und ob Besserung oder Heilung eintritt, ist für sie wesentlich. Texte werden von ihrer unterschiedlichen Exegese und Auslegung nicht betroffen und können sich selbst nicht kritisch zu Wort melden.

Der Analytiker hat deshalb nicht nur sein therapeutisches Handeln im einzelnen Fall zu rechtfertigen, sondern auch die Verpflichtung, fortlaufend die Stichhaltigkeit seiner theoretischen Vorstellungen über das Unbewußte und über das menschliche Erleben und Verhalten zu überprüfen. Im Unterschied zur Hermeneutik der Theologie und der Geisteswissenschaften hat der Begründer der Psychoanalyse die therapeutische Deutungskunst an erklärende Theorien gebunden. Freud hat eine kausale *Relevanz* seiner Theorie der Psychogenese angenommen und die Forderung aufgestellt, die Entstehung und den Verlauf seelischer und psychosomatischer Erkrankungen nach *notwendigen* und *hinreichenden* Bedingungen zu differenzieren. Die Wörter "Zusammenhang", "Relation", "Beziehung", "Synthese" usw. stehen in Freuds Werk im Sinne des damaligen wissenschaftlichen Sprachgebrauchs für den Terminus "erklären". Freud (1901 a, S. 656) sprach beispielsweise im Hinblick auf die Konstitutionsbedingungen des manifesten Traumes von einem "gesetzmäßigen Zusammenhang" mit den latenten Traumgedanken. Prinzipiell ging es ihm um die Klärung kausaler Zusammenhänge, wobei er sich bezüglich des empirischen Nachweises im einzelnen Fall irrte und die Probleme der hypothesenprüfenden Forschung insgesamt unterschätzt hat. Bei nachträglicher erschlossenen Rekonstruktionen handelt es sich um Postdiktionen. Deshalb kommt dem von Freud eingeführten Gesichtspunkt der *Nachträglichkeit* (Thomä u. Cheshire 1991; Cheshire u. Thomä 1991) eine weithin unterschätzte Bedeutung zu, wie wir unter 3.3 und 6.3 aufzeigen.

Revision der Technik

Die psychoanalytische Praxis ist der Verlaufs- und Ergebnisforschung unterworfen. Aus der therapeutischen Praxis ergaben sich Freuds erklärende Theorien, die rückwirkend wiederum die psychoanalytische Methode der Deutung nachhaltig beeinflussten. Daher rührt eine mehrfache Korrektur der psychoanalytischen Interpretationslehre. Soweit sich diese auf erklärende Theorien stützt, werden Deutungen falsch, wenn sie von einem widerlegten Theorieanteil abgeleitet werden. Angesichts der Ergebnisse der Mutter-Kind-Interaktionsforschung (Stern 1985, 2005) und der Epidemiologie (Schepank 1987) sind z. B. viele Annahmen der allgemeinen und speziellen Neurosenlehre fragwürdig geworden (Lichtenberg 1983 a). Insbesondere ist es unerlässlich geworden, die Theorie der Therapie einer Revision zu unterziehen.

Wir können bei dieser Revision der Technik von vernachlässigten Annahmen Freuds ausgehen. Besonders im Hinblick darauf haben wir diesem Abschnitt die Überschrift "Zurück zu Freud auf dem Weg in die Zukunft" gegeben. Nach Freud soll die Analyse "die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt" (Freud 1937 c, S. 96). Bezieht man diese Aussage auf die Behandlungssituation und

nicht nur auf die schließlich erreichte Fähigkeit des Patienten, im Alltag Schwierigkeiten symptomfrei bewältigen zu können, läßt sich folgende generelle These formulieren: Günstige Bedingungen zur Erledigung von Konflikten in der Behandlungssituation sind solche, die es dem Patienten ermöglichen, das passive Erleiden der ursprünglichen pathogenen Traumatisierungen in aktives Handeln umzugestalten.

Damit verallgemeinern wir Freuds Traumatheorie, in deren Mittelpunkt spätestens seit der Schrift *Hemmung, Symptom und Angst* (1926 d) die *Hilflosigkeit* steht (s. Grundlagenband 8.7):

Das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, wiederholt nun aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, deren Ablauf selbsttätig leiten zu können. Wir wissen, das Kind benimmt sich ebenso gegen alle ihm peinlichen Eindrücke, indem es sie im Spiel reproduziert; durch diese Art, von der Passivität zur Aktivität überzugehen, sucht es seine Lebenseindrücke psychisch zu bewältigen (Freud 1926 d, S. 200).

Diese These kann noch weiter verallgemeinert werden: "Durch diese Art, von der Passivität zur Aktivität überzugehen, sucht [der Mensch] seine Lebenseindrücke psychisch zu bewältigen" (G. Klein 1976, S. 259 ff.).

Kumulative Traumatisierung

G. Klein (1976) hat überzeugend nachgewiesen, daß es aus affekt- und kognitionspsychologischen Gründen zu dem von Freud beschriebenen neurotischen und psychotischen Wiederholungszwang kommt. So wird das Gefühl der passiven Hilflosigkeit verstärkt, und die Meisterung verjährter Angstbedingungen wird fortwährend erschwert. Die unbewußten Erwartungen wirken sich nämlich als WahrnehmungsfILTER im Sinne einer negativen, sich selbst erfüllenden Vorhersage aus, so daß es entweder nicht zu positiven Erfahrungen kommt oder erfreuliche Erlebnisse ausgeblendet und ihres Sinnes entleert werden (Weiss u. Samson 1986). Auf diesem Weg werden lang zurückliegende Entbehrungen, Bestrafungen oder Kränkungen - kurz: alle traumatischen Erlebnisse - nicht nur konserviert, sondern kumulativ im Alltag und bei ungünstigen Verläufen auch in der Therapie vergrößert. Wir glauben, der Psychogenese als einem fortlaufenden Prozeß gerechtzuwerden, indem wir die von Khan (1963) inaugurierte *Theorie der kumulativen Traumatisierung* auf den gesamten Lebenszyklus ausdehnen.

Aus unbewußten Gründen gestaltet sich bei vielen Menschen die Lebensgeschichte so, daß sich Erwartungen bestätigen und fortlaufend neue Traumatisierungen geschehen. Beispielsweise projizieren die eifersüchtigen und verfolgten Paranoiker nach außen, was sie im eigenen Inneren nicht wahrhaben wollen, "aber sie projizieren sozusagen nicht ins Blaue hinaus, nicht dorthin, wo sie nichts finden . . ., [sie] verwerten in ihrem 'Beziehungswahn' die kleinsten Anzeichen, die ihnen diese Anderen, Fremden geben" (Freud 1922 b, S. 199). Die grundlegende Bedeutung solcher Prozesse unterstreicht Freud in seinem Spätwerk.

Das erstarrte Ich des Erwachsenen fährt fort, sich gegen Gefahren zu verteidigen, die in der Realität nicht mehr bestehen, ja es findet sich gedrängt, *jene Situationen der Realität herauszusuchen, die die ursprüngliche Gefahr ungefähr ersetzen können, um sein Festhalten an den gewohnten Reaktionsweisen an ihnen rechtfertigen zu können*. Somit wird es leicht verständlich, wie die Abwehrmechanismen durch immer weitergreifende Entfremdung von der Außenwelt und dauernde Schwächung des Ichs den Ausbruch der Neurose vorbereiten und begünstigen (1937 c, S. 83; Hervorhebung von uns).

Dabei können sich Symptome mit neuen Inhalten füllen. Diese uralte Erkenntnis Freuds (1895 d, S. 193) ist theoretisch insbesondere durch Hartmanns (1939) Begriff des Funktionswechsels begründet, aber bezüglich der behandlungstechnischen Relevanz nicht systematisch ausgearbeitet worden. Deshalb haben wir im Grundlagenband unter 4.4 besonders hervorgehoben, daß und wie Symptome in einem sich selbst verstärkenden

Kreisgeschehen aufrechterhalten werden. So bilden sich unbewußte Schemata oder Klischees. Dabei kann es von Tag zu Tag zu Situationen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit kommen, die inhaltlich weit von den ursprünglichen Traumata entfernt sein können. Als ein sicheres Anzeichen dieses Prozesses darf die zunehmende Kränkbarkeit gelten, welche die Empfindlichkeit für spezielle, aber auch für gänzlich unspezifische Reize anwachsen läßt. Schließlich können bei überempfindlichen Menschen - und die neurotische Kränkbarkeit belastet alle zwischenmenschlichen Beziehungen am stärksten - von außen gesehen banal erscheinende Ereignisse einschneidende Folgen haben (s.a. Lellau 2005).

Kränkungen in der Therapie

Aufgrund der eben beschriebenen Wiederholungen im Sinne eines erweiterten Verständnisses der Traumatheorie kann es auch in der Therapie zu Kränkungen kommen, die sehr ernstgenommen werden müssen. Diese entstehen trotz der Bemühungen des Analytikers, eine freundliche Atmosphäre zu schaffen. Es kann sich sogar ungünstig auswirken, wenn man glaubt, in einer Art psychoanalytischem Brutkasten konstante Bedingungen für ein ungestörtes seelisches Wachstum herstellen zu können. Denn durch die Rahmensetzung - womit wir die englische Bezeichnung "setting" eindeutschen wollen - und durch unvermeidliches Mißverstehen kommen Kränkungen zustande, die sich um so stärker traumatisch auswirken, je weniger sie beim Namen genannt, anerkannt und interpretiert werden (s. Grundlagenband, Kap. 7 und 8.4).

Lange Zeit blieb das Ausmaß der Traumatisierung anlässlich von Übertragungen unerkannt, die nicht nur eine Wiederholung alter ödipaler oder präödipaler Enttäuschungen mit sich bringen, sondern den sexuell handlungsfähigen erwachsenen Patienten aktuell treffen. Die traumatisierenden Auswirkungen der Übertragung wurden wahrscheinlich deshalb so spät entdeckt, weil die Frustrationstheorie der Therapie diese zu rechtfertigen schien. Thomä hat beim Budapester Kongreß (1987) in einem unveröffentlichten Vortrag nachdrücklich auf die Traumatisierung in der Übertragung als unbeabsichtigte Nebenwirkung hingewiesen. Zu diesem Zeitpunkt war noch unbekannt, daß Ferenczi seinem das Jahr 1932 betreffenden Tagebuch tiefgehende Entdeckungen anvertraut hat (Ferenczi 1988). Er beschrieb, wie professionelle Haltungen und psychoanalytische Regeln sich traumatisierend auswirken können und alte Traumata, zu deren Überwindung die Analyse führen soll, wiederbelebt werden.

Aus der Wiederentdeckung der Traumatisierung als Bestandteil der analytischen Situation ziehen wir andere Konsequenzen als Ferenczi. Sein Versuch der „mutuellen Analyse“ stand am Ende einer jahrelangen, hoffnungslos verfahrenen Behandlung, die ihresgleichen kaum haben dürfte.

Wir glauben, daß unsere Bereitschaft, den Patienten am Deutungsprozeß und gegebenenfalls auch an der Gegenübertragung teilhaben zu lassen, neue und alte Traumatisierungen überwinden hilft. Die Erweiterung von Freuds Definitionen der Hilflosigkeit als dem Kennzeichen der traumatischen Situation im Kontext der Zwei- und Mehrpersonen-Psychologie Balints macht nicht nur auf unbeabsichtigte und antitherapeutische Mikrotraumen in Behandlungen aufmerksam. Von prinzipieller Bedeutung könnte es sein, daß dieses behandelungstechnische Grundproblem die schulspezifischen Polarisierungen hervorgebracht hat - den spiegelnden Analytiker, der scheinbar nicht verletzt und kränkt einerseits und den liebevollen Analytiker andererseits, der als Objekt den Mangel auszugleichen versucht.

Neue Ära

Nachdem Weiss und Sampson (1986) die Frustrationstheorie auch in einer Versuchsanordnung zugunsten der Meisterungstheorie der Therapie widerlegt haben, hat eine neue Ära begonnen. Nun müssen mit aller Entschiedenheit die Möglichkeiten erwogen werden, die dem Analytiker zur Verfügung stehen, um den fortlaufenden Kränkungen anlässlich der Analyse der Übertragung mit ihren ungünstigen Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit entgegenzuwirken. Erste Schritte in dieser Richtung sehen wir in Klaubers (1987) Betonung der Spontaneität als Antidot zur Traumatisierung in der Übertragung und in der ausführlichen Würdigung der therapeutischen Bedeutung der Natürlichkeit in Freuds Praxis durch Cremerius (1981).

Wie tief sich die Frustrationstheorie zuungunsten der therapeutischen Wirksamkeit der Psychoanalyse im Dienste eines pseudowissenschaftlichen Götzendienstes eingebürgert hat, läßt sich an der selbstpsychologischen Technik Kohuts zeigen. Die Anerkennung, die ein Patient anlässlich narzißtischer Spiegelungen erfährt, glaubt Kohut in analytischer Abstinenz bzw. Neutralität geben zu müssen. Dieses Festhalten an einem mißverstandenen Neutralitätsbegriff entzieht der therapeutisch so wesentlichen Bestätigung und Ermutigung den emotionalen Boden, so daß das Selbstwertgefühl eher geschwächt denn gestärkt wird. Im übrigen würde nach der Selbstobjekttheorie die Bestätigung noch nicht einmal von einem "bedeutungsvollen Anderen" kommen, sondern eine Art von narzißtischer Selbstbestätigung darstellen - in der Spiegelung des eigenen Selbst.

In der neuen Ära der psychoanalytischen Therapie wird die Befürchtung, daß Anerkennungen zur ödipalen Verführung und inzestuösen Wunscherfüllung führen, weiter zurückgehen. Genuine Anerkennungen werden die übertragungsbedingten Traumatisierungen erheblich verringern und die therapeutische Wirksamkeit der Psychoanalyse wesentlich verbessern. Wie der Analytiker im Sprechzimmer die günstigsten Bedingungen für therapeutische Veränderungen schafft, ist die Frage, die als roter Faden alle Kapitel durchzieht. Hierbei geht es darum, den Patienten so zu fördern, daß alte und neue Situationen von Hilflosigkeit und Angst bewältigt und gemeistert werden können. Der Begriff des Durcharbeitens von Konflikten ist der umfassenden Theorie der Meisterung unterzuordnen. Aus der psychoanalytischen Theorie der Angst, die wir unter 9.1 rekapitulieren, leiten sich bisher vernachlässigte therapeutische Möglichkeiten ab, wenn die Mechanismen der Angstabwehr unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung im Hier und Jetzt begriffen werden. Im deutschsprachigen technischen Vokabular der Psychoanalyse kommt das Verb <meistern> und <die Meisterung> bisher nicht vor. Aus dem Bewältigen, aus dem Binden neurotischer Ängste bei Freud (1920g, S. 36) ist durch Stracheys Übersetzung <to master> geworden. Nun wäre allemal das Original einer Rückübersetzung vorzuziehen, wenn sich nicht inzwischen mit dem <Meistern> eine ätiologisch und therapeutisch sehr brauchbare Theorie verknüpft hätte, nämlich die oben erwähnte "Mastery Theory" von Weiss & Sampson (1986) und Weiss (1994).

Eagle (1984) faßt diese Theorie folgendermaßen zusammen:

"Statt anzunehmen, daß der Patient in erster Linie von dem Verlangen motiviert sei, unbewußte infantile Wünsche zu befriedigen, geht die Mount Zion Gruppe um Weiss und Sampson (in San Francisco, Ref.) von der radikal verschiedenen Vorstellung aus, daß die Patienten in die Therapie mit dem bewußten und unbewußten Verlangen kommen, frühe Konflikte, Träume und Ängste zu *meistern*, und mit unbewußten *Plänen*, wie dies erreicht werden könne. Zu diesem Zweck versucht der Patient, *sichere Voraussetzungen* zu finden oder herzustellen, um seinen Plan verwirklichen zu können...Dementsprechend veranstalten Patienten - weitgehend unbewußt - *Tests*, die der Therapeut entweder besteht oder nicht. Fällt er durch, folgen darauf eher gesteigerte Angst, es werden Abwehren mobilisiert, und abgewehrte unbewußte Inhalte tauchen in geringerer Zahl auf. Besteht er hingegen die Prüfung, so verringert sich

1. Krankengeschichten und Behandlungsberichte

die Angst, Gefühle vertiefen sich, und es besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, daß abgewehrte Inhalte verstärkt auftauchen" (Eagle 1984, dt 1988, S. 125 Hervorhebung im Original; für eine detaillierte Kritik s. a. Neudert et al. 1990).

Das Meistern spezieller Übertragungsformen ist eine gemeinsame Aufgabe für die beiden an der Therapie beteiligten Personen (Grenyer u. Luborsky 1996; Dahlbender et al. 2001). Das behandlungstechnische Problem besteht nicht darin, wie der Patient in die Übertragung hinein-, sondern wie er aus dieser wieder herauskommt .

1.2 Krankengeschichten

Freud verfolgte durch die von ihm veröffentlichten Krankengeschichten das Ziel, den Zusammenhang zwischen Erkrankung und Lebensgeschichte aufzuzeigen. Hierbei kam er zu dem Ergebnis, daß die Entstehung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen im Sinne einer *Ergänzungsreihe* zu verstehen sei.

Viele Faktoren müssen zusammenkommen, wenn neurotische Störungen entstehen und sich chronifizieren. Die Belastbarkeit eines Menschen in kritischen Lebensphasen hängt von seiner Disposition ab, die er auf dem Boden angeborener Reaktionsbereitschaften durch prägende Einflüsse und Konflikte in der Kindheit und in der Adoleszenz erwirbt. Da die *psychosexuelle Differenzierung* in den ödipalen Konflikten eine wesentliche Ausgestaltung erfährt und die Übernahme der jeweils psychosozial definierten Geschlechtsrolle - die subjektiv als geschlechtsbezogenes und geschlechtsgebundenes Identitätsgefühl erlebt wird - elementar ist, haben die ödipalen Konflikte große Tragweite für jede Lebensgeschichte. Ob und wie diese Konflikte untergehen oder ob sie sich zum Komplex strukturieren, der aufgrund typischer Erlebens- und Verhaltensweisen diagnostiziert werden kann, hängt wiederum von vielen soziokulturellen und familiären Konstellationen ab. Nicht zuletzt wird jeweils durch die Vorgeschichte mitbestimmt, welchen Ausgang spätere Problemlösungen nehmen.

Die sog. Überdeterminierung von Symptomen und die gut gesicherte Beobachtung, daß mit der Zeit zusätzliche Bedingungen hinzukommen, durch die pathologische Prozesse aufrechterhalten werden können, hat auch eine bemerkenswerte therapeutische Kehrseite: Die Überdeterminierung ermöglicht besonders in kritischen Augenblicken einer Lebensentwicklung oder in statu nascendi von Symptombildungen therapeutisch wirksame Eingriffe, die sich im Netzwerk der Bedingungen ausbreiten können. Diese Auswirkungen über einen Fokus hinaus ergeben sich aus der Überdeterminierung in der Ätiologie der Neurosen, worunter Freud versteht, "daß deren Entstehung zumeist überdeterminiert ist, daß mehrere Momente zu dieser Wirkung zusammentreten müssen" (1895 d, S. 261).

Mit Überdeterminierung ist keine mehrfache Determination in dem Sinne gemeint, daß jede Bedingung für sich ein Ereignis, eine Fehlleistung, ein Versprechen oder ein Symptom bewirken würde. Vielmehr ist es das *Zusammentreffen* mehrerer Motive bei Sprechstörungen gewesen, das Wilhelm Wundt beschrieben und das Freud in den Begriff der Überdeterminierung aufgenommen hat (1901 b, S. 69).

Bedingungen und Ursachen: Freuds kausales Modell

Die Annahme der Überdeterminierung macht bezüglich der Entstehung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen eine Hierarchie und eine Unterscheidung dahingehend erforderlich, welche Faktoren als *notwendige* und welche anderen als *hinreichende* Bedingungen aufzufassen sind. Man muß demgemäß von der Möglichkeit ausgehen, daß die kausalen Faktoren in verschiedenartiger Weise miteinander kombiniert sein können - notwendig, hinreichend, manchmal notwendig, gemeinsam notwendig, gemeinsam ausreichend, gemeinsam notwendig etc. Die im Anschluß an Sherwoods (1969) Buch über *Die Logik der psychoanalytischen Erklärung* von Eagle (1973) und Rubinstein (1973) aufgenommene Diskussion zeigt, daß Freud, der damals von seinem Lehrer Brentano

1. Krankengeschichten und Behandlungsberichte

empfohlen worden war (Merlan 1945), als Übersetzer J. S. Mills eine philosophisch hervorragend begründete Theorie der Kausalität vertreten hat:

a) *Bedingung*, b) *spezifische Ursache*, c) *konkurrierende Ursache* und, als den vorigen nicht gleichwertigen Terminus, d) *Veranlassung oder auslösende Ursache*.

Als Bedingungen sind solche Momente zu bezeichnen, bei deren Abwesenheit der Effekt nie zustande käme, die aber für sich allein auch unfähig sind, den Effekt zu erzeugen, sie mögen in noch so großem Ausmaße vorhanden sein. Es fehlt dazu noch die spezifische Ursache.

Als spezifische Ursache gilt diejenige, die in keinem Falle von Verwirklichung des Effekts vermißt wird, und die in entsprechender Quantität oder Intensität auch hinreicht, den Effekt zu erzielen, wenn nur noch die Bedingungen erfüllt sind.

Als konkurrierende Ursachen darf man solche Momente auffassen, welche weder jedesmal vorhanden sein müssen, noch imstande sind, in beliebigem Ausmaße ihrer Wirkung für sich allein den Effekt zu erzeugen, welche aber neben den Bedingungen und der spezifischen Ursache zur Erfüllung der ätiologischen Gleichung mitwirken.

Die Besonderheit der konkurrierenden oder Hilfsursachen scheint klar; wie unterscheidet man aber Bedingungen und spezifische Ursachen, da sie beide unentbehrlich und doch keines von ihnen allein zur Verursachung genügend sind?

Da scheint denn folgendes Verhalten eine Entscheidung zu gestatten. Unter den "*notwendigen Ursachen*" findet man mehrere, die auch in den ätiologischen Gleichungen vieler anderer Effekte wiederkehren, daher keine besondere Beziehung zum einzelnen Effekt verraten; eine dieser Ursachen aber stellt sich den anderen gegenüber, dadurch, daß sie in keiner anderen oder in sehr wenigen ätiologischen Formeln aufzufinden ist, und diese hat den Anspruch, *spezifische Ursache* des betreffenden Effekts zu heißen. Ferner sondern sich Bedingungen und spezifische Ursache besonders deutlich in solchen Fällen, in denen die Bedingungen den Charakter von lange bestehenden und wenig veränderlichen Zuständen haben, die spezifische Ursache einem rezent einwirkenden Faktor entspricht (Freud 1895 f, S. 372-373, Hervorhebungen im Original).

Diese 4 Faktoren müssen zusammentreffen, um eine vollständige "ätiologische Gleichung" zu ergeben. Die Komplexität der Ursachen stellt den Forscher vor schwierige Aufgaben, weil sich verschiedene hinreichende oder notwendige Bedingungen miteinander verbinden oder ersetzen können. Eine Ausnahme bildet die spezifische Ursache, die allein schon ausreicht, wenn ihr eine gewisse Prädisposition entgegenkommt. Der Kontext des Freud-Zitats zeigt, daß das Vorbild für diesen Zusammenhang von Ursache und Wirkung der *spezifische* Erreger von Infektionskrankheiten ist, der aufgrund ganz spezieller, ebenfalls spezifisch genannter Gewebeveränderungen von Pathologen erschlossen werden kann (Tuberkulose, Lues etc.).

Rezeption

Da bei den seelischen und psychosomatischen Erkrankungen die lebensgeschichtlich gewordene Disposition oder Reaktionsbereitschaft als notwendige Bedingung gegenüber dem von außen kommenden "Reiz" - als auslösendem Faktor - eine besondere Bedeutung zukommt, spielen die beiden ersten Faktoren in Freuds wissenschaftlichem Erklärungsmodell eine entsprechend große Rolle. Wir kommen auf diese Probleme bei der Diskussion der Spezifitätshypothese in der psychosomatischen Medizin zurück (Kap. 9.7). In bezug auf Freuds Krankengeschichten ist hier anzumerken, daß sich das zitierte Erklärungsmodell als äußerst fruchtbar erwiesen hat, auch wenn die *Gültigkeit* vieler einzelner kausaler Annahmen heute bezweifelt werden muß. Nicht die Logik des kausalen Schemas wurde widerlegt, sondern die an Einzelfällen entdeckten Zusammenhänge haben sich als falsch erwiesen oder mußten relativiert werden. Diese Unterscheidung ist im Auge zu behalten, wenn wir uns kritisch mit unseren Jugendlieben auseinandersetzen, um von ihnen Abschied zu nehmen. Um so umfassender kann die Liebe zur Methode werden. Freud hat im Modell der *Ergänzungsreihen* an die Kausaltheorien von Hume und Mill angeknüpft (Eimer 1987). Die Verbindung der Faktoren untereinander bringt es mit sich, daß sich therapeutische Eingriffe über die bestehende Vernetzung fortpflanzen können.

Besonderheiten der Krankengeschichten Freuds

Freuds *kausales* Modell der Entstehung seelischer Erkrankungen korrespondiert mit einem entsprechenden Verständnis der Therapie. Um Lösungen für die Probleme der späteren Lebensgestaltung zu finden und um Zusammenhänge zwischen den verschiedensten menschlichen Betätigungen aufdecken zu können, kann es notwendig werden, "in die tiefsten und primitivsten Schichten der seelischen Entwicklung herabzusteigen" (Freud 1918 b, S. 32; s. hierzu Grundlagenband 10.2).

Freuds Krankengeschichten sind Rekonstruktionen, die von der Gegenwart eines Menschen in seiner Besonderheit ausgehen, um in der Vergangenheit die Wurzeln und typischen Bedingungen von Symptomen zu suchen. Im Bereich seelischer und psychosomatischer Symptome scheint freilich die Zeit stillzustehen - die Vergangenheit ist gegenwärtig. Der Phobiker fürchtet sich heute noch genauso vor einem völlig harmlosen Gegenstand wie vor 10 oder 20 Jahren, und Zwangsgedanken und -handlungen wiederholen sich rituell in derselben Weise über Jahre hinweg.

Die neurotischen Symptome sind so in die Lebensgeschichte eingebettet, daß deren Kenntnis unerläßlich ist, wenn man die individuelle Pathogenese begreifen und verstehen will. "Solche Krankengeschichten wollen beurteilt werden wie psychiatrische, haben aber vor letzteren *eines* voraus, nämlich die innige Beziehung zwischen Leidensgeschichte und Krankheitssymptomen . . ." (Freud 1895 d, S. 227).

Der „Wolfsmann“

Besondere Bedeutung hat die Krankengeschichte des "Wolfsmannes" die unter dem Titel *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose* von Freud 1918 veröffentlicht wurde. Allein über diesen Patienten ist eine umfangreiche Sekundärliteratur erschienen, die schon 1984 auf etwa 150 Artikel angewachsen war (Mahony 1984). Perrez (1972) kommt, trotz vieler Vorbehalte gegenüber der Bewährung oder Bestätigung (frz., engl. "validation") psychoanalytischer Erklärungen, zu dem Ergebnis, daß die Darstellung des Wolfsmannes ohne Zweifel ein großartiger Versuch ist, in Form eines Narrativs die Rätsel zu erklären, die dieser Fall aufgegeben hatte. Die von Farrell (1961) eingeführte Bezeichnung "Narrativ" (Erzählung) würdigt eine von Freud eher mit einem gewissen Unbehagen erwähnte Seite der Krankengeschichten - daß sich diese wie *Novellen* lesen (Freud 1895 d). Er suchte seine Geltung als wissenschaftlicher Autor und war besorgt, seine Beschreibung menschlicher Schicksale könne "des ernstesten Gepräges der Wissenschaft ermangeln" (S. 227). Durch die Verleihung des Goethepreises wurde der Schriftsteller Freud geehrt, dessen Stil von Muschg (1930) bis zu Mahony (1987) viele Literaturwissenschaftler angezogen hat (Schönau 1968).

Für uns ergibt sich die besondere Spannung der Freudschen Krankengeschichten daraus, daß alle Beschreibungen dem Ziel dienen, die Hintergründe des Denkens und Handelns seiner Patienten plausibel zu machen, um historisch-genetische Erklärungsskizzen vorlegen zu können.

Von wesentlicher Bedeutung ist die Tatsache, daß die Analyse einer Freudschen Falldarstellung deutlich zeigt, daß es Freud nicht lediglich darum gegangen ist, die Geschichte einer Neurose zu *beschreiben*. Es ging ihm wesentlich darum, sie zu *erklären*, und zwar offensichtlich im Sinne einer *historisch-genetischen Erklärung*. Die historisch-genetische Erklärung sucht nicht nur Ereignisketten zu beschreiben, sondern sie sucht zu zeigen, *warum* ein Zustand zum nächsten führt. Sie macht aus diesem Grund von gewissen Wahrscheinlichkeitsgesetzen Gebrauch, im Falle des Freudschen Narrativs nicht immer ausgesprochenenmaßen (Perrez 1972, S. 98; Hervorhebungen im Original).

1. Krankengeschichten und Behandlungsberichte

So unzureichend die Ätiologie im einzelnen Fall auch aufgeklärt sein mag und so ungenügend statistische Wahrscheinlichkeiten und Gesetze auch validiert sein mögen, so kann an dem allgemeinen Ergebnis festgehalten werden, daß unbewußt verankerte Schemata des Erlebens und Verhaltens sich über einen sehr langen Zeitraum hinweg bilden (Slap u. Slaykin 1983).

Deshalb besteht nicht nur die Gefahr, daß sich durch wiederholte ungünstige Erfahrungen Stereotype bilden und aufrechterhalten, sondern es gibt auch stets große Chancen, daß günstige Erlebnisse Motivationszusammenhänge verändern. Freuds Gespräch mit Katharina eröffnete diesem jungen Mädchen, das den Herrn Doktor auf einer Alm en passant in einer "Bauernsprechstunde" konsultierte, vielleicht neue Wege. Unter einer Bauernsprechstunde versteht man, wenn ein Akademiker - besonders ein Jurist - außerhalb seiner Kanzlei in einer sozialen Situation bei irgendeiner Begegnung wie nebenbei konsultiert wird. Bemerkenswert ist, daß das Gespräch mit Katharina einen besonders genauen Einblick in Freuds diagnostisch-therapeutische Gesprächsführung vermittelt (Argelander 1978).

Die Einzigartigkeit jeder Lebensgeschichte bindet die psychoanalytische Methode als Therapie an die Einzelfalldarstellung und -forschung (Edelson 1985; Leuzinger-Bohleber 1995). Die *wissenschaftlichen* Interessen richten sich auf die Verallgemeinerung der Befunde, weshalb Freud im "Wolfsmann" betont, daß bezüglich bestimmter pathogenetischer Annahmen Allgemeinheiten nur dadurch zu gewinnen seien, daß zahlreiche gut und tief analysierte Fälle vorgelegt werden (1918 b, S. 140). Dieses Desiderat wurde allerdings nicht genügend eingelöst (Kächele 1981).

Krankengeschichte und Behandlungsbericht

Da Freuds Krankengeschichten in erster Linie der Rekonstruktion der Psychogenese, also dem Nachweis verdrängter unbewußter Ursachen der Entstehung von Symptomen dienen, rückte die Beschreibung der Behandlungstechnik an die zweite Stelle. In den Krankengeschichten wurden die *behandlungstechnischen* Regeln nicht fallspezifisch erörtert. Was Freud in der jeweiligen Sitzung gefühlt, gedacht, gedeutet und sonstwie getan hat, wurde von ihm eher bruchstückhaft erwähnt.

Freud unterscheidet zwischen *Krankengeschichte*, die er auch gelegentlich Krankheitsgeschichte nennt, und *Behandlungsgeschichte*. Diese Unterscheidung übernehmen wir, wobei wir wegen der Bedeutung verschiedener Dokumentationsweisen die Bezeichnung *Behandlungsbericht* vorziehen. Auf die Schwierigkeit einer angemessenen Berichterstattung hat Freud frühzeitig aufmerksam gemacht.

Diese Schwierigkeiten sind sehr erhebliche für den Arzt, der sechs oder acht solcher psychotherapeutischer Behandlungen täglich durchzuführen hat und während der Sitzung mit dem Kranken selbst Notizen nicht machen darf, weil er das Mißtrauen des Kranken erwecken und sich in der Erfassung des aufzunehmenden Materials stören würde. Es ist auch ein für mich noch ungelöstes Problem, wie ich eine Behandlungsgeschichte von langer Dauer für die Mitteilung fixieren könnte (1905 e, S. 166).

Es handelt sich um Dora, deren Krankengeschichte und Behandlung im *Bruchstück einer Hysterieanalyse* beschrieben wird. Freud kamen 2 Umstände bei der Berichterstattung zu Hilfe, nämlich die kurze Dauer der Behandlung und die Tatsache, "daß die Aufklärungen sich um zwei - in der Mitte und am Schluß der Kur erzählte - Träume gruppieren, deren Wortlaut unmittelbar nach der Sitzung festgelegt wurde, und die einen sicheren Anhalt für das anschließende Gespinnst von Deutungen und Erinnerungen abgeben konnten" (Freud 1905 e, S. 166).

Die Krankengeschichte selbst, das Kernstück der Veröffentlichung, hat Freud erst nach Abschluß der Kur aus dem Gedächtnis niedergeschrieben und hierfür einen hohen Grad von Verlässlichkeit in Anspruch genommen. Bezüglich der *Behandlungsgeschichte* hat Freud nach seinen Worten Unvollständigkeit hingenommen:

Ich habe nämlich die Deutungsarbeit, die an den Einfällen und Mitteilungen der Kranken zu vollziehen war, im allgemeinen nicht dargestellt, sondern bloß die Ergebnisse derselben. Die Technik der analytischen Arbeit ist also, abgesehen von den Träumen, nur an einigen wenigen Stellen enthüllt worden. Es lag mir in dieser Krankengeschichte daran, die *Determinierung* der Symptome und den intimen Aufbau der neurotischen Erkrankung aufzuzeigen; es hätte nur unauflösbare Verwirrung erzeugt, wenn ich gleichzeitig versucht hätte, auch die andere Aufgabe zu erfüllen. Zur Begründung der technischen, zumeist empirisch gefundenen Regeln müßte man wohl das Material aus vielen *Behandlungsgeschichten* zusammentragen (1905 e, S. 170; Hervorhebungen von uns).

Dieser Verkürzung gibt Freud deshalb kein besonderes Gewicht, weil bei der nur 3monatigen Therapie die Übertragung nicht zur Sprache kam. Eine ähnliches Überwiegen der Krankengeschichte zuungunsten der Behandlungsgeschichte findet man in allen von Freud publizierten Fallberichten.

Beste Voraussetzungen für therapeutische Eingriffe

Freuds Gründe, in den veröffentlichten Krankengeschichten die Entstehung neurotischer Symptome in den Mittelpunkt zu stellen, beruhen auf der Auffassung, daß durch die Aufklärung der Entstehung und durch den Zuwachs an Einsicht auch die besten Voraussetzungen für therapeutische Eingriffe geschaffen werden können. Ein repräsentatives Zitat lautet: "Wir wollen, was man in der Wissenschaft überhaupt anstrebt, ein Verständnis der Phänomene, die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen ihnen, und in letzter Ferne, wo es möglich ist, eine Erweiterung unserer Macht über sie" (Freud 1916/17, S. 97).

Wie der Analytiker die besten Bedingungen für die therapeutische Veränderung im Patienten herstellt, lernt er laut Greenson (1973, S. 17) nicht aus Freuds Krankengeschichten, sondern aus den 5 behandlungstechnischen Schriften. Wegen der singulären Stellung Freuds wirkt es sich bis heute nachhaltig aus, daß er keine synoptische Darstellung seiner Behandlungstechnik als Theorie *und* Praxis gegeben hat. Die Krankengeschichten wurden für die psychoanalytischen Theorien über die Entstehungsbedingungen beispielhaft, und in diesem Sinne wurden sie beispielsweise von Sherwood (1969), Gardiner (1971), Lacan (1957), Niederland (1959), Perrez (1972), Schalmey (1977), Mahony (1984, 1986, 2005) rezipiert. Freud wollte eher Forschungsregeln zur Aufklärung der Entstehung festlegen, als daß diese danach befragt wurden und werden, ob sie dem Patienten notwendige und hinreichende *Änderungsbedingungen* gewährleisten (s. hierzu Grundlagenband 7.1 und 10.5). Generell werden Krankengeschichten (case histories) mit einer persuasiven Intention verfasst; sie sollen das Argument des Autors stützen, meint Michels (2000).

Am Beginn der Therapie wird aus der *Neurose*, wie tief auch ihre Wurzeln in der Lebens- und Krankengeschichte zurückreichen und verankert sein mögen, die *Übertragungsneurose* (s. hierzu Grundlagenband 2.4). Auch wenn dieser Begriff kein ausreichend abgrenzbares Geschehen erfaßt, wie von namhaften Analytikern in der von London u. Rosenblatt (1987) herausgegebenen Kontroverse angenommen wird, so bleibt festzuhalten, daß der Analytiker wesentlich zur Art der Übertragung beiträgt. In diesem Sinne entwickeln sich sogar schulspezifische "Übertragungsneurosen". Diese widersprechen der Vorstellung Freuds, daß sich Übertragungsneurosen bei bloßem Einhalten der Behandlungsregeln uniform entwickeln. Die Erweiterung der Theorie der Übertragung und Gegenübertragung folgt der Anerkennung des Einflusses durch den Analytiker. Diese

1. Krankengeschichten und Behandlungsberichte

Entwicklungen wurden dadurch erleichtert, dass in den letzten Jahren Einblicke in Freuds Praxis möglich wurden, die sein Vorgehen bei der Rekonstruktion von Krankengeschichten in Zweifel ziehen und die Kritik an seiner Behandlungstechnik verstärken. Kein geringerer als Arlow (1991) hat die Zukunft der Psychoanalyse davon abhängig gemacht, daß endlich an den Ausbildungsinstituten statt der keineswegs vorbildlichen und nur historisch interessanten Krankengeschichten Freuds moderne psychoanalytische Technik gelehrt werde. Für uns ist es freilich eine offene Frage, wie genau man die Entwicklung der Psychoanalyse mit ihren Entdeckungen und Irrungen kennen muß, um den gegenwärtigen theoretischen und praktischen Pluralismus beurteilen zu können. Der Weg in die Zukunft führt unseres Erachtens auf der klinischen Ebene zu einer neuen Form der Berichterstattung über Behandlungen im Sinne der Beschreibung des Prozesses als Interaktionsgeschichte (Meyer 1994a). Dieser Entwicklung wenden wir uns nun zu.

Im Grundlagenband haben wir unter 1.1 festgestellt, daß die zunehmende Literatur über Freuds Praxis (Cremerius 1981 b; Beigler 1975; Kanzer u. Glenn 1980) die kritische Aufarbeitung der Geschichte der psychoanalytischen Behandlungstechnik erleichtert. Es wäre freilich naiv, die Lösung heutiger Probleme durch Identifizierung mit dem natürlichen und menschlichen Freud finden zu wollen, der Patienten notfalls verköstigte, ihnen Geld auslieh oder schenkte.

Es ist ein Charakteristikum der Freudschen Fallgeschichten, daß sie einerseits die konkrete Analyse des einzelnen Falles leisten, andererseits weitreichende Hypothesen enthalten, die den ganzen Reichtum der klinischen Beobachtungen in einen kausalen Zusammenhang zu bringen und zu vereinfachen versuchen.

Nach Jones (1960) wirkte sich Charcots nosographische Methode nachhaltig auf Freuds Zielsetzung bei der Rekonstruktion von Entstehung und Verlauf psychogener Erkrankungen aus. Die behandlungstechnischen Regeln wurden nicht in erster Linie dahingehend untersucht, ob diese die besten Bedingungen zur therapeutischen Veränderung schaffen. Vielmehr wollte Freud durch seine behandlungstechnischen Ratschläge der psychoanalytischen Methode die wissenschaftliche Grundlage geben: "Wir haben das Recht, ja die Pflicht, die Forschung ohne Rücksicht auf einen unmittelbaren Nutzeffekt zu betreiben. Am Ende - wir wissen nicht, wo und wann - wird sich jedes Stückchen Wissen in Können" umsetzen, auch in therapeutisches Können (Freud 1916/17, S. 226-263). Die von Freud aufgestellten Regeln sollten die Objektivität der erhobenen Befunde sicherstellen und den Einfluß des Analytikers auf die Daten soweit als möglich herabsetzen. Die Dokumentation der im Gespräch beobachtbaren Phänomene orientierte sich an denjenigen Mitteilungen des Patienten, die in die Krankengeschichten bezüglich ihrer angenommenen kausalen Relevanz aufgenommen wurden. Der Stoff wird von der Methode her gestaltet, getreu der grundlegenden These:

Die Psychoanalyse wird als Wissenschaft nicht durch den Stoff, den sie behandelt, sondern durch die Technik, mit der sie arbeitet, charakterisiert. Man kann sie auf Kulturgeschichte, Religionswissenschaft und Mythologie ebenso anwenden wie auf die Neurosenlehre, ohne ihrem Wesen Gewalt anzutun. Sie beabsichtigt und leistet nichts anderes, als die Aufdeckung des Unbewußten im Seelenleben (Freud 1916/17, S. 403 f.).

Freilich macht es einen wesentlichen Unterschied, ob die psychoanalytische Methode auf die Kulturgeschichte angewandt oder als therapeutische Tätigkeit ausgeübt wird, denn der Patient kommt zum Analytiker in der Erwartung auf Besserung und Heilung seines Leidens. Der Analytiker übernimmt mit seiner Therapie eine Verantwortung, die bei Interpretation in der

Mythologie oder anderen Anwendungen der psychoanalytischen Methode nicht entsteht. Vor allem aber ist der Patient ein kritischer Zeuge der Tätigkeit seines Analytikers.

1.3 Behandlungsberichte

Protokollierung mit selektiver Schwerpunktsetzung

Bei der Metamorphose von der Krankengeschichte zum Behandlungsbericht rückt der Dialog zwischen Patient und Analytiker so in den Mittelpunkt, daß dessen Protokollierung mit *selektiver* Schwerpunktsetzung höchstes Interesse gewinnt. Freuds literarisch anregende Darstellung des Rattenmannes, die neuerdings von Mahony (1986) sprachwissenschaftlich interpretiert wurde, verdankt ihren Reichtum an Details den täglichen Notizen, die Freud abends aus dem Gedächtnis niederzuschreiben pflegte. Den Rattenmann betreffende Protokolle wurden erstmals 1955 im Band 10 der *Standard Edition* der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Als Zetzel anlässlich der Vorbereitung eines Referats nicht mehr zu den *Collected Papers* sondern zur *Standard Edition* griff, fand sie die bis dahin weithin unbekannt gebliebenen Protokolle Freuds, die besonders bezüglich seiner Behandlungstechnik aufschlußreich sind, aber auch wichtige Ergänzungen zur Entstehungsgeschichte der Symptomatik geben. In Freuds Notizen finden sich nämlich über 40 Hinweise auf eine hoch ambivalente Mutter-Sohn-Beziehung, die in der 1909 veröffentlichten Krankengeschichte nicht adäquat berücksichtigt wurden (Zetzel 1966). Freud selbst notierte: "Nachdem ich ihm die Bedingung genannt, meint er, er müsse mit seiner Mutter sprechen" (Freud 1987, S. 509). In der Krankengeschichte wird diese wichtige Reaktion des Patienten nicht erwähnt.

Seitdem diese Protokolle bekanntgeworden sind, haben außer den bereits genannten Autoren auch Shengold (1971) und Holland (1975) die Krankengeschichte des Rattenmannes reinterpretiert.

Wie alle Psychoanalytiker, so hat auch Freud unter leitenden Gesichtspunkten, d. h. selektiv protokolliert und aus seinen Notizen eine Auswahl getroffen. Am Einzelfall wollte Freud typische Verknüpfungen und Abläufe des seelischen Lebens beispielhaft erläutern. Freuds Aufzeichnungen zum Rattenmann haben deshalb Aufsehen erregt, weil sich der Gründer der Psychoanalyse weder damals noch später eng an jene behandlungstechnischen Empfehlungen hielt, die schließlich in das psychoanalytische Regelsystem aufgenommen wurden. Wie wir bereits eingangs ausgeführt und im Grundlagenband begründet haben, kann die Lösung behandlungstechnischer Probleme freilich nicht in der Rückkehr zu Freuds unorthodoxer Behandlungsführung gefunden werden.

Ein tiefgreifendes Zeichen des Wandels sehen wir darin, daß bei der Protokollierung kurzer oder längerer Behandlungsabschnitte dem dyadischen Erkenntnisprozeß mehr Aufmerksamkeit zugewendet wird. Dieser Stilwandel in der Berichtsform, zu dem bedeutende Psychoanalytiker aller Schulrichtungen beigetragen haben, ist Ausdruck eines Umdenkens, das der Theorie der Technik und ihrer Prüfung in der analytischen Praxis Eigenständigkeit verleiht.

Unterschiede zwischen Krankengeschichte und Behandlungsbericht

Um eine Krankengeschichte im Sinne einer Rekonstruktion der Entstehungsbedingungen überzeugend schreiben zu können, müssen andere Kriterien erfüllt sein als bei der Darstellung

eines Behandlungsberichts. Bei Behandlungsberichten steht die Feststellung von Veränderung und der Bedingungen, die diese zu Wege gebracht haben, im Mittelpunkt. Freud konnte sich damit begnügen, relativ grobe Unterscheidungen zu treffen, die vieles der nachfolgenden Forschung überließen. Aus heutiger Sicht können Freuds Krankengeschichten weder als Vorbild für eine Rekonstruktion der Entstehungsbedingungen gelten, noch eignen sie sich als Paradigma für die Protokollierung psychoanalytischer Behandlungen. Viel zu umfassend ist die Aufgabe, die günstigsten Veränderungsbedingungen zu schaffen sowie deren Auswirkungen zu untersuchen. Für eine hypothesenprüfende ätiologische Forschung sind Leistungen zu erbringen, die den einzelnen Analytiker überfordern. Edelson (1988) hat unter dem Eindruck der Kritik durch Grünbaum (1984) ein ideales Muster entworfen, nach dem heutzutage eine Krankengeschichte und ein Behandlungsbericht geschrieben werden müßten, um der Hypothesenprüfung genügen zu können; ein praktisches Beispiel hat er jedoch nicht geliefert.

Es gibt keine Krankengeschichte Freuds, aus der der Leser nicht auch einige Einblicke in seine Technik gewinnen könnte. Obwohl der Schwerpunkt aller Freudschen Krankengeschichten in der Rekonstruktion der Entstehungsgeschichte der jeweiligen Neurose liegt, mit dem Ziel, allgemeine Gesetzmäßigkeiten zu finden, gibt Freud auch Beispiele für therapeutische Interventionen, z. T. in wörtlicher Wiedergabe. Wir empfehlen, bei der Lektüre der Freudschen Krankengeschichten jeweils zur kritischen Anleitung ein repräsentatives Buch aus der Sekundärliteratur heranzuziehen.

Krankengeschichten und Behandlungsberichte nach Freud

Die nach-freudsche Entwicklung der Krankengeschichten- und Behandlungsberichtschrift zeichnet sich immerhin durch einen quantitativ belegbaren Zuwachs an umfangreichen Fallberichten aus (Kächele 1981). Unverkennbar ist über die letzten Jahre die wachsende Tendenz, daß immer mehr Analytiker ihre Praxis dem Leser zugänglich machen, was bei entsprechender Aufbereitung die kritische Auseinandersetzung innerhalb der Berufsgemeinschaft auf eine sachliche Basis zu stellen vermag.

Vignetten

Allerdings finden wir immer noch in der psychoanalytischen Literatur als Stil- und Darstellungsform vorwiegend sog. "Vignetten". In Websters *Dictionary* wird die Vignette durch Geschlossenheit, Subtilität und Feinheit charakterisiert (weiteres hierzu s. bei Thomä u. Hohage 1981). Diese Vignetten dienen der Illustration bestimmter psychodynamischer Zusammenhänge. Gegenüber diesem Schwerpunkt treten die behandlungstechnischen Konsequenzen, also das therapeutische Handeln des Analytikers, in den Hintergrund. Die meisten Vignetten beziehen sich auf Ausschnitte zur Psychogenese, und sie dienen als Beispiele, mit denen der Autor eine umschriebene Rekonstruktion der Entstehung illustriert. Greenson (1973, S. 15) hat auch ältere Standardwerke zur psychoanalytischen Technik, beispielsweise Sharpe (1930), Fenichel (1941), Glover (1955), Menninger u. Holzmann (1977) kritisiert, weil in diesen Lehrbüchern kaum beschrieben wird, wie der Analytiker tatsächlich arbeitet, was er fühlt, denkt und tut. Generell werden Krankengeschichten (case histories) mit einer persuasiven Intention verfasst; sie sollen das Argument des Autors stützen..

Deshalb besteht noch Grund genug, um mit Spillius (1983) - anlässlich ihrer kritischen Übersicht über neuere Entwicklungen der kleinianischen Behandlungstechnik - den Mangel

an repräsentativen Behandlungsberichten tonangebender Analytiker zu beklagen. Überall sind es in erster Linie die Ausbildungskandidaten, die anlässlich ihrer Aufnahme in die Berufsgemeinschaft Fallberichte liefern, die wegen ihrer kompromißhaften Natur von zweifelhaftem Wert sind, wie Spillius zu Recht hervorhebt. Ausnahmen bestätigen diesen Sachverhalt, und wir möchten nicht versäumen, einige Beispiele ins rechte Licht zu rücken.

Beispiel M. Kleins

M. Klein hat kurz vor ihrem Tode einen umfangreichen Behandlungsbericht über die 4 Monate dauernde Analyse (aus dem Jahr 1941) eines 10jährigen Jungen, dem sie den Namen Richard gab, fertiggestellt, der 1961 veröffentlicht wurde:

Wenn ich die folgende Fallgeschichte darstelle, habe ich verschiedene Ziele im Auge. Zuerst möchte ich meine Technik detaillierter illustrieren, als ich es früher getan habe. Die umfassenden Notizen, die ich gemacht habe, ermöglichen es dem Leser, zu beobachten, wie Interpretationen ihre Bestätigung im darauf folgenden Material finden. Die Entwicklung der Analyse von Tag zu Tag und die Kontinuität, die darin deutlich ist, werden sichtbar (1975, S. 15).

Es gibt kaum ein Behandlungsbericht, in dem die theoretischen Annahmen des Analytikers so klar in ihrer handlungsbestimmenden Funktion ersichtlich werden, wie in dieser Falldarstellung, die alle 93 Sitzungen ausführlich wiedergibt. Neben den Besprechungen von Geleerd (1963) sowie Segal u. Meltzer (1963) liegt auch eine gründliche Studie von Meltzer (1978) vor, die eine detaillierte Aufarbeitung des Verlaufs enthält.

Beispiel Winnicotts

Ebenfalls posthum ist von Winnicott (1972) ein umfangreicher Fallbericht als "Fragment einer Analyse" in einem von Giovacchini (1972) herausgegebenen Sammelband erschienen. Im Hinblick auf die Problemstellung dieses Kapitels ist die Vorgeschichte dieses Fallberichts allein schon bemerkenswert.

1954 hielt Winnicott einen Vortrag über die Behandlung eines schizoiden Mannes, der in der Analyse Zustände der Entrückung erlebte. In der schriftlichen Fassung des Vortrags, die deutsch 1956 erschien, war folgender Hinweis enthalten: "Zufällig habe ich über die letzten vier Monate dieses Teils [der Therapie] einen wörtlichen Bericht gemacht, der zur Verfügung steht, falls jemand es wünscht, die seitherige Arbeit mit dem Patienten nachzulesen" (1956, S. 207).

Die dialogische Natur des Gedankenaustauschs zwischen diesem Patienten und Winnicott irritierte die französische Analytikerin A. Anzieu (1977, S. 28), weil die Deutungsfreudigkeit Winnicotts es nicht zulasse, die Rede des Patienten zu vernehmen. Im Einflußgebiet Lacans sind Analytiker oft extrem schweigsam, was u. a. auch von Lang (1986) kritisiert wird. Allerdings gibt es von Lacan selbst keine klinischen Studien, und empirische Untersuchungen, insbesondere linguistischer Art, die bei seinen speziellen Thesen nahelägen, fehlen ganz. Dem verschrifteten diagnostischen Interview, das zwischen Lacan (1980) und einem psychotischen Patienten stattfand und aufgenommen wurde, können wenig Hinweise auf Lacans Behandlungsführung entnommen werden; die psychopathologischen Symptome des Patienten wurden nur durch fortgesetztes Fragen in traditioneller Weise exploriert.

Beispiel Dewalds

Hierzu kontrastiert die Darstellung eines psychoanalytischen Prozesses durch den US-amerikanischen Analytiker Dewald (1972), der sich wie Wurmser (1987) auf mitstenographierte Stundenprotokolle stützt, was Lipton (1982) eine vorzügliche Basis für seine Kritik an Dewalds Behandlungstechnik lieferte (s. hierzu Grundlagenband Kap. 9).

Der „Pulver Test“

Ein exemplarisches Beispiel vermittelt auch eine Diskussion, die Pulver (1987) unter dem Titel "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study" herausgegeben hat. Basis der Diskussion sind die Aufzeichnungen durch den Analytiker (Silverman), der seine Gedanken und Gefühle neben den gegebenen Deutungen und den Reaktionen der Patientin während 3 Sitzungen protokolliert hat. Dieses klinische Material wurde von 10 Analytikern, namhaften Vertretern der verschiedenen psychoanalytischen Richtungen, beleuchtet. Shane u. Pulver (1987) faßten das Ergebnis der Diskussion zusammen, in der selbstverständlich jeder von seiner persönlichen Sichtweise ausging. Der behandelnde Analytiker selbst, Silverman, ist als Vertreter der Strukturtheorie ausgewiesen.

Nach einer ersten Evaluierung des Materials durch Brenner (Strukturtheorie), Burland (Entwicklungspsychologie à la Mahler), Goldberg (Selbstpsychologie) und Mason (Kleinianische Perspektive) stellt Shane (1987) resignierend fest:

Wir kommen nicht umhin festzuhalten, daß jeder Diskussionsteilnehmer wichtige diagnostische Merkmale findet, die am besten durch seinen eigenen theoretischen Bezugsrahmen erklärt werden können . . . Ich würde sagen, daß die Verschiedenheit der Meinungen bezüglich der Diagnose und der Psychodynamik dieser Patienten nahelegen dürfte, daß die eigene theoretische Haltung andere Überlegungen überrollt. Die Darlegungen zeigen eindrücklich, daß jede Theorie sehr überzeugend klingen kann, was ein absolutes Urteil fast unmöglich und die persönliche Wahl unvermeidbar macht (S. 199, 205).

Auch Schwaber (1987, S. 262) zeigt überzeugend auf, welchen häufig geradezu deformierenden Einfluß die von den Diskutanten verwendeten Modelle bereits auf die Erhebung der Daten haben. Deshalb plädiert sie für eine angemessene Verwendung theoretischer Vorentwürfe.

Die moderne Wissenschaft lehrt uns, daß die Beteiligung des Beobachters ein essentielles und faszinierendes Element der Daten ist. Ich plädiere nicht für ein atheoretisches Vorgehen, selbst wenn dies möglich wäre. Statt dessen empfehle ich zu beachten - welche Theorie wir auch immer vertreten -, daß wir Gefahr laufen, mit ihrer Hilfe die Untersuchung vorzeitig zu beenden, anstatt sie fortzusetzen, daß wir eher Antworten finden als neue Fragen aufzuwerfen . . . Unsere Modelle sind nicht einfach austauschbar, nur eine Frage des persönlichen Geschmacks. Wir müssen das Modell finden, das die Daten am besten erklärt und unseren Horizont erweitert (1987, S. 274, 275).

Diese kritischen Einblicke in eine laufende Behandlung beleuchten die vielfältigen Probleme, die durch Mitwirkung unbeteiligter Dritter, seien es Fachleute, Wissenschaftler anderer Disziplinen oder Laien, deutlich werden. Es liegt deshalb auf der Hand, daß sich Pulver (1987) besonders mit der Frage der Protokollierung befaßt.

Er begrüßt die Offenheit des berichtenden Analytikers enthusiastisch. Es ist in der Tat bemerkenswert, daß es noch immer besondere Anerkennung verdient, wenn ein Analytiker in seinem Protokoll - während oder nach der Sitzung erstellt - genau festzuhalten versucht, was der Patient mitgeteilt hat und was er selbst gefühlt, gedacht und gesagt hat - wohl wissend, daß dieses Protokoll die Grundlage einer Diskussion mit Kollegen aus anderen psychoanalytischen Schulen und Richtungen bilden wird. Streeck (1994a) hat diesen

Untersuchungsansatz repliziert und erneut gezeigt, wie stark Hintergrundsannahmen die Sichtweisen auf konkrete Protokolle strukturieren (Streeck 1994b).

Wachsende professionelle Öffentlichkeit

Psychoanalytiker zeigen allmählich eine größere Bereitschaft, sich von Kollegen in die Karten schauen zu lassen; dies hat mehrere Gründe. Zweifellos geht die Psychoanalyse durch eine Phase der Demystifizierung und Entzauberung, zu der sie selbst wesentlich beigetragen hat, von der sie aber selbst weithin ausgespart blieb. Freud wurde zur mythischen Gestalt. Es ist deshalb kein Zufall, daß eine breite Öffentlichkeit alles geradezu gierig aufnimmt, was frühere Analysanden über Freuds Praxis mitteilen. So läßt sich die in einem Titel von Momogliano zum Ausdruck gebrachte rhetorische Frage - "Was Freud a Freudian?" - klar beantworten: "Freud war kein orthodoxer Freudianer" (Momogliano 1987).

Die Scheu vor der Öffentlichkeit ist in den letzten Jahrzehnten so zurückgegangen, daß auch Analysanden, seien es Patienten oder angehende Analytiker, über ihre eigenen Behandlungen in der einen oder anderen Form berichten (D. Anzieu 1986; Guntrip 1975). Neben den weithin bekannten Berichten und Tagebüchern von Anais Nin (1966), Marie Cardinale (1975), Hannah Green (1973), Dörte v. Drigalski (1979) und Tilmann Moser (1974, 1976, 2004) gibt es auch gemeinsam publizierte, unabhängig voneinander entstandene Behandlungsberichte, beispielsweise von Yalom u. Elkin (1974). Hier wird mit dem alten Motto ernstgemacht: Audiatur et altera pars. Man macht es sich zu leicht, wenn man solche autobiographischen Dokumente von unterschiedlicher schriftstellerischer Qualität auf erlittene Kränkungen, auf eine nicht verarbeitete negative Übertragung oder auf ein Übermaß an Exhibitionismus und Narzißmus zurückführt.

Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten bei Vergleichen in der Therapieforschung

Zu diesen Veränderungen des psychoanalytischen Binnenklimas, die eine Demystifizierung der Psychoanalyse eingeleitet haben, trägt auch in zunehmendem Maße eine systematisch angelegte psychoanalytisch inspirierte empirische Therapieprozessforschung bei (siehe z. B. Masling 1982, 1986; Dahl et al. 1988; Miller et al. 1993; Shapiro u. Emde 1995; Bucci 2005). Dadurch werden weitere Veränderungen bewirkt, denen wir einen hohen Stellenwert beimessen. Denn trotz der vorliegenden katamnestic Studien (s. 9.11) wird in der klinischen Literatur immer noch relativ naiv argumentiert. So wird auch in der oben zitierten Veröffentlichung von Pulver daran festgehalten, daß die besonders erfahrenen Analytiker mit hoher Reputation trotz divergenter Auffassungen über einen Fall jeweils in gleicher Weise erfolgreich seien. Tatsächlich waren aber die von Silverman vorgestellten Stunden einem recht ungünstigen Behandlungsverlauf entnommen, so daß es auf die kollegiale Rücksichtnahme zurückzuführen sein dürfte, daß die protokollierten Stunden nicht auf die kurativen Faktoren hin untersucht wurden. Freilich ist noch unklar, wieviele der allgemeinen und speziellen Faktoren, die aufgrund der Ergebnisse der Therapieforschung als kurativ gelten (Kächele 1988), sich im einzelnen Fall qualitativ und quantitativ ergänzen müssen, um zu wesentlicher Besserung oder Heilung zu führen. So könnte es durchaus sein, daß die Wirksamkeit von psychodynamischen Therapien eher durch ihre Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten bezüglich einiger Grundeinstellungen als durch die Verschiedenheit der Auffassung über den Inhalt von Deutungen zustande kommt. Joseph (1979) führt einige dieser Grundannahmen auf und nennt unbewußte Prozesse, Widerstand, Übertragung, freie Assoziation, die genetische Ableitung von Problemen, die therapeutischen Bemühungen zu

verstehen und zu interpretieren und die Annahme von Konflikten. Pulver geht noch weiter, wenn er die Meinungsverschiedenheiten der Diskutanten eher als scheinbare denn als reale bezeichnet.

Die Therapeuten sagen vielleicht im wesentlichen das gleiche zu den Patienten, wenn auch in verschiedenen Worten. Sobald sich Patienten an die Sprache ihres Therapeuten gewöhnt haben, *fühlen sie sich* tatsächlich *verstanden*. Beispielsweise könnte diese Patientin, die ein unaussprechliches Gefühl der Beschädigung hatte, sich von einem Kleinianer *verstanden* fühlen, der über ihren Penisneid spricht, ebenso wie von einem Selbstpsychologen, der ihr Gefühl der Fragmentierung in Worte kleidet, wie schließlich von einem Strukturtheoretiker, der sich auf ihre Kastration bezieht (1987, S. 298; Hervorhebungen im Original).

Pulver nimmt also an, daß diese Patientin Einsichten gewonnen haben könnte, die zwar in verschiedenen Terminologien ausgedrückt werden, aber nur metaphorische Spielarten der gleichen Prozesse darstellen. Ähnlich hat Joseph (1984) argumentiert, indem er auf unbewußte Verknüpfungen aufmerksam machte; beispielsweise berührt ein Gespräch über Angst und Verlust sowohl die unbewußte präödpale Trennungsangst als auch die Kastrationsangst. Tatsächlich fallen jedem Menschen zum Stichwort Verlust viele Erlebnisse ein, die miteinander verwandt sein können und doch zu sich voneinander unterscheidenden Subgruppen gehören. Deshalb ist es sicher nicht gleichgültig oder beliebig, welches Narrativ in einer Behandlung entsteht (Spence 1982, 1983; Eagle 1984). Gewiß ist es wesentlich, daß sich die beiden Beteiligten, der Patient und der Analytiker, gelegentlich auf einen Sachverhalt einigen. Doch geht es keineswegs darum, ein beliebiges "Sprachspiel" zu (er)finden, das als Metapher alles verknüpft. Schließlich möchte der Patient von seinen Defekten geheilt werden. Er möchte seine speziellen Konflikte und ihre unbewußten Wurzeln nicht nur erkennen, sondern auch meistern. Nicht zuletzt sind die eintretenden Veränderungen als Erfolge oder Mißerfolge empirisch als Sachverhalte auch von Dritten festzustellen.

Aspekte einer Theorie der Therapie

Die in der psychoanalytischen Situation auftretenden Phänomene können, wie Eagle überzeugend aufgezeigt hat, besonders zu einer Theorie der Therapie beitragen, d. h.

... zum Verständnis der Beziehung zwischen bestimmten Operationen und Interventionen und dem Eintreten oder Nichteintreten bestimmter spezifischer Veränderungen. Ich halte es für eine Ironie, daß psychoanalytische Autoren klinische Daten für nahezu jeden Zweck zu verwenden versuchen, außer dem einen, für den sie am besten geeignet sind - der Bewertung und dem Verständnis der Veränderung durch Therapie (1988, S. 209).

Aus heutiger Sicht sind *bloße Zusammenfassungen* von Behandlungsverläufen schon wegen ihrer Unvollständigkeit für die wissenschaftliche Beweisführung problematisch geworden. Zugleich liegt es in der Natur der Sache, daß Vollständigkeit nicht erreicht werden kann. Aber eine wesentliche Forderung kann heute erfüllt werden, nämlich die Dokumentation auf der Beobachtungsebene wenigstens dort detailliert zu betreiben, wo Verallgemeinerungen erfolgen.

Mitscherlichs Schema

Das von Mitscherlich eingeführte Schema der systematischen Krankengeschichte war ein früher Versuch in dieser Richtung, auch wenn nur wenige Krankengeschichten dieser Art geschrieben wurden (Thomä 1954, 1957, 1961, 1978; de Boor 1965). Wesentlich war die Forderung nach Begründung für die klassifikatorische Abstraktion und Begriffsbildung. Ähnliches wurde durch den Hampstead-Index versucht, um eine Klärung zentraler

psychoanalytischer Begriffe durch eine systematische Dokumentation zu ermöglichen (Sandler 1962; Bolland u. Sandler 1965). Als Muster hatte die systematische Krankengeschichte hohen didaktischen Wert, weil sie in der Phase des Spezifitätsdenkens in der Psychosomatik die Reflexion förderte und durch Systematisierung den Vergleich erleichterte. Zukünftige Entwicklungen waren im Schema angelegt, von denen wir jene nennen möchten, die wir mitvollzogen oder später verwirklicht haben: Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung in Diagnostik und Therapie wurde von A. Mitscherlich durch die Übernahme des Interviewschemas der Tavistock Clinic auch für die Dokumentation unterstrichen. In der psychotherapeutischen Verlaufsbeschreibung rückte die Veränderung von Symptomen in Abhängigkeit von den Interventionen des Analytikers in den Mittelpunkt.

Interpretation

Über die behandlungstechnischen Seiten der Interpretation und der Frage hinausgehend, was wann wie zu interpretieren sei, befaßte sich Bernfeld (1941) in origineller Weise mit dem Thema der wissenschaftlichen Gültigkeit und dem Wahrheitsgehalt von Deutungen. Dieses Problem ist in den 50er Jahren durch die Veröffentlichungen von Glover (1952), Kubie (1952) und Schmidl (1955) aufgegriffen worden.

Die an der Heidelberger Psychosomatischen Universitätsklinik und in Kooperation mit den Mitarbeitern des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt - beide Institutionen wurden seinerzeit von A. Mitscherlich geleitet - Mitte der 60er Jahre durchgeführten Untersuchungen von Deutungsaktionen hatten das ehrgeizige Ziel, zu einer Validierung der Theorie, die dem therapeutischen Handeln des jeweiligen Analytikers zugrunde lag, zu gelangen. Wesentliche Anregungen zu diesem Versuch gingen von Balints Gestaltung behandlungstechnischer Seminare aus, die den Überlegungen des Analytikers vor einer gegebenen Deutung ebenso viel Bedeutung beimaß wie der Reaktion des Patienten (Thomä 1996).

Protokollierung des gedanklichen Hintergrundes

Um den vielfältigen Überlegungen während der gleichschwebenden Aufmerksamkeit gerecht zu werden, empfahl Balint, auch das bloß Gedachte im Sitzungsrückblick zu vermerken. Die Protokollierung dessen, was der Analytiker neben der tatsächlich vollzogenen Intervention erwogen hatte, und Mitteilungen über den emotionalen und rationalen Entstehungszusammenhang von Deutungen bildeten einen wichtigen Zwischenschritt. Anhand dieser Aufzeichnungsform wurde evident, wie wesentlich es ist, den Patienten am gedanklichen Hintergrund von Interventionen, speziell von Deutungen, des Analytikers teilhaben zu lassen. Hierbei handelt es sich um einen alten Erfahrungsschatz, den schon Freud (1940 a, S. 103) zum Ausdruck gebracht hatte. Er betonte, daß man den Patienten zum *Mitwisser* an den Konstruktionen, d. h. an der Entstehung und Begründung der ihn betreffenden Deutungen machen müsse. Nach den uns heute vorliegenden Zeugnissen hat er seine Patienten tatsächlich ausführlich mit dem gedanklichen Hintergrund, also mit dem Kontext gegebener Deutungen vertraut gemacht. In nicht wenigen Fällen zerlegt sich nach Freud die Analyse in 2 deutlich gesonderte Phasen.

In einer ersten verschafft sich der Arzt die notwendigen Kenntnisse vom Patienten, macht ihn mit den Voraussetzungen und Postulaten der Analyse bekannt und entwickelt vor ihm die Konstruktion der Entstehung seines Leidens, zu welcher er sich aufgrund des von der Analyse gelieferten Materials berechtigt glaubt. In einer zweiten Phase bemächtigt sich der Patient selbst des ihm vorgelegten Stoffes, arbeitet an ihm, erinnert von dem bei ihm angeblich Verdrängten, was erinnert werden kann, und trachtet, das andere in einer Art von Neubelebung zu wiederholen. Dabei kann er die Aufstellungen des Arztes bestätigen, ergänzen und richtigstellen. Erst während dieser

Arbeit erfährt er durch die Überwindung von Widerständen die innere Veränderung, die man erzielen will, und gewinnt die Überzeugungen, die ihn von der ärztlichen Autorität unabhängig machen (1920 a, S. 277-278).

Die hierbei aufkommende Gefahr der Intellektualisierung kann durch die Art der Gesprächsführung vermieden werden. Die Begründung des gedanklichen Zusammenhangs von Deutungen hat i. allg. auf der Seite des Patienten ein starkes affektives Echo. Diese zusätzlichen Informationen geben dem Patienten die Möglichkeit, sich kritisch mit der Gedankenwelt des Analytikers auseinanderzusetzen. Der Entscheidungsspielraum des Patienten bei der Übernahme von Ansichten des Analytikers wird größer, und die geheimnisvolle Rolle des Analytikers wird durchsichtiger. Auch die genauere Untersuchung dessen, was als Identifizierung des Patienten mit den Funktionen des Analytikers bezeichnet wird (s. 2.4), ist davon abhängig, daß die Austauschprozesse ausführlich dokumentiert werden.

Wirksamkeit von Deutungen und Wahrheit von Theorien

Thomä u. Houben (1967) versuchten, durch die Untersuchung von Deutungsaktionen sowohl wesentlichen Aspekten der Behandlungstechnik des jeweiligen Analytikers und deren theoretischer Begründung als auch - über die Erfassung der Reaktionen des Patienten - der therapeutischen Wirksamkeit auf die Spur zu kommen. Die Probleme der *Wirksamkeit* von Deutungen und der *Wahrheit* von Theorien wurden uns bei diesen Untersuchungen langsam deutlich.

Zur systematischen Untersuchung von Deutungsaktionen entwarfen wir, einen Vorschlag Isaacs (1939) aufgreifend, ein *Berichtsschema*. Das Schema fordert den protokollierenden Psychoanalytiker auf, die Stellung der gegebenen Deutungen zwischen Beobachtung und Theorie zu kennzeichnen sowie die Reaktionen zu beschreiben. Behandlungsperioden werden nach folgenden Punkten aufgegliedert:

- a) Assoziationen, Verhaltensweisen, Träume des Patienten, die den Analytiker veranlaßt haben, eine bestimmte Thematik in einer Periode zur Durcharbeitung ins Auge zu fassen (*psychodynamische Hypothese*);
- b) Überlegungen des Analytikers neurosentheoretischer und technischer Art, die den einzelnen Deutungen vorausgegangen sind;
- c) angestrebtes Ziel der Deutung;
- d) Formulierung der Deutung;
- e) unmittelbare Reaktion des Patienten;
- f) alle weiteren Deutungen des Analytikers und Reaktionen des Patienten (Assoziationen, Verhaltensweisen, Träume, Wechsel in Stimmung und Gefühlslage usw.), die für das durchzuarbeitende Thema relevant zu sein scheinen;
- g) inwieweit wurde das gesteckte Ziel erreicht?
- h) Hinweis auf Material, das nicht im Einklang mit den Hypothesen steht.

Im Laufe dieses Projekts wurde klar, daß man sich bei der Frage der Validierung im komplexen Feld der Verlaufs- und Ergebnisforschung bewegt, dessen Bewältigung unsere Möglichkeiten damals weit überschritt. Das Berichtsschema ist aber nach wie vor gut geeignet, um die klinische Diskussion mit wesentlichen Informationen zu versehen. Es ist für den behandelnden Analytiker ungemein fruchtbar, wenn er sein therapeutisches Denken und Handeln so protokolliert, daß dem Dritten eine alternative Betrachtungsweise erleichtert oder ermöglicht wird. Ein Beispiel hierfür geben wir in Kap. 8. Um die klinische Forschung voranzubringen und die psychoanalytische Praxis wissenschaftlich besser absichern zu können, sind Klärungen erforderlich, die wir besonders in Kap. 10 des Grundlagenbands zusammengefaßt haben.

Wegen unseres besonderen Interesses für die Wirkung von Deutungen haben wir seinerzeit in den Protokollen die Aspekte der Beziehung vernachlässigt. Der Verlust des

emotionalen Kontextes, der den Hintergrund bildet, läßt Deutungen und Reaktionen weit kopflastiger erscheinen, als es der Wirklichkeit entspricht. Erleben und Einsicht, Deutung und Beziehung, verbale und averbale Seiten des Dialogs sind wechselseitig aufeinander bezogen (Thomä 1983 a, s. auch Grundlagenband 8.6). Bei der Entstehung von Deutungen und deren Rekonstruktion gelangt man auch in die Tiefen der Gegenübertragung. Darüber läßt sich leichter sprechen als schreiben.

Bewertung

In beiden hier nur exemplarisch beleuchteten Versuchen der Erstellung von Behandlungsberichten geht es darum, eine möglichst naturgetreue Abbildung dessen zu gewinnen, was der Analytiker in der Gegenwart seines Patienten fühlt, denkt und tut. Schon Glover (1955) hat besonderen Wert darauf gelegt, daß der Analytiker protokolliert, was er dem Patienten gesagt hat. Denn viele der sogenannten Narrative sind, wie Spence (1986) kritisiert hat, als typische Erzählungen vom Psychoanalytiker nach verkappten psychodynamischen Gesichtspunkten konstruiert, ohne daß der Beitrag des Analytikers besonders im Hinblick auf Verlauf und Ergebnis ausreichend erkenntlich würde.

Die hier skizzierte Entwicklung wurde schließlich für die Verlaufs- und Ergebnisforschung, aber auch für die Weiterbildung durch die Tonbandaufzeichnung von Analysen auf eine sichere Ausgangsbasis gestellt (Thomä u. Rosenkötter 1970; Kächele et al. 1973). Fast 30 Jahre nach der Einführung der *systematischen Krankengeschichte* erweist sich die *systematische Einzelfallstudie* als zeitgemäßes Verfahren. Die Methodologie solcher Studien steht seit geraumer Zeit im Mittelpunkt der Diskussion (Bromley 1986; Petermann 1982; Stuhr u. Denecke 1993). Durch Einzelfallstudien können die heutigen Ansprüche an die hypothesenprüfende Forschung in der Psychoanalyse befriedigt werden (Thomä u. Kächele 2006c).

1.4 Dem Dialog auf der Spur - Tonbandaufzeichnung und Verschriftung

Es ist zweckmäßig, die Anwendung technischer Hilfsmittel sorgfältig zu bedenken. Zwar wird bei Tonbandaufzeichnungen der Dialog vollständig erfaßt; Gedanken und Gefühle, die unausgesprochen bleiben oder den sprachlosen Raum von Stimmungen und Affekten erfüllen, entgehen jedoch diesem technischen "dritten Ohr" (Meyer 1988). Es erübrigte sich, darauf eigens hinzuweisen, wenn diesem Mangel nicht ein so großes Gewicht in der Diskussion gegeben würde. Immerhin kann man beim Lesen von Transkripten und noch mehr beim Anhören der Originaldialoge vom Ton, der die Musik macht, weit mehr hören als bei Veröffentlichungen, die sich auf Protokolle stützen. Beim Protokollieren während der Sitzung kann die Aufmerksamkeit abgelenkt werden, während das stichwortartige Niederschreiben nach der Sitzung, das Freud empfohlen hat, zu einer stärkeren Selektion führt. In der Auswahl der beschriebenen Phänomene folgt der Analytiker seinen subjektiven theoretischen Gesichtspunkten, und wer nimmt schon gerne zur Kenntnis, wenn eigene Erwartungen und Annahmen widerlegt werden! Nicht nur Patienten ziehen aus der Bestätigung Lebensfreude und Hoffnung. Die hypothesenprüfende Forschung belastet die Psychotherapeuten, weil sie klinisch erarbeitete Überzeugungen in Frage stellen muß (Bowlby 1982). Deshalb teilen wir dieses Geschäft gern mit kooperierenden Wissenschaftlern, die an der Therapie nicht unmittelbar mitwirken.

Die „Ulmer Textbank“

Mit der Übernahme des Lehrstuhls für Psychotherapie 1967 in Ulm begann der Seniorautor mit Tonbandaufzeichnungen psychoanalytischer Behandlungen; in den folgenden Jahren wurde durch viele weitere von ihm und einigen seiner Mitarbeitern aufgezeichnete Therapien ein Fundus psychoanalytischer Behandlungsprotokolle angelegt, der als "Ulmer Textbank" in der Zwischenzeit einer großen Zahl von Wissenschaftlern im In- und Ausland zur Verfügung gestellt wird (Mergenthaler 1986; Mergenthaler u. Kächele 1993).

Es hat Jahre gedauert, bis wir die ungemein günstigen Auswirkungen des Anhörens von Dialogen und des Lesens von Verbatimprotokollen auf die eigene Praxis so zu schätzen lernten, daß sich alle unsere früheren Bedenken aufgelöst haben. Der Kampf, die entsprechenden technischen Hilfsmittel in die analytische Sitzung einzuführen, wurde 1933 von E. Zinn begonnen (Shakow u. Rapaport 1964, S. 138); er ist zwar noch nicht beendet, aber immerhin ließ McLaughlin beim Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Helsinki (1982) erstmals positiv anklingen, welche Möglichkeiten sich durch auf Tonband aufgezeichnete Analysen auch für die psychoanalytische Ausbildung und Praxis eröffnen.

Zustimmung des Patienten und Einfluss auf den psychoanalytischen Prozess

Im Unterschied zu dem von C. Rogers (1942) früh eingesetzten Gebrauch von Tonbandaufzeichnungen wurden in der Psychoanalyse diese vielfältigen Möglichkeiten aus verschiedenen Gründen lange nicht wahrgenommen. Im Mittelpunkt vieler Bedenken stand die Sorge, daß die Anwesenheit eines Tonbandgeräts sich so auswirken könnte wie die Präsenz eines Zuhörers: daß der Patient verstummen würde, "sobald er einen einzigen, ihm indifferenten Zeugen bemerkte" (Freud 1916/17, S. 10). Nun ist längst bekannt, daß Patienten

mit wenigen Ausnahmen bereitwillig ihre Zustimmung dazu geben, daß das Gespräch aufgenommen, in Fachkreisen diskutiert oder wissenschaftlich ausgewertet wird. Nicht selten versprechen sich Patienten zu Recht einen therapeutischen Gewinn davon, wenn ihr Analytiker sich besonders intensiv mit ihnen befaßt. Freilich ist die initiale Zustimmung des Patienten und seine Motivation nur eine Seite; die andere und entscheidende Frage ist jene nach den Auswirkungen der Tonbandaufnahme auf den psychoanalytischen Prozeß. Da es schlechterdings unmöglich ist, denselben Patienten zweimal, einmal mit und ein anderes Mal ohne Tonbandaufnahme der Gespräche zu behandeln, ist es ausgeschlossen, zwischen 2 psychoanalytischen Prozessen desselben Patienten einen Vergleich anzustellen. Trotzdem läßt sich inzwischen mit einer großen Zahl tonbandaufgezeichneter Psychoanalysen argumentieren, bei denen kein systematischer negativer Effekt bekannt wurde. Da wir uns nicht mit dem sog. Playback-Verfahren befassen, machen wir auf eine Veröffentlichung von Robbins (1988) aufmerksam. Besonders schwer gestörte Patienten gelangen zu einer therapeutisch wirksamen "Selbstobjektivierung" (Stern 1970), wenn sie selbst das aufgezeichnete Gespräch abhören und die dabei gewonnenen Erfahrungen durcharbeiten können.

Effekte des Aufzeichnens

Wir betrachten die einmal verabredete Aufnahme des Gesprächs als permanente Rahmensetzung, auf deren Hintergrund alles, was geschieht, interpretiert wird. Es ist selbstverständlich, daß der Patient seine Zustimmung zur Tonbandaufnahme widerrufen kann. Wir werden hierfür unter 7.5 dieses Bandes auch kasuistische Beispiele geben, die zeigen, daß es nicht nur möglich, sondern sehr fruchtbar ist, wenn die mit der Aufzeichnung verbundenen Vorfälle genau analytisch untersucht werden. Jedenfalls nimmt der psychoanalytische Prozeß nach unseren eigenen Erfahrungen und nach der einschlägigen Literatur i. allg. einen Verlauf, bei dem das Tonband schließlich die möglichen unbewußten Bedeutungen ebenso verliert wie das Liegen auf der Couch: Über-Ich-Funktionen können beispielsweise nur solange dem Tonband zugeschrieben und auf die Sekretärin (als bestrafende Mutter) projiziert werden, solange Bestrafungserwartungen virulent sind. Auch Größenvorstellungen, für die sich ein Patient schämt und von denen er befürchtet, daß sie trotz Anonymisierung bekannt werden könnten, verlieren ihre beunruhigende Kraft im Laufe einer Analyse.

Bei Licht besehen und nach gehöriger Durcharbeitung wird vieles einfach und menschlich, was zunächst von einzigartiger persönlicher Dramatik zu sein scheint. Dennoch ist kein psychoanalytischer Dialogtext oberflächlich, wiewohl viele Leser überrascht zum Ausdruck bringen, wie wenig ein bloßer Text aussage. Deshalb wird gelegentlich bezweifelt, ob die Verfügbarkeit von Verbatimprotokollen Neues erbringt. Immerhin, der behandelnde Analytiker ist häufig erstaunt, wenn er vom Tonband seine eigene Stimme hört oder dem Transkript entnehmen muß, daß seine Deutungen weit von dem entfernt sind, was sie nach den Lehrbüchern zu sein haben: *clare et distincte*.

Auseinandersetzung des Analytikers mit den Aufzeichnungen

Es ist bemerkenswert, wieviele Probleme ein Analytiker zu bewältigen hat, wenn er die Daten seiner Praxis, in diesem Fall den verschrifteten Dialog, Kollegen zur Auswertung übergibt. Denn diese bestätigen, mehr oder weniger schonungslos, was auch der Selbsteinschätzung nicht entgehen kann, daß zwischen dem professionellen Ideal-Ich und der Wirklichkeit

erhebliche Diskrepanzen bestehen können. Kein Zweifel: das Tonband ist ein neutraler Empfänger, der weder überhört noch auswählt! L. Kubie, dessen Supervisionen anhand von Tonbandaufnahmen der Hauptautor sehr viel verdankt, beschreibt in folgendem Zitat schmerzliche Erfahrungen, die jeder Psychoanalytiker durchzustehen hat, wenn er mit seinen Äußerungen aus der analytischen Situation direkt konfrontiert wird:

Wenn ein junger Psychiater oder ein erfahrener Analytiker erstmals zuhört, wie er selbst ein Interview oder eine therapeutische Sitzung gestaltet hat, ist dies immer eine überraschende und erhellende Erfahrung. Er spricht so, als wäre er das Echo des Patienten, oder er vernimmt, wie er den Patienten übertönt oder noch mehr flüstert als dieser, immer lauter oder immer leiser wird. Oder er bemerkt, daß er sich wie beim Schaukeln verhält, laut in dem Augenblick, in dem der Patient leise wird und leise, wenn der Patient laut wird. Oder er entdeckt mit Überraschung und Bestürzung in seiner eigenen Stimme einen Anklang unbeabsichtigter Verachtung oder von Sarkasmus oder Ungeduld oder Feindseligkeit oder auch übermäßiger Beruhigung und verführerische Wärme. Oder er hört zum ersten Mal seine bisher unbemerkten ticartigen Geräusche, mit denen er den Gedankenstrom des Patienten unterbricht. Von solchen Daten lernt er selbst und die Gruppe sehr viel bezüglich des Austauschprozesses mit Patienten und was dieser Prozeß in den Kranken in Form automatischen und deshalb schwer beschreibbaren verbalen Rede Verhaltens auslöst. und Psychoanalytiker lernen hierbei die subtilen Tricks des Vergessens und falschen Erinnerns zu beobachten und zu respektieren, denen wir unterworfen sind. In einem Seminar berichtete ein junger Psychiater, daß ein Patient in einem früheren Interview an einem bestimmten Punkt gebeten hatte, das Tonbandgerät möge abgestellt werden, während er über besonders belastende Dinge spreche. Die Gruppe diskutierte die möglichen Motive für diesen Wunsch aufgrund des Wissens über den Patienten aus früheren Seminaren. Um dann die Richtigkeit der spekulativen Annahmen zu prüfen, wurde der Psychiater gebeten, der Gruppe ungefähr 5 min des aufgenommenen Gesprächs vorzuspielen, die der Unterbrechung vorausgegangen waren und dann 5 oder 10 min, nachdem das Gespräch wieder aufgenommen wurde . . . Zur Überraschung des jungen Psychiaters und der ganzen Gruppe entdeckten wir nun beim Zuhören, daß es der Psychiater und nicht der Patient gewesen war, der vorgeschlagen hatte, das Tonbandgerät abzuschalten. Von seiner eigenen Rolle hatte der junge Psychiater nicht die geringste Erinnerung . . . Mehr noch, als wir dem zögernden Sprechen des Patienten zuhörten und dem Wechsel von Geschwindigkeit und Stimmvolumen, der veränderten Stimmlage und dem Einsatz seiner Stimme, wurde es der ganzen Gruppe klar, daß der junge Psychiater ganz intuitiv etwas recht Sinnvolles getan hatte: Er hatte die zunehmende Spannung des Patienten richtig eingeschätzt und hatte dessen Bedürfnis für eine Geste besonderer Rücksicht und Privatheit wahrgenommen. Das Ergebnis war, daß der Patient eine bessere Beziehung als früher herzustellen vermochte, und zwar in einem solchen Umfang, daß der Psychiater sich nun daran erinnerte, daß es der Patient gewesen war, der nach einer relativ kurzen Unterbrechung vorgeschlagen hatte, das Tonbandgerät wieder anzustellen, und der dann offen und ohne Bestürzung weiterhin über die Dinge sprach, über die er vorher so irritiert gewesen war. Die aufschlußreichen Aspekte dieser Episode sowohl für die Daten als auch für Übertragung und Gegenübertragung wurden während des Restes des Seminars in der Gruppe reflektiert und diskutiert. Ohne Tonbandaufzeichnung hätte man dies alles nicht untersuchen können (1958, S. 233).

Es dürfte schwerfallen, sich dieser Geschichte zu entziehen. Sie erschließt einen Kontext der Entdeckung, der die stets latente Gefahr der Verkürzung im verdichteten Bericht beleuchtet.

Vergleich von Tonbandaufzeichnung und Erinnerungsbericht

Es wird oft bemängelt, Transkripte wirkten armselig im Vergleich zu den Erinnerungen, die der Analytiker an die Sitzung hat und die beim Lesen des Textes durch ihn sofort belebt werden. Es ist also der reiche emotionale und kognitive Kontext, der den einzelnen Mitteilungen des Patienten und des Analytikers Lebendigkeit verleiht; Mitteilungen, die den gesprochenen Sätzen erst dann entnommen werden können, wenn diese in eine Erzählung eingebettet werden. Der fremde Leser kann diesen Kontext und den mehrschichtigen Hintergrund, der sich im behandelnden Analytiker beim Lesen eines Transkripts wiederbelebt, nur erraten bzw. mit Hilfe seiner Imagination und seiner eigenen Erfahrung abrunden¹. Diese Anreicherung übernehmen bei den traditionellen kasuistischen Darstellungen, die i. allg. an originalen Daten so viel ärmer sind, die narrativen Erläuterungen des Autors. Wahrscheinlich tragen selbst Verallgemeinerungen, also die Verwendung abstrakter Begriffe, die regelmäßig in klinische Erzählungen eingebracht werden, dazu bei,

¹ Für die Geschichtswissenschaft hat Fried (2004a) dieses Problem monographisch thematisiert.

daß sich der Leser zu Hause fühlt. Der verwendete Begriff füllt sich wie von selbst mit der Anschauung, die der Leser mit ihm verbindet. Ist in einem Bericht von Trauma die Rede oder von Oralität, dann entsteht eine Spannung zum eigenen Verständnis dieser und anderer Begriffe, die in sich selbst schon geeignet ist, in einen zustimmenden oder ablehnenden Dialog mit dem Autor zu treten.

Unkommentierte Transkripte und zusätzlicher Bericht

Besonders die unkommentierten Transkripte sind eine ungewohnte Materie, mit der auch wir uns nur langsam befreunden konnten. Musiker haben früh gelernt, wie Noten zu lesen sind; diese Schulung fehlt den meisten Analytikern. Vertieft man sich jedoch in diese Dialoge, übt der Leser an eigenen und fremden Texten, dann ermöglicht das Nachvollziehen von Sequenzen eine Fülle von Erkenntnissen. Beispielsweise läßt sich klären, wie eine Frage des Analytikers vom Patienten verstanden wurde und ob sie diesem als Ermutigung oder als Vorwurf im Ohr geklungen hat. Denn wenn der Patient der Grundregel folgt und alles sagt, was ihm einfällt, stellt sich erst heraus, wie er die Frage verstanden hat. So kann am Verbatimtext wenigstens erschlossen werden, daß und wie der Ton die Musik macht. Der emotionale Hintergrund ist noch sicherer zu ergründen, wenn der Analytiker unmittelbar nach der Sitzung seine unausgesprochenen Gefühle zu bestimmten Sequenzen oder insgesamt in Worte faßt oder wenn man ihn zusätzlich zu einem Transkript einer Sitzung befragt, wie König (1993) in einem Naturalisierungsprojekt mit dem Juniorautor zeigen konnte.

Dies ermöglicht auch die Untersuchung der Schlußfolgerungsprozesse, die schließlich in Deutungen einmünden. Über den motivierenden Hintergrund und die Ziele, die in einer Deutung enthalten sind, lassen sich durch Dritte Vermutungen anstellen, die zuverlässiger werden, wenn ganze Sequenzen in einem Transkript betrachtet werden. Noch weiter führt die Untersuchungstechnik des "lauten Denkens", mit der Meyer (1981, 1988) die Schlußfolgerungsprozesse dreier Analytiker untersucht hat. Schließlich kann man der originalen Situation durch das Anhören der Tonbandaufnahme besonders nahekommen.

Rezipieren von Aufzeichnungen

Beim Lesen von Transkripten aufgenommener Analysensitzungen fehlen nicht nur die lautlosen Pausen², die für die beiden Beteiligten durchaus beredt sein können, sondern auch die Beschreibungen der Stimmung, die bei einer mündlichen Vorstellung in einem behandlingstechnischen Seminar direkt oder indirekt vermittelt werden. Wir möchten die Frage aufwerfen, warum es offenbar Musikkennern leichter fällt, schon beim Lesen einer Partitur die Musik zu hören, als Analytikern, das Transkript einer Sitzung mit Leben zu füllen.

Sandler u. Sandler bezeichnen es als eine "wichtige Aufgabe für zukünftige Forscher herauszufinden, warum man beim Lesen transkribierter Sitzungen anderer Analytiker oft das Gefühl hat, daß diese wirklich sehr schlechte Analytiker sind". Abschwächend fügen sie hinzu, daß diese Reaktion zu häufig sei, um der Realität zu entsprechen, denn es könne doch kaum sein, daß so viele Analytiker wirklich so schlecht seien (1985, S. 826). Diese Feststellung fordert zu einer Vergrößerung der Stichprobe heraus. Offenbar sind bisher nur die schlechten Psychoanalytiker bereit, die nackten Tatsachen als unbestechliche Transkripte

² Zwar enthalten Notationssysteme (Mergenthaler 1986b) entsprechende Hinweise, aber die Dekodierung will gelernt sein.

auf den Tisch zu legen. Wir haben diese Stichprobe nun beträchtlich erweitert und hoffen natürlich, nicht unter das Verdikt zu fallen. Doch selbst weitere schlechte Beispiele könnten eine nützliche Funktion haben und namhafte Analytiker anspornen, es endlich besser zu machen, indem sie mustergültige Transkripte von Dialogen zur Diskussion stellen. Alle Lernenden suchen Vorbilder. Die großen Meister unserer Zeit sollten sich die Chancen nicht entgehen lassen, mit guten Beispielen voranzugehen. Selbstverständlich haben die nackten Tatsachen des verbalen Austauschs nicht das letzte Wort. Auch Affekte können durch Kodierung von Intonationen und anderen nichtsprachlichen Kommunikationen in Transkripten besser repräsentiert werden als in den Zusammenfassungen der traditionellen Publikationen. Allerdings bedarf es einiger Übung, um sich solche notierten psychoanalytischen Dialogtexte aneignen zu können.

Für bestimmte Fragestellungen, beispielsweise zur Untersuchung affektiver Äußerungen in der Mimik und Intonation (I. Fonagy 1983), der Gestik und der gesamten Expressivität in Haltung und Bewegung, also der Körpersprache, sind Videoaufzeichnungen unerlässlich (Krause u. Lütolf 1988). Es bringt freilich nichts, wenn weder eine klare Fragestellung noch eine definierte Auswertungsmethodik zur Verfügung steht, weshalb auch die vielen Filmbänder, die von einer Analyse aufgenommen wurden (Bergmann 1966), in den Kellern des NIMH verschwunden sind und inzwischen wohl vernichtet wurden.

Um die averbale Kommunikation in Haltung und Bewegung, auf deren Bedeutung besonders Deutsch durch mehrere Arbeiten aufmerksam gemacht hat (1949, 1952), zu registrieren, gibt es für klinische Zwecke auch weniger aufwendige Mittel als Videoaufzeichnungen des auf der Couch liegenden und in der Bewegung eingeschränkten Patienten. So erfaßt McLaughlin (1987) die Bewegungen des Patienten auf der Couch durch einfache Zeichen im Protokoll.

Aus unseren Erfahrungen können wir festhalten, daß verschriftete psychoanalytische Dialoge um so aussagekräftiger werden, je mehr sich der Leser einfühlend und den jeweiligen Hintergrund dadurch lebendig werden läßt, daß er sich mit den Beteiligten identifiziert und sozusagen das Gespräch mitinszeniert.

Trotzdem bleibt der Unterschied zwischen *in vivo* und *in vitro* bestehen: Wenn der behandelnde Analytiker seine gegebenen Interpretationen nachliest, bringen die Erinnerungen wesentliche Dimensionen hinzu. Es ist und bleibt etwas anderes, ob man ein Drama Shakespeares liest oder an seiner Inszenierung auf der Bühne vom Zuschauerraum aus teilnimmt oder es als Regisseur und Schauspieler gestaltet. Da wir die Leser dieses Bandes häufig mit Ausschnitten aus Verbatimprotokollen konfrontieren, bitten wir den Versuch zu machen, den Text gedanklich szenisch zu erweitern. Wir glauben, daß die meisten Dialoge zu vielfältigen phantasievollen Identifizierungen und damit einhergehend zu vielfältigen Interpretationen anregen können. Trotzdem bleibt eine Differenz zwischen Produzent und Rezipient eines Textes erhalten.

Tatsachen und Vorstellungen

Die sog. nackten Tatsachen, die "data bruta" sind immer schon eingekleidet in persönliche Theorien, aufgrund derer der Betrachter das einzelne Faktum beleuchtet und ihm eine Bedeutung verleiht. Diese fortlaufenden Zuschreibungen lassen die Rede über die Erfassung bloßer Tatsachen ebenso zweifelhaft erscheinen wie die ihnen zugeordnete Lehre der bloßen Empfindungen, die William James als Musterbeispiel von Trugschlüssen des Psychologen (the psychologist's fallacy) bezeichnet hat. Gewiß gibt es auch harte Tatsachen, die man unweigerlich besonders dann empfindet, wenn man glaubt, sich über Naturgesetze hinwegsetzen zu können. Der empfundene Schmerz nach einem Sturz, der dem Fallgesetz, nicht aber dem magischen Glauben an die Unverletzlichkeit folgte, mag als Beispiel dienen,

das sich ohne weiteres in Freuds Verständnis des Realitätsprinzips einordnen läßt. Ganz offensichtlich wurde in diesem Beispiel dem Glauben eine Macht zugeschrieben, die am Realitätsprinzip scheiterte. Die Anerkennung der übertragenen neben der wörtlichen Bedeutung und die darin enthaltene Spannung ermöglicht es dem Analytiker, die Tiefendimensionen der vorliegenden Texte zu erfassen. Freilich gilt auch hier die alte biblische Weisheit: Suchet, so werdet ihr finden. Als Hilfestellung ergänzen wir in den nachfolgenden Beispielen den Dialog durch Kommentare und Überlegungen.

Protokollarische Aufzeichnungen in der Ausbildung

Das detaillierte Studium von Verbatimprotokollen eröffnet neue Wege in der Aus- und Weiterbildung (Thomä u. Rosenkötter 1970). Supervisionen können auf der Grundlage solcher Protokolle besonders im Hinblick auf technisches Vorgehen und die Erarbeitung von alternativen Verstehensansätzen sehr fruchtbar gestaltet werden (Szecsödy et al. 1993), weshalb wir diesem Thema einen eigenen Abschnitt (10.1) widmen.

Es geht nicht darum, die Tonbandaufzeichnung von therapeutischen Gesprächen zur Routinepraxis erheben zu wollen. Wir vertreten die Auffassung, daß damit bestimmte Lernerfahrungen verbunden sind, die auf andere Weise nur schwer zu gewinnen sind. Als die wichtigste sehen wir an, daß der behandelnde Analytiker ein angemessenes Bild seines konkreten therapeutischen Vorgehens gewinnen kann; dies ist auch aus gedächtnispsychologischen Gründen bei retrospektiv erstellten Stundenprotokolle nur begrenzt möglich. Diese Begrenzung hat systematischen Charakter, da sich bei der Protokollierung regelhafte Auslassungen einschleichen, wie man seit den verdienstvollen Untersuchungen von Covner (1942) und Rogers (1942) weiß. In der heute geübten Supervision versucht der Supervisor, Momente der Blindheit des Kandidaten zu entdecken, obwohl diese aus unbewußten Motiven meist sorgfältig verdeckt sind. Die in Seminaren so vielfältig zu beobachtende Vorgehensweise der Seminarteilnehmer, den Bericht des Vortragenden gegen den Strich zu lesen, d. h. ihm alternative Lesarten abzugewinnen, spricht für die weite Verbreitung dieser Auffassung.

Rückblickende Berichte als Reflexion obligatorisch

Hat ein Analytiker sich der Konfrontation mit dem Tonband einmal ausgesetzt und hat er die damit verbundenen unvermeidlichen Kränkungen über seine sprachliche Unbeholfenheit überwunden, die regelmäßig entstehen, wenn er seine idealen Vorstellungen mit der Wirklichkeit seines Handelns vergleicht (s.a. Fonagy 2005, S.586), kann er sich ganz der ungeteilten Aufmerksamkeit hingeben. Er ist dann nicht durch Überlegungen abgelenkt, ob und was er nach der Sitzung aufschreibt oder stichwortartig während der Sitzung notiert. Die subjektive Erfahrung des Analytikers ist von der Verantwortung entlastet, neben der therapeutischen auch noch eine wissenschaftliche Funktion erfüllen zu müssen. Allerdings bleibt dem freien Rückblick auf eine psychoanalytische Sitzung eine eigenständige Aufgabe vorbehalten, die auch eine Tonbandaufzeichnung nicht zu ersetzen vermag, nämlich die Erfassung des inneren Monologs (Heimann 1969) als Reflexion des therapeutischen Prozesses nach Beendigung einer Sitzung. Der Rückblick auf die eigenen Erfahrungen und Überlegungen, die ja einen Verarbeitungsprozeß widerspiegeln - den wir zusammen mit A. E. Meyer viele Jahre untersucht haben (Meyer 1981, 1988; Kächele 1985) -, konstituiert einen eigenständigen Bereich, in dem freie Berichte eine unverzichtbare Funktion haben.

Tonbandaufzeichnungen und das „Junktim“ von Forschen und Heilen

Rückblickend kann man feststellen, daß mit der Einführung von Tonbandaufzeichnungen in die psychoanalytische Behandlung der Beginn einer phänomennahen Aufarbeitung der therapeutischen Prozesse verbunden ist. Dieses simple technische Mittel war damals und ist heute noch immer unter Psychoanalytikern umstritten; allerdings sind sich jene Psychoanalytiker, die aktiv forschend tätig sind, darin einig, daß solche Aufzeichnungen ein wichtiges Instrument der Forschung geworden sind (z. B. Gill et al. 1968; Luborsky u. Spence 1978; Gill u. Hoffman 1982; Deserno et al. 1998). Die zunächst wenig ernstgenommene Kritik an der Forschungsmethodologie aus den eigenen Reihen begann in den 50er Jahren, die Kubie (1952) bei dem ersten Symposium zur psychoanalytischen Forschung eröffnete. Im gleichen Jahr beklagte Glover (1952) die mangelhafte Kontrolle bei der Datenerhebung. Shakow (1960) betrachtete die von Freuds Junktimbehauptung abgeleitete Sicht, daß jeder Analytiker per se ein Forscher sei, als naives Mißverständnis des Forschungsprozesses. Das "Junktim" ist überhaupt erst seit der Einführung von Tonbandaufnahmen möglich geworden, sofern man den behandelnden Analytiker mit seinen persönlichen Theorien und ihrer Anwendung in der Praxis in die wissenschaftlichen Fragestellungen einbezieht, an denen besonders bezüglich der Hypothesenprüfung unabhängige Dritte wesentlich teilnehmen müssen. Nach radikaler bezweifelt Stoller (1979) den Anspruch der psychoanalytischen Methode als wissenschaftliche Methode, solange ein essentielles Element fehlt, welches in anderen Disziplinen gefunden wird, die als Wissenschaften anerkannt sind.

Insofern unsere Daten keinem Dritten zugänglich sind, können unsere Schlußfolgerungen von niemand überprüft werden. Das heißt für mich nicht, daß Analytiker keine Entdeckungen machen können, die wissenschaftliche Methode ist nur ein Weg dahin. Aber es bedeutet, daß der Prozeß der Bestätigung sehr wackelig ist . . . Ich fürchte, daß wir nicht sehr ernstgenommen werden können, wenn wir unsere Arbeit nicht deutlicher offenlegen (S. XVI).

Da die Psychoanalyse zu Recht darauf besteht, daß die klinische Situation für ihre Theoriebildung der zentrale Ort der Datengewinnung ist, muß eine Verbesserung der Beobachtungsmethode erfolgen, die den Analytiker als teilnehmenden Beobachter nicht ausschließt, sondern ihm Mittel zur Hand gibt, seine "Beobachtungen" zu kontrollieren. Gill et al. (1968) empfahlen die Trennung der Funktionen des Klinikers und des Forschers und die Einführung zusätzlicher systematischer Beobachtungsverfahren.

Unzulänglichkeit von Gedächtnisaufzeichnungen

Freuds eigene eindrucksvolle Fähigkeit, "am Abend nach Abschluß der Arbeit aus dem Gedächtnis" (1912 e, S. 379) Beispiele niederzuschreiben, schützte ihn selbst nicht vor Selektion und Vergessen und stellt keine hinreichende Begründung für die Fähigkeit irgendeines beliebigen Psychoanalytikers dar, seine Beobachtungen für wissenschaftliche Fragestellungen nur aus dem Gedächtnis aufzuzeichnen. Fried (2004b) diskutiert als Historiker „wenigsten sechzehn Veränderungsfaktoren, die im Erinnerungsprozess wirksam werden können und die der Historiker zu beachten hat, um entsprechende Zeugnisse angemessen zu beurteilen (S.120). Wir als Historiker unserer Patienten brauchen eine Form, um das Gedächtnis - und sei es als unbewußtes Gedächtnis noch so leistungsfähig - durch externe Datenaufzeichnung zu unterstützen. Gill et al. (1968) haben darauf hingewiesen, daß die Fähigkeit, Zusammenhänge zu erinnern, recht unterschiedlich ausgebildet ist. Es ist wahrscheinlich unmöglich, diese Gedächtnisfähigkeit so zu "kalibrieren", wie es der

Standardisierung einer mechanischen Aufzeichnungsmethode entsprechen müßte. Die psychoanalytische Ausbildung, besonders die Lehranalyse, fördert eher die schulgebundene Apperzeption und Selektion als eine gleichmäßig offene, umfassende Perzeption.

Gedächtnismodelle

Unter dem Einfluß der kognitiven Psychologie werden in neuerer Zeit Modelle vorgeschlagen, die zeigen, wie komplex der Aufbau von patientenspezifischen Gedächtniskonfigurationen im Analytiker - von Peterfreund (1983) Arbeitsmodelle genannt - ist (s. auch Moser et al. 1981; Teller u. Dahl 1986; Pfeifer u. Leuzinger-Bohleber 1986; Meyer 1988). Die vorliegenden Ansätze legen es nahe, mit einer großen Variabilität persönlichkeitsabhängiger Abbildungs-, Speicher- und Retrievalprozesse zu rechnen (Jacob 1981). Die neuere Arbeit von Markowitsch u. Welzer (2005) zur neurowissenschaftlichen Differenzierbarkeit von autobiographischem und fremdbiographischen Gedächtnis werfen diesbezüglich hoch interessante Fragen auf, auf welche Weise Psychoanalytiker ihre patienten-bezogenen Erfahrungen abspeichern.

Es entspricht nicht nur der klinischen Erfahrung, daß die von Freud vorgeschlagene Art des Zuhörens die Wahrnehmung unbewußter Prozesse fördern kann; es liegen auch experimentelle Untersuchungen vor, die den heuristischen Wert des nicht-aufmerksamkeitsgerichteten Zuhörens unterstreichen (Spence u. Lugo 1972). Es kann in dieser Diskussion nun nicht darum gehen, die ausschließlich subjektive Protokollierung umgestalten zu wollen, sondern es muß lediglich anerkannt werden, daß diese für Forschungsfragen nur eine begrenzte Reichweite hat.

Wenn ein Kliniker eine besondere Fragestellung verfolgt, so wird er, um systematische Aussagen treffen zu können, auch seine Beobachtungsmöglichkeiten erweitern müssen. Gerade darum geht es bei der Einführung des Tonbands in die Behandlungssituation. Dieses Hilfsmittel beeinflußt - wie vieles andere - sowohl den Patienten als auch den Analytiker; gleiches gilt sowohl für die Vorstellung der Ausbildungsfälle in kasuistischen Seminaren als auch für die Auswirkungen des Lebensschicksals des Analytikers auf den Patienten. Das sozialwissenschaftliche Verständnis des bipersonalen Austausches führt zur kritischen Reflexion über den Einfluß des Psychoanalytikers. Wir vertreten den Standpunkt, daß die in die psychoanalytische Situation hineingetragene Forschung auch unmittelbar dem Patienten zugute kommt, weil der Analytiker viele Anregungen aus den wissenschaftlichen Fragen ziehen kann, die an ihn herangetragen werden.

Fazit

So können wir unsere obigen Überlegungen aufnehmen, um den Leser besser auf die Lektüre von Transkripten vorzubereiten. Wir sind alle daran gewöhnt, daß uns Tatsachen im Lichte von Theorien präsentiert werden. Demgegenüber macht ein Transkript einen eindimensionalen Eindruck: Deutungen des Analytikers und die Antworten des Patienten spiegeln die latenten Wahrnehmungs- und Denkstrukturen nicht von selbst wider. Zwar verraten typische Deutungen die Schulzugehörigkeit eines Analytikers, doch können wir seine Äußerungen nicht mit seiner Theorie in einen Topf werfen. In den traditionellen Kompositionen werden die Phänomene in einer psychodynamischen Gestalt vereinigt, die mehrere Bedürfnisse auf einmal befriedigt (Schmidl 1955). Bei einer guten Komposition fragt man nicht danach, ob die Beiträge, die der Patient gebracht hat, in ihrer ursprünglichen Form belassen wurden oder ob sie sich erst nach interpretativer Bearbeitung ins Ganze einfügen

lassen . Zur Überprüfung des Erkenntnisprozesses und der Stimmigkeit einer Gestalt aufzufordern und diese in ihre Teile zu zerlegen, führt ins Sprechzimmer zurück, von dem gewiß auch nur ein Abglanz in einem Transkript erscheinen kann. Man kommt allerdings hierbei dem ziemlich nahe, was Analytiker machen, um die Forderung des Tages einzulösen, nämlich die Untersuchung der psychoanalytischen Praxis. Denn dorthin führt uns Sandlers These, daß Psychoanalyse ist, was Psychoanalytiker machen.

Bevor wir dieses Kapitel abschließen, müssen noch einige schlichte Sachverhalte erwähnt werden. Es ist ziemlich mühselig, das Transkript einer Behandlungsstunde ohne *redaktionelle Überarbeitung* zu lesen. Der dadurch entstehende Verlust an linguistischer Genauigkeit wird u. E. durch den didaktischen Gewinn wettgemacht. Texte müssen auch eine gewisse sprachliche Form erreichen, um den klinisch orientierten Leser zu einer Teilnahme an den geschilderten Prozessen einzuladen.

Komplexe Beziehungsprozesse können schriftlich nur in Annäherung vermittelt werden. Unsere bisherige Argumentation gibt die Richtung an, auf welche Protokollierungsform wir uns bevorzugt stützen werden. Auch auf Notizen von Analytikern und auf deren Protokolle greifen wir zurück. Im Sinne unserer Leitidee werden wir in der Regel auf umfangreiche lebensgeschichtlich orientierte Einleitungen zu den Behandlungsepisoden verzichten. Wir möchten demonstrieren, daß die Grundprinzipien therapeutischen Handelns auch ohne eingehende Vorreden zur Lebensgeschichte des Patienten erläutert werden können. Theoretische Überlegungen und therapeutische Erfahrungen belegen, daß zumindest im Bereich von Symptomen kausal wirksame Sinnstrukturen über die Zeit hinweg gleichbleiben. Klischees werden aufrechterhalten, die dem Wiederholungszwang zugrunde liegen. Man braucht also nicht immer ausführlich auf lebensgeschichtliche Vorläufer zurückzugehen, um Prozesse, die im Hier und Jetzt ablaufen, verstehen zu können.