

**Kächele H** (2010) Klinische Überzeugung und empirische Belege. In: Münch K, Munz D, Springer A (Hrsg) *Die Psychoanalyse im Pluralismus der Wissenschaften*. Psychosozial-Verlag, Giessen, S 13-32

## Klinische Überzeugung und empirische Belege

Horst Kächele

In der Geschichte der Psychoanalyse nimmt der Begriff „Schule“ einen respektablen Platz ein und auch in der gegenwärtigen psychoanalytischen Welt hängt dem Schulenbegriff nicht unbedingt eine negative Konnotation an. Doch tauchen von Zeit zu Zeit Stellungnahmen auf, die das Positivum Schule doch etwas kritisch zu beäugen versuchen. So schrieb Bibring schon 1947 einen Artikel zur „so-called English school of psychoanalysis“ und Kernberg verfasste 1972 eine Kritik der „Kleinian School“, die wenig Beachtung gefunden hat, da sie in einem wenig gelesen Buch erschienen war (in Giovacchini 1972).

Einen positiven Gebrauch des Schulen-Begriffs unterstützt der anerkannte schwedische Wissenschaftstheoretiker Gerard Radnitzky<sup>1</sup>, der in einem viel beachteten Werk *Contemporary Schools of Metascience* folgendes ausführt:

„*Tradition*‘ und *Schule*‘ werden benutzt, um Phänomene im sozialen Leben und in der Kultur zu bezeichnen, und sie werden auch als konzeptuelles Werkzeug vom Historiker, vom Soziologen benutzt. Sie präsentieren Modelle des Denkens, Ideal-Typen wie Geisteswissenschaftler sie vermutlich bezeichnen würden. *Tradition* betont die historische Dimension; *Schule* impliziert Gleichzeitigkeit“ (Radnitzky 1973, S. 8).

Schulen repräsentieren Modelle des Denkens, die einen gewissen systematischen Aufriss der leitenden Gesichtspunkte einer Praxis geben. Die Erfinder bzw. Erbauer dieser Denkfiguren sind in der Psychoanalyse namentlich bekannt – und manchmal berichtigt, um an die Herren Stekel oder Rank zu erinnern. Zeitgleich und doch in verschiedenen Ausformungen und Variationen arbeiten die Angehörigen der einzelnen Schulen. Meist besteht ein Grundkonsens, bestehend aus “basic assumptions“, die auf von Freud übernommene Denkfiguren zurückgeführt werden können. Dazu kommen dann Neubildungen und Neu-Akzentuierungen, die das originale Modell variieren – wobei fraglich ist, ob es dieses jemals in reiner Form gegeben hat. War Freud ein Freudianer, kann deshalb Momigliano (1987) rhetorisch fragen. Der Anteil persönlicher Eigenarten, theoretischer Vorlieben, eigener praktischer Erfahrungen und selbst-stilisierender Interessen der Gründer für die Ausgestaltung ihrer therapeutischen Modelle dürfte beträchtlich sein. Für die frühe Psychoanalyse und ihre frühen Apostaten – das sind die vom rechten Glauben Abgefallenen – wurde dies vielfältig thematisiert (z.B. Ellenberger 1973). Doch auch zeitgenössische Schulengründer dürften lohnende

---

<sup>1</sup> Philosophieprofessor an der Universität Trier

Klinische Überzeugung

Studienobjekte abgeben. Man vergleiche die Persönlichkeiten Kohuts und Kernbergs und dazu ihre theoretischen Lieblingsfiguren und ihre praktischen Handlungsweisen.

Heute wird niemand mehr aus der Kirche verbannt; stattdessen sprechen kritische Psychoanalytiker von der Gefahr einer Babylonisierung der Psychoanalyse (Jiménez 2009a; 2009b; s.a. Tuckett 1994<sup>2</sup>).

Es ist unübersehbar, es gibt keine einheitliche psychoanalytische Schule mehr, sondern nur noch eine Vielzahl von -ianern, als da sind Freudianer, Kleinianer, Bionianer, Kohutianer, Lacanianer und Post-Lacanianer und natürlich die British Independents usw. Gemeinsamkeiten werden auf den internationalen Kongressen, wenn überhaupt, im Austausch über die praktische Arbeit gesucht – mit durchaus wechselndem Erfolg. Fonagy (2006) thematisiert explizit das Versagen der Praxis, informativ für die Theoriebildung zu sein, und benennt erneut die Bedeutung impliziter Theorien des Psychoanalytikers, um diese Transmissionslücke zu überbrücken. Als Sigmund-Freud-Professor folgt er (seit 1992) seinem Vorgänger in diesem Amte, Joseph Sandler; dieser hatte schon vor 25 Jahren gefordert, die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis zu untersuchen:

„Die Forschung sollte darauf abzielen, die impliziten Konzepte praktizierender Psychoanalytiker explizit zu machen. Ich vertrete die These, dass dieser Prozess zu einer beschleunigten Entwicklung der psychoanalytischen Theorie führen wird. Diese Theorie muss sich im Wesentlichen auf die praktische Arbeit der Psychoanalytiker beziehen, deshalb ist ihr Hauptakzent notwendig klinischer Art.“ (Sandler 1983, S. 43)

Diese Aufgabe wurde von seiner deutschen Mitarbeiterin Dreher (1998) dann zu einem eigenständigen Forschungsbereich erhoben, in dessen Rahmen auch die Suche nach den impliziten Theorien der Praktiker fällt. Hamilton (1996) zeigte in einer vergleichenden Studie jedoch auf, welches Ausmaß an Divergenz dabei zutage gefördert wird, wenn man das Vorbewusste von Analytikern verschiedener Schulen auf seine konzeptuellen Metaphern hin analysiert.

Woher stammen nun diese konzeptuellen Metaphern, die den Analytikern bei der Aufnahme und Verarbeitung des Materials des Patienten leiten? Woher nahm Freud seine ursprüngliche Überzeugung, dass die Berichte seiner hysterischen Patientinnen realen Erfahrungen geschuldet waren? Greifen wir auf eigene lebensweltliche Konzepte zurück oder ist unser Vorbewusstes Denken fest in einer der vier gängigen psychoanalytischen Entwicklungstheorien (nach Pine 1988) verankert? Und wie steht es mit der empirischen Fundierung dieser uns leitenden Hintergrundannahmen? Sind diese Hintergrundannahmen bedeutsam für den Verlauf und das Ergebnis unserer klinischen Arbeit?

---

<sup>2</sup> In seinem Vorwort zu der Jubiläumsnummer des International Journal of Psychoanalysis zum 75. Jahrgang, die dem Thema „Konzeptualisierung und Kommunikation klinischer Fakten“ gewidmet war, schrieb Tuckett: „Nach 75 Jahren wird es Zeit, nicht nur unsere Methodologie zur Ermittlung der Wahrheit, sondern auch Ansätze zu entwickeln, die es uns erlauben, für neue Ideen offen zu sein und deren Nützlichkeit durch vernünftige Argumente zu evaluieren. Die Alternative würde sonst nur der Turm von Babel sein“ (Tuckett 1994, S. 865).

Immer wieder einmal kommt es zu Dialogen zwischen Analytikern verschiedener theoretischer Orientierung, die am gleichen Material ihre unterschiedlichen Sichtweisen erproben sollen. Das sogenannte Pulver-Experiment, wie A. E. Meyer es zu nennen pflegte, - um damit den Herausgebers des Berichtes des Experimentes zu ehren -, endete mit dem Ergebnis, dass alle theoretischen Orientierungen gleichwertig sind und jede einen Preis bekommen sollte. Auch Streeck (1994) berichtete, dass verschiedene Psychoanalytiker "das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht" zwar verschieden interpretieren, aber es wird keine Superiorität des einen über den anderen theoretischen Ansatz beansprucht. Wir sind empirisch noch weit davon entfernt, Belege für die Funktionsweise und Wirksamkeit verschiedener theoretischer Orientierungen vorlegen zu können.

Zum Internationalen psychoanalytischen Kongress in New Orleans 2004 wurden Helmut Thomä und ich von R. Bernardi aufgefordert, ein klinisches Beispiel für den vergleichenden Austausch von psychoanalytischen Sichtweisen zu stellen. Wir griffen auf eine psychoanalytische Sitzung der Patientin Amalie X, die Stunde 152, zurück, die Thomä (1981b) als Demonstration seines Weges "vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker" (Thomä 1981a) veröffentlicht hatte. Wie zu erwarten, waren die Reaktionen sehr vielfältig. Diese erneute Dokumentation des No Agreements zusammenfassend, schrieb Jiménez:

„Die Unmöglichkeit, in der Psychoanalyse einen Konsens zu erzielen, und die damit verbundene Fragmentierung oder der Pseudo-Pluralismus sind auf den Mangel eines von allen Kommentatoren akzeptierten Bezugsrahmens zurückzuführen. Genau dieser Mangel eines Bezugsrahmens ist es, dem man durch die Entwicklung von Methoden für die klinische, theoretische und empirische Forschung in der Psychoanalyse entgegenzutreten versucht.“ (Jiménez, 2006, S. 193)

Jahrelang schien die öffentliche psychoanalytische Diskussion davon auszugehen, dass sich die Technik aus der Theorie ableiten ließe. Aber die Vermehrung der Theorien und der Eindruck, dass sich die Patienten *anscheinend* unabhängig von der Theorie ihrer Analytiker verbesserten, hat dazu geführt, dass der eindeutige Charakter der Beziehung zwischen Theorie und Praxis in Zweifel gezogen wird.

Alain Vanier hat sich am Ende seiner Diskussion des Ulmer Falles vom Lacan'schen Standpunkt ausgehend gefragt, ob bei der Betrachtung des tatsächlichen Verlaufs der Behandlung von Amalie X der ausgedachten Theorie überhaupt irgendeine Bedeutung zukommt.

Deshalb lautet seine konkrete Frage: Warum wirkt die Analyse? Denn dass sie wirkt, glauben wir doch trotz der starken theoretischen und technischen Unterschiede, die die derzeitige Psychoanalyse wie eine Ansammlung von Verschiedenheiten erscheinen lassen. Andere Kollegen behaupteten, dass – wie Lacan zu sagen pflegte – die Analyse trotz des Analytikers wirkt. Was bedeutet das? Wie soll man das verstehen? Was ist denn der Status unserer Theorien? Wozu so viel Mühe und Überfluss? In diesem Sinne merkt Jiménez an:

## Klinische Überzeugung

„Die Trennung zwischen Theorie und Praxis anzuerkennen, auch wenn wir dadurch mit enormen epistemologischen und methodischen Problemen konfrontiert werden, hat uns von dem in den vergangenen Dekaden üblichen Dogmatismus befreit.“ (Thomä, Jiménez, Kächele 2006, S. 196).

Es geht also darum, die Praxis als Untersuchungsfeld zu priorisieren. Wie ist das möglich?

Marianne Leuzinger-Bohlebers unübertreffbare graphische Synthese dessen, was alles unter psychoanalytischer Forschung subsumiert werden kann, zeigt das Feld auf, in dem die Frage nach der Entstehung und Herkunft konzeptueller Arbeitsinstrumente untersucht werden muss.<sup>3</sup>

Dabei ist die Unterscheidung, ob hier Online- oder Offline-Forschung vorliegt – um die Formulierungen von Ulrich Moser aufzugreifen –, vielleicht hilfreich. Denn die konkrete Arbeit in der psychoanalytischen Situation, wo Patient und Analytiker im multimodalen Austausch stehen, muss zunächst modelliert werden; dann wird aufzuzeigen sein, wie diese Erfahrungen methodisch erfasst werden können. Das zureichende Verständnis der klinischen Situation auf eine empirisch sichere Basis zu stellen, erfordert also, Modelle zu entwerfen, die dem Fluss des Geschehens gerecht zu werden vermögen. Unter den derzeit verfügbaren Modellen des psychoanalytischen Prozesses, die Helmut Thomä und ich im 9. Kapitel des Ulmer Lehrbuchs schon 1985 diskutiert haben, ist das von Moser und von Zeppelin konzipierte Prozessmodell besonders gut geeignet, den Aufbau von klinischer Überzeugung als notwendigen Vorgang zu beschreiben.

Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin betrachten die Beziehung Analytiker – Analysand als Wechselwirkung zweier Systeme, die expliziten oder impliziten Beziehungsregeln folgen. Die Hauptannahme des Züricher Prozessmodells besteht darin, dass sich Analytiker und Patient laufend Bilder (Modelle) vom Stand des Regulierungssystems machen – sowohl vom eigenen als auch von dem des anderen und von der vermuteten Wechselwirkung. Ein wichtiges Charakteristikum des Modells besteht darin, dass für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen ein spezieller Regulierungskontext angesetzt wird, der Wünsche und Regeln für deren Verwirklichung enthält. Die Beziehungsregeln umfassen auch jene Regeln, die zur kommunikativen "hardware" jedweder Interaktionsregulierung gehören. Diese sind im therapeutischen Prozess erst dann von Interesse, wenn sie erheblich gestört sind und als pathologische Phänomene in Erscheinung treten.

Generell klinisch bedeutsam sind die sogenannten *selbstrelevanten Beziehungsregeln*, die die Stabilität des gesamten Regulierungssystems gewährleisten. Ihnen hierarchisch untergeordnet sind die *(objekt)relevanten Beziehungsregeln*, die den sozial vorgegebenen Beziehungsregeln folgen. Aus der Unterscheidung beider Regelsätze folgt ein erstes Verständnis der Übertragung: Sie findet nur dort statt, wo selbstrelevante Beziehungsregeln ins Spiel gebracht werden.

Der therapeutische Prozess kommt in Gang, weil der Analysand die Regulierungskompetenz des Analytikers zu Hilfe nimmt. Er tut dies auf die ihm eigene, entwicklungspsychologisch determinierte Weise. Die Aufgabe des therapeutischen Prozesses ist es, diese unbewusst eingeleiteten Erwartungen an die Hilfestellung des Analytikers deutlich zu machen.

Dazu werden in dem Modell vier Hauptfunktionen der therapeutischen Beziehung definiert (von Zeppelin 1987):

- 1) die Erweiterung der affektiv-kognitiven Suchprozesse in Bezug auf die Regulationsaktivität, insbesondere die Erweiterung der selbstreflexiven Fähigkeiten,
- 2) der Aufbau und die Einübung eines Ad-hoc-Modells der Beziehung zwischen Analytiker und Analysand; im Hier und Jetzt wird eine bessere Interaktionskompetenz erworben, die dann auf die außeranalytische Beziehungsrealität übertragen werden muss,
- 3) die allmähliche Veränderung der therapeutischen Wechselwirkung im Sinne der Herstellung einer anderen Regulationsverteilung zwischen Analytiker und Analysand,
- 4) die Veränderung des Regulationssystems des Analysanden über die Ausdifferenzierung der selbstreflexiven Funktionen.

Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse entstehen durch die Anwendung dieser vier Hauptfunktionen auf die therapeutische Beziehung. Die dadurch entstehenden Prozesse durchlaufen verschiedene Phasen, in denen unterschiedliche Brennpunkte immer wieder durchgearbeitet werden. Einsicht kann als der schrittweise Aufbau von "Annäherungsmodellen" beschrieben werden, die in einem iterativen Verfahren gesucht werden müssen. In einfacher Weise fasst eine neuere Arbeit der beiden Autoren diese Modellbildung so zusammen:

„Im klassischen psychoanalytischen Modell der Therapie bildet sich, durch die Regeln des Settings gesteuert, ein interaktives Arbeitsfeld. In diesen Bereich fallen die Prozesse von Übertragung, Gegenübertragung, Interpretation, Erinnern usw. [...] Diese ‚Mikrowelt‘ (Moser 2001) wird die ganze Zeit hindurch von der real konkreten Beziehung zwischen Analytiker und Analysand getragen.“ (Moser u. Zeppelin 2004, S. 634)

Der Analytiker bildet zwei Modelle aus, eines geht in diese Mikrowelt ein, das andere versucht die Art der Beziehungsregulierung zwischen ihm und dem Analysanden zu erfassen.

Mit diesem Modellierungsansatz kann das Verständnis der unvermeidlichen Entwicklung klinischer Überzeugung formal gut gefasst werden; beide Partner im therapeutischen Geschehen bilden solche Beziehungsmodelle aus, und diese werden *subjektiv* als gut begründete Überzeugungen fühlbar. Diese Überzeugungen sind körperlich spürbar, wie wir heute mit den Sprachmitteln der „embedded cognitive science“ sagen können (Leuzinger-Bohleber et al. 2008). Das Gefühl der Sicherheit bildet sich in einem iterativen Prozess; allerdings wird daran auch deutlich, dass diese Modellbildungen jeweils im bipersonalen Geschehen verankert sind. Deshalb sind Konsensbildungen unter Psychoanalytikern so schwer zu erreichen, nicht nur wegen unterschiedlicher theoretischer Voreinstellungen.

Man könnte nun meinen, dass die Frage des Psychoanalytikers Isaak Ramzy, "how does the mind of the analyst work" (1974), durch ein solches Modell beantwortet würde. Wie aber können empirische Ansätze aussehen, die doch erhebliche methodische Probleme zu lösen haben?

---

<sup>3</sup> Siehe hierzu Leuzinger-Bohleber 2010 (in diesem Band).

Ein erstes Experiment von Franz Alexander, auf welche Weise ein Zugang zu dieser Frage zu gewinnen sei, ging – perfektionistisch und zwanghaft zugleich – von der Idee aus, den Analytiker vom Analysanden durch eine schalldichte Glaskabine akustisch zu trennen und den Grundregelbericht des Analysanden über Kopfhörer dem Analytiker zu übermitteln, der gleichzeitig seine mitlaufenden Einfälle auf ein zweites Tonband aufzeichnen sollte. Solche technologisch überlasteten Rahmenbedingungen hatten unter Analytikern wenig Chancen auf Verwirklichung.

Immerhin hatten Wallerstein und Sampson (1971) in ihrer Übersichtsarbeit über Probleme der Prozessforschung an den Vorschlag von Shakow (1960) erinnert, "die Verbatimaufzeichnung durch eine Aufzeichnung der unmittelbaren ‚post-session elucidation‘ des Analytikers zu ergänzen, in der dieser sein Verständnis der Sitzung unter Einschluss all der Assoziationen, die er zu seinen unausgesprochenen Denkvorgängen habe, geben könne" (Wallerstein/Sampson 1971, S. 26).

Trotz dieses Vorschlages der in der Psychoanalytic Community renommierten Autoren befand sich psychoanalytische Prozessforschung nach A. E. Meyer (1981, S. 111) noch lange zwischen der Skylla der unsystematischen und nur schwer kontrollierbaren "Verkürzung" in den Fallberichten und der Charybdis der "systematisch akustischen Lücke" der Tonbandaufzeichnung.

Die tradierten Verfahren der Kommunikation über solche Modellbildungen durch Vignetten-Material oder – selten genug – ausführlichere Fallberichte (Kächele 1981) enthalten dabei nicht nur quantitative Verkürzungen, sondern werden auch durch Verdichtungen poetisch umgestaltet.<sup>4</sup> Tonbandregistrierungen von psychoanalytischen Sitzungen (von Meyer beharrlich Liegungen genannt) enthalten wiederum nichts von den äußeren non-verbalen Abläufen (wie Begrüßung und Verabschiedung) und nichts von inneren Verarbeitungsprozessen, die Heimann (1969) und auch unabhängig davon Pearl King (o. J.) den "inneren Begleit-Kommentar" des Analytikers genannt haben, sondern nur jene Anteile, die von ihm in intervenierender Absicht verbal geäußert werden.<sup>5</sup>

Um diese beiden Mängel auszugleichen, sind Sitzungsrückblicke unerlässlich. Für diese sind mehrere Formen denkbar: Ihre einfachste, die nie fehlen sollte, ist der frei-assoziative Rückblick, wobei der Analytiker direkt nach der Liegung oder Sitzung berichtet, was immer ihm zu dieser einfällt. Für konkrete Forschungsvorhaben reicht dies nicht, ein standardisierter Teil muss folgen.

---

<sup>4</sup> Zum ungewöhnlichen Begriff „poetische Forschung“ hat sich Poscheschnik (2009) bekannt.

<sup>5</sup> So schrieb A. E. Meyer in einer seiner letzten veröffentlichten Arbeiten:

"Für eine Basisdokumentation sind automatisch-elektronische Registrierungen zwar unerlässlich, aber nicht ausreichend, weil sie hinsichtlich Analytiker systematische akustische (und unsystematische) Lücken aufweisen (Meyer 1981). Während der Kranke, auf die Grundregel verpflichtet, welche er zwar längst nicht immer einhält, aber über Widerstandsinterventionen immer wieder annähert, entsprechend vollständig seine derzeitige innere Welt berichtet, tut sein Analytiker das Gegenteil: Die systematische akustische Lücke besteht darin, dass er alles von seinen emotionalen Gegenreaktionen, psychodynamischen Hypothesen und Interventionsoptionen für sich behält, welche er für nicht therapeutisch hilfreich erachtet. Somit werden einzig diejenigen laut, also akustisch erfassbar, welche er für therapeutisch fruchtbar hält" (Meyer 1988).

Die unsystematische Lücke betrifft Nicht-akustische oder Außer-Stunden-Interaktionen: Der Kranke erscheint (erstmalig – oder nach langem Intervall wieder) in modisch-fröhlicher Kleidung, oder der Analytiker erfährt (vielleicht mit erheblicher Verspätung), dass der Kranke seiner Arzthelferin ein überproportional wertvolles Geschenk gemacht oder einen Angehörigen in die Praxisgemeinschaft zur Beratung geschickt hat. Oder er entdeckt ihn unter den Zuhörern seines Volkshochschulvortrags. Derartige Wahrnehmungen können die Interventionsstrategie des Analytikers beeinflussen, bevor (oder ohne dass) die betreffende Determinante verbalisiert wird.

„Für eine Basisdokumentation wäre ein besonders aufwendiges Verfahren wünschbar: Direkt nach einer Liegung spielt sich der Analytiker diese noch mal vor, während ein zweiter Recorder läuft. Wo immer er eine Explikation seiner inneren Vorgänge für angezeigt hält, hält er den ersten Recorder an und spricht seinen Kommentar auf den zweiten, welcher weiterläuft.“ (Meyer 1995)

Dieser Vorschlag wurde von A. E. Meyer als Forschungsprojekt im Hamburger Sonderforschungsbereich in Zusammenarbeit mit H. Thomä und mir realisiert. Die systematisch-akustische Lücke sollte also durch die Einführung eines "freien Rückblickes" gefüllt werden, bei dem der Analytiker unmittelbar im Anschluss an die Sitzung seinen freien Assoziationen folgend alles berichten soll, was ihm durch den Kopf geht. Da schon die Tonbandaufzeichnung der Sitzung für viele Psychoanalytiker, eingestandenermaßen oder auch eingekleidet in viele einleuchtende Rationalisierungen besondere Belastungen mit sich bringt, so war zu erwarten, dass dieser Forschungsansatz "hohe bis übermenschliche Forderungen an die Offenheit und Wahrhaftigkeit des Analytikers stellt" (Meyer 1981, S.111). Nicht zufällig bildete sich das Bonmot vom "Lügnungsrückblick" unabhängig voneinander bei zwei der drei am Projekt Beteiligten.

Das Projekt kann man als einen ersten empirischen Versuch ansehen, zu verstehen, wie klinische Überzeugung in der analytischen Sitzung sich bildet. Einen zweiten Versuch haben dann Hartmut König und ich unternommen (König/Kächele 1995). Eine von mir durchgeführte und auf Tonband aufgezeichnete Sitzung wurde umgehend transkribiert, von König durchgearbeitet und in einem Dialog zwischen dem Analytiker und dem Forscher auf die latenten Modelle des Analytikers hin untersucht. Diese Anordnung sollte die von Spence (1982) geforderte Einbettung des Textes in stets präsente hintergründige Gewebe des assoziativen Netzwerkes leisten. Unerlässlich bei diesem Bemühen ist das freundlich-kritische Aufeinanderzugehen, im Dialog, ohne Rechthaberei und doch mit deutlichem Gegen-den-Strich-bürsten. Angesichts der bekannten theoretischen Unterschiede der Auffassungen in Tübingen und Ulm erstaunt nicht, dass auch Unterschiede im Verständnis des klinischen Materials zu finden waren; aber das Tonband bot jedem die Möglichkeit, sein jeweiliges Vorverständnis zu korrigieren. Hartmut König (mündliche Mitteilung) äußerte sich dazu wie folgt:

„Und ich habe dann anhand des verschrifteten Stundenprotokolles Hypothesen entwickelt, die teilweise durch den Tonfall beim Abhören invalidiert wurden. Ich hatte nämlich sehr dramatische Hypothesen, nämlich dass der Patient sehr depressiv werden könnte und dass er etwas sehr Verschlingendes-Einverleibendes hat und deswegen auch so ungeheure Angst hat, ob wirklich eine innere Konstanz da ist.“

Die Ergebnisse dieses maieutischen Vorgehens fanden ihren Niederschlag in der umfangreichen Dissertation von König (2000), die trotz ihrer Summa-cum-Bewertung durch den den

Klinische Überzeugung

gutachtenden Psychologieprofessor Kaminski wenig Leser gefunden hat und die ich deshalb sehr zum Nachlesen empfehlen möchte.

Festzuhalten ist: Es gibt einen systematischen Zugang, die gedanklichen, emotionalen und kognitive Prozesse einer psychoanalytischen Sitzung zu erfassen; der Prozess der bipersonalen Fundierung von klinischen Überzeugungen kann untersucht werden – dass dies nicht einfach ist, dürfte niemanden wundern.

Über das weitere Schicksal solcher Online-Erfahrungen, die während der Sitzung vermutlich in großer Dichte und nur teilweise in sprachlicher Form aufgebaut werden, ist wenig bekannt. Nachdem der Patient das Behandlungszimmer verlassen hat, wird aus der Online-Situation eine Offline-Geschichte.

Was für 50 Minuten ein Dialog war, der von zwei parallel ablaufenden inneren Monologen begleitet wurde, verwandelt sich: Einen inneren Monolog – von dem wir allerdings nur vom Hörensagen wissen<sup>6</sup> – führt der Patient auf dem Weg nach Hause, im Auto, in der Straßenbahn; der andere Monolog wird Teil unseres beruflichen Lebens. In der kurzen Pause zwischen einem Patiententermin und dem nächsten wird der Analytiker versuchen, zu vergessen und seinen seelischen Apparat von Unerledigtem zu reinigen – wie das Freud (1925a) mit dem Wachstäfelchen als Modell des Gedächtnisspeichers skizziert hat –, um für das nächste anstehende Gespräch wieder voll aufnahmebereit zu sein.

Wenn dann das Gespräch mit dem nachfolgenden Patienten ansteht, kann der Psychoanalytiker sich auf Bions (1967) wunderbares Wort berufen: »[N]o memory, no desire« soll dem neuen Ereignis im Wege stehen. Seine Erinnerung an die vorausgehende Sitzung wird jedoch auf wundersame Weise mit den ersten Sätzen des Patienten wiederkehren: Ach ja, da sind wir ja wieder. Freuds berühmte Empfehlung, sich nichts Bestimmtes zu merken, bewährt sich. Patient und Analytiker schwimmen wie Fische im reichen Material des Unbewussten und die ersten Sätze des Klienten führen den Therapeuten auf den richtigen Weg. Greensons Bemerkungen zum Rückgang und Ende der 50-Minuten-Sitzung befördern allerdings Zweifel an dieser idealisierenden Prozessmetapher:

»Erstens glaube ich nicht, dass ein Analytiker, der in seine Arbeit vertieft ist, alle Gedanken, Phantasien, Gefühle und Verwirrtheiten hinsichtlich eines Patienten abschalten kann, sobald dieser geht. Außerdem bedarf es einiger Minuten der Kontemplation oder Ablenkung, um nach einer verwirrenden oder schwierigen Stunde seinen Gleichmut wiederzugewinnen« (Greenson 1974, S. 398).

Was also macht der Therapeut in der Pause nach 50 Minuten? Geht er seinen Toilettenbedürfnissen nach, telefoniert er oder schreibt er gar etwas auf? In der Fachliteratur finden sich vorwiegend kurze oder längere episodische Schilderungen von interaktiven Ereignissen

---

<sup>6</sup> Orlinsky's *Intersession Questionnaire* eröffnete einen Zugang zu diesem Zeitraum zwischen einzelnen Sitzungen (Zeeck et al. 2004).



aus den Therapiesitzungen. Wann sind diese entstanden? Schreiben die Verfasser solcher Vignetten während der Stunde mit, während sie mit gleichschwebender Aufmerksamkeit zuhören? Das kann doch nicht sein – oder haben wir psycho-akustische Hochbegabte unter uns, denen Schreiben und gleichschwebendes Zuhören gleichermaßen gelingt? Oder schreiben sie nach der Sitzung ein paar Stichworte auf einen Zettel und arbeiten diese dann spätabends aus? Oder erfinden sie gar am Wochenende das Material für diese Produktionen?

Glücklicherweise betreffen diese Sorgen nur wenige Therapeuten. Die meisten sehen das Schreiben nicht als einen konstitutiven Anteil der therapeutischen Arbeit. Fakt – Ergebnis vieljähriger Feldbeobachtung – ist doch, dass ein Großteil der Psychoanalytiker nur höchst ungern schreibt.

Bei den wenigen, die offenkundig gerne schreiben, entstehen im günstigen Fall Behandlungsberichte als nachgelieferte, sozusagen posthume Zeugnisse. Allerdings liegt zwischen dem Ereignis des Gesprächs und der Existenzform als literarischem Gegenstand nicht nur ein zeitlicher, sondern auch vom Material her ein Abgrund unbestimmter Art und Größe (Kächele 2009).

Der Prozess der Transformation des therapeutischen Gesprächs in einen Behandlungsbericht ist wenig untersucht. Denken wir an Musik, die sich ereignet, die gehört wird – und von der keine technischen Aufzeichnungen existieren: Sie würde verwehen und im günstigen Fall wehmütig erinnert werden. Auch deshalb wurde für die Musik die Notation erfunden: um wenigstens ein fixiertes, wenn auch extrem reduziertes Abbild zu haben. Von Takt zu Takt repräsentieren die einzelnen Noten mit ihren formalen Einbettungen – wie Pausenzeichen, Taktangaben, Tonlage, Zäsuren – die Struktur, den Verlauf und die Form der Melodie. Die Welt der Musikwissenschaft bestimmt seit Jahrhunderten die auf acht Linien komprimierbaren Formen, benannte Fugen, Sonaten, Sinfonien etc.

Ist es sinnvoll, entsprechendes für das psychoanalytische Gespräch zu erwarten? Wenn ja, wäre die naheliegende Antwort, es müsse dann in großem Umfang Notationen auf der Basis von Tonbandaufzeichnungen geben. Aber eine solche Empfehlung hat sich nicht durchgesetzt. Wir warten noch auf ein universelles Notationssystem für therapeutische Gespräche, das dem der Musik auch nur ansatzweise nahekommmt.

## **Das Logbuch**

Deshalb möchte ich eine Metapher einführen. Stellen wir uns die Welt der Psychotherapie als einen Ozean vor, den viele kleine und große Schiffe befahren; aber dieser ist nicht oder nur schwach kartografiert. Unser Wissen entspricht den nautischen Karten des Mittelalters, die in Küstenbereichen recht präzise waren, aber je weiter hinaus die Schiffe fuhren, desto vager wurde ihre Orientierung. Tagsüber und bei klarem Himmel gab es schon seit Jahrhunderten Orientierungshilfen; für das Navigieren auf der hohen und oft stürmischen See in dunkler Nacht

Klinische Überzeugung

wurde im Jahre 1100 Anno Domini von chinesischen Seeleuten der Kompass erfunden. So einen Psycho-Kompass besitzen wir für intensive Therapieprozesse noch nicht. Was wir haben, und das seit langer Zeit, sind Logbücher – auch Tagebücher, Laborbücher, Stundenbücher – von Therapeuten. Es handelt sich dabei um tägliche Aufzeichnungen dessen, was Außergewöhnliches passiert; wenn nichts passiert ist, steht auch wenig im Logbuch.

Abschließend möchte ich die Frage aufwerfen, inwieweit solche Logbücher »nautischer Verortung« dienen und vorzugsweise Momente der Gefährdung aufzeichnen – oder eher wie Tagebücher<sup>7</sup> der Funktion systematischer Selbstanalyse dienen.

Die nach-freudianische Welt hat sich das Vorbild des Gründers zu eigen gemacht, das Material der täglichen Notizen nicht als wissenschaftlich relevantes Material sui generis zu betrachten. Obwohl viele Therapeuten während ihrer Ausbildung, bei der das Erstellen von Protokollen zu den mühseligen und wohl notwendigen Pflichten gehört – seien sie Analytiker oder von anderer Provenienz –, viele Bogen Papier beschreiben – während der Sitzung, nach der Sitzung –, scheinen nur relativ wenige Therapeuten nach der Phase der Ausbildung eine besondere Lust zu verspüren, den Produkten dieses Schreibens einen hohen Stellenwert zuzugestehen. Die Aktenordner mit den Aufzeichnungen werden vermutlich längere Zeit aufbewahrt, aber nur selten und nur bei wenigen gewinnen sie später nochmals Bedeutung. Es wäre ja denkbar, dass es ein lohnendes Unterfangen sein könnte, ohne explizites wissenschaftliches Interesse später noch einmal über die eigenen schriftlich fixierten Behandlungserfahrungen zu reflektieren. Wie oft dies geschieht, entzieht sich einer systematischen Kenntnis. Trotz dieser Unlust wird aber dem Schreiben über klinische Erfahrungen ein großer kommunikativer Stellenwert in der Entfaltung wissenschaftlich fundierter Psychotherapie zugeschrieben. So haben Buchholz und Reiter (1996) in den epistemischen Kulturen der Therapieschulen interessante Unterschiede bezüglich der Erstellung von Fallgeschichten herausgearbeitet.

Als geglückte Transformationen therapeutischer Erfahrungen in schriftstellerische Produkte können die Schlüsselromane von Tilmann Moser gelten. Es ist anzunehmen, dass sie von seinen Erfahrungen als Psychoanalytiker und als noch immer psychoanalytisch denkender Körpertherapeut motiviert und materialiter umgesetzt wurden. Ihr Gehalt an Faktizität ist jedoch schwer bestimmbar; offenbar kennen nur die Beteiligten, die (vermutlich) ohne ihre Zustimmung literarisch aufbereitet wurden, das Ausmaß des Realitätsgehaltes.

Immerhin berichtet Tilman Moser (1996) über den glücklichen Umstand, »für genau ein Jahr die von Einfühlung, vielfältiger therapeutischer Selbsterfahrung und theoretischem Interesse getragene Hilfe eines Assistenten« in Anspruch genommen zu haben, dem er für das erste Jahr der Behandlung »fast täglich« den Fortgang seiner Behandlung diktieren konnte.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Zur selbstreflexiven Funktion von Tagebüchern siehe Hockes klassisch zu nennender Text: *Das europäische Tagebuch* (1964, S. 9).

<sup>8</sup> »Die Protokolle haben zum Inhalt meinen zu dem Zeitpunkt bereits einige Jahre in Gang befindlichen Übergang von der reinen Psychoanalyse zur Körperpsychotherapie. Deshalb wirkt sich bei den Diktaten auch eine Gewichtung aus: der Schwerpunkt liegt auf Stunden, in denen ich glaubte, die Therapie durch Körperarbeit zu

Ähnliches lässt sich wohl über I.D. Yaloms intensive Produktivität von therapeutischen Erzählungen sagen (Yalom 1989), deren Beschreibungen von Gegenübertragungsphänomenen eine so hohe Qualität aufweisen, dass sie in Lehrbüchern zitiert werden könnten. Allerdings kennzeichnet solche Produkte ein Merkmal, das Spence (1983) als »narrative persuasion« bezeichnet: Sie sind rhetorische Gebilde und sollen den Leser überzeugen.

Sondiert man die Schreibtätigkeit eines Therapeuten, lassen sich gewisse Unterschiedlichkeiten identifizieren. Abgesehen von den praktisch notwendigen schriftlichen Äußerungsformen, die sich bei der Beantragung der Leistungspflicht der Krankenkasse zwangsläufig ergeben, dürfte empirisch eine große Variabilität hinsichtlich Umfang und Qualität der persönlichen Aufzeichnungen bestehen.<sup>9</sup>

Längere und genauere Aufzeichnungen werden vermutlich dann vorgenommen, wenn eine Sitzung problematisch verlaufen zu sein scheint, wenn der Therapeut glaubt, vieles, zu vieles nicht recht verstanden zu haben, oder wenn er ein ungewöhnliches Ereignis oder einen ungewöhnlichen Traum festhalten will. Es findet die Nacharbeit im Anschluss an eine Sitzung wohl zunächst im affektiven Bereich statt. Wird die spontane Bewertung einer Sitzung als eher zufriedenstellend empfunden, kann das zu dem Gefühl führen, die Arbeit getan zu haben; bei der folgenden Sitzung sieht man dann weiter. Ist die Arbeit nicht zufriedenstellend verlaufen, setzen grübelnde Denkschleifen ein, die entweder zur Unlust, etwas zu notieren, führen oder ein produktives Nachdenken in Gang bringen können.

Im günstigen Fall wird der Vorgang des Protokollierens zu einem selbstanalytischen Vorgang. Als Therapeut werde ich zu meinem eigenen Supervisor, schreibend erzähle ich mir selbst nochmals zusammenfassend, was in einer Sitzung vorgefallen ist. Kann man davon ausgehen, dass Schreiben Selbstreflexion bedingt und damit fördert? Es könnte unter therapeutischen Rahmenbedingungen auch umgekehrt sein: Je mehr aufgeschrieben wird, desto mehr wird sekundär elaboriert, was zu schmerzvoll wäre, nur als unverarbeitetes Gefühl aufbewahrt zu werden, und also aufgeschrieben werden muss.<sup>10</sup>

---

vertiefen. Es fehlen also oft lange Passagen der verbalen ›Verdauung‹, also des Durcharbeitens; auch Passagen der langsamen meditativen Vorbereitung des nächsten Schrittes, der langsamen Veränderung der Übertragung, des Schweigens, des ruhigen Seins oder des vorsichtigen Umkreisens einer noch unklaren Spannung oder neuen Atmosphäre. Insofern handelt es sich sicher nicht um eine direkte Abbildung der täglichen Arbeit, sondern um Berichte über Verdichtungen, besondere Eingriffe, Beschleunigungen oder einen massiven Wechsel der Arbeitsebenen oder deren besonders anschauliches Ineinandergreifen« (S. 9).

<sup>9</sup> Bei uns besteht auch nach der Ausbildung eine Dokumentationspflicht, über deren Umfang bezüglich der Einzelheiten des psychotherapeutischen Prozesses keine klare Festlegung besteht. Es dürften in der Regel vermutlich eher knapp gehaltene stichwortartige Aufzeichnungen gemacht werden. Formalisierte Prozessbegleitbögen, wie sie in der Therapiebegleitforschung eingesetzt wurden, haben sich in der Praxis nicht durchgesetzt (Orlinsky/Howard 1975).

<sup>10</sup> Bions »containing« sollte aber nicht zu einem Gegenstand reifiziert werden!

## Forschungsansätze

Als offene Frage bleibt vorerst stehen, ob es hilfreicher, nützlicher ist, einen Sitzungsrückblick unmittelbar im Anschluss an die Stunde zu diktieren als ihn erst nach ausgiebiger »Verdauung« zu notieren. Entsteht unmittelbar nach der Sitzung ein »freier Bericht«, der sich von einem später geschriebenen unterscheidet?

Im Rahmen des eingangs erwähnten Projektes zum Erkenntnisprozess im Analytiker (Meyer 1988) wurde mir deutlich, dass die gedankliche Situation nach dem Sitzungsende nicht einfach als eine Fortsetzung der »unbewussten Geistestätigkeit« während der analytischen Stunde begriffen werden kann. Eine wichtige Erfahrung der Studie war die Auswirkung der physischen Trennung vom Patienten auf den sogenannten freien Rückblick. Der Übergang von der therapeutischen Situation, in der parallel eine dyadische Kommunikationsebene und eine monologische – teils verbalisierte, teils nicht verbalisierte – Ebene bestehen, die sich gegenseitig bedingen und sich fördern und hemmen, in die äußerlich monologische Position, in der über eine nur noch in der kurzzeitigen Erinnerung vorhandene, dyadische Situation assoziierend reflektiert werden soll, führt zu einer raschen Umorganisation der seelischen Verfassung des reflektierenden Analytikers.

Wozu sind solche privaten, auf therapeutische Prozesse bezogenen Aufzeichnungen nun nützlich? Sind sie hilfreich für die Rekonstruktion latenter Modelle des schreibenden Therapeuten durch die Metaphernanalyse, wie Buchholz (1997) aufzeigt? Was lässt sich daraus lernen und erfahren, das weder aus den üblichen Fallberichten noch über Tonbandaufzeichnungen zu erfahren ist? Ist es das Material der Subjektivität des Analytikers par excellence, der Schlüssel zu dem Nicht-Gesagten und oft nicht Sagbaren? Als engagierter Logbuchschreiber plädiere ich für eine größere Bereitschaft, solche privaten Aufzeichnungen, natürlich gut anonymisiert, in die Hände der Scientific Community zu geben, um die Nahtstelle zwischen dialogischer Tätigkeit und monologischer Verarbeitung besser zu begreifen.

## Literatur

- Bibring E (1947) The so-called English school of psychoanalysis. *Psychoanal Quart* 16: 69-93
- Bion WR (1967/1988) Notes on memory and desire. In: Bott Spillius E (Hg) *Melanie Klein today*. Tavistock, London, New York, S 17-21
- Buchholz MB (1997) Die Rekonstruktion latenter Modelle von Falldarsteller und Supervisor durch die Metaphernanalyse. In: Buchholz MB, Hartkamp N (Hg) *Supervision im Fokus - Polyzentrische Analysen einer Supervision*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 140-168
- Buchholz ES, Reiter L (1996) Auf dem Weg zu einem empirischen Vergleich epistemischer Kulturen in der Psychotherapie. In: Bruns G (Hg) *Psychoanalyse im Kontext*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 75-100
- Dreher S (1998) *Psychoanalytische Konzeptforschung*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Ellenberger H (1973) *Die Entdeckung des Unbewußten*. Huber, Bern
- Fonagy P (2006) The failure of practice to inform theory and the role of implicit theory in bridging the transmission gap. In: Canestri J (Hg) *Psychoanalysis from practice to theory*. Wiley & Sons, West Sussex, S 69-86

- Freud S (1925a) Notiz über den Wunderblock. GW 14, S. 3-8
- Giovacchini PL (Hg) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Hogarth, London.
- Greenson RR (1974) The decline and fall of the 50-minute-hour. J Am Psychoanal Ass 22: 785-791
- Hamilton V (1996) The analyst's preconscious. Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Heimann P (1969) Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers. Psyche – Z Psychoanal 23: 2-24
- Jiménez JP (2009a) Das Erfassung der Praxis gemäß ihrem eigenen Wert. Psyche – Z Psychoanal 63 (Supplement) 25-50;
- Jiménez JP (2009b) Grasping psychoanalysts' practice in its own merits. Int J Psychoanal 90: 231-248
- Jiménez, JP 2006: Beitrag zu Thpmä, Jiménez & Kächele (2006)
- Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jahrb Psychoanal 12: 118-177
- Kächele H (2009) Das Logbuch der Therapeuten. In: Kächele H, Pfäfflin F (Hg) Behandlungsberichte und Fallgeschichten. Psychosozial-Verlag, Giessen, S 201-217
- Kernberg OF (1972): Critique of the Kleinian school. In: Giovacchini, P. L. (Hg.) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Hogarth, London, S 62-93.
- König H (2000) Gleichschwebende Aufmerksamkeit und Modellbildung. Eine qualitativ-systematische Studie zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers. Ulmer Textbank, Ulm
- König H, Kächele H (1995) Das Tübingen-Ulmer Naturalisierungsprojekt. unveröffentlicht.
- Leuzinger-Bohleber M, Henningsen P, Pfeifer R (2008) Klinische, konzeptuelle und wissenschaftstheoretische Überlegungen. In: Leuzinger-Bohleber M, Roth G, Buchheim A (Hg) Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma. Schattauer, Stuttgart, S 157-171
- Meyer AE (1981) Psychoanalytische Prozeßforschung zwischen Skylla der "Verkürzung" und der Charybdis der "systematischen akustischen Lücke". Z Psychosom Med Psychoanal 27: 103-116
- Meyer AE (1988) What makes psychoanalysts tick? In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hg) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 273-290
- Momigliano LN (1987) A spell in Vienna - but was Freud a Freudian? Int Rev Psychoanal 14: 373-389
- Moser T (1996) Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst. Suhrkamp, Frankfurt
- Moser U (1991) Vom Umgang mit Labyrinthen. Praxis und Forschung in der Psychoanalyse - eine Bilanz. Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse 45: 315-334
- Moser U (2001) "What is a Bongaloo, Daddy? " Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel früher Störungen. Psyche - Z Psychoanal 55: 97-136
- Moser U, von Zeppelin I (2004) Borderline: Mentale Prozesse in der therapeutischen >Mikrowelt<. Psyche - Z Psychoanal 58: 634-648
- Orlinsky DE, Howard KI (1975) Varieties of psychotherapeutic experience. Columbia Teachers College Press, New York
- Pine F (1988) The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work. J Am Psychoanal Ass 36: 571-596
- Poscheschnik G (2009) Empirische Forschung in der Psychoanalyse – Vorbehalte und Vorteile. Psyche - Z Psychoanal 63: 333-366
- Pulver, SE (1987) How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. Psychoanalytic Inquiry 7: 141 – 299
- Radnitzky G (1973) Contemporary schools of metascience. Regnery, Chicago
- Ramzy I (1974) How the mind of the psychoanalyst works. An essay on psychoanalytic inference. Int J Psychoanal 55: 543-550
- Sandler J (1983) Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. Psyche – Z Psychoanal 37: 577-595

## Klinische Überzeugung

- Shakow D (1960) The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. *Psychoanal Quart* 29: 82-97
- Spence DP (1982) Narrative truth and theoretical truth. *Psychoanal Quart* 51: 43-69
- Spence DP (1983) Narrative persuasion. *Psychoanal Contemp Thought* 6: 457-481
- Streeck U (1994) Psychoanalytiker interpretieren "das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht". In: Buchholz MB, Streeck U (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 179-224
- Thomä H (1981a) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt
- Thomä H (1981b) Über die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker und seinen Funktionen. In: Thomä H (Hrsg) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt, S 122-139
- Thomä H, Jiménez JP, Kächele H (2006) Vergleichende Psychoanalyse - textnahe klinische Forschung. In: Thomä H, Kächele H (Hg) Psychoanalytische Therapie. Band 3 Forschung. Springer MedizinVerlag, Heidelberg, S 177-198
- Thomä H, Kächele H. (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1985
- Tuckett D (1994) The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 75: 865-870
- von Zeppelin I (1987) Outline of a process model of psychoanalytic therapy. In: Cheshire NM, Thomä H (Hg) Self, symptoms and psychotherapy. Wiley & Sons, New York Chichester, S 149-165
- Wallerstein RS, Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 52: 11-50
- Yalom ID (1989) Die Liebe und ihr Henker und andere Geschichten aus der Psychotherapie. btb, München