

*Aus dem Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt a. M.
(Direktor: Professor Dr. Alexander Mitscherlich)*

HERMANN ARGELANDER, FRANKFURT A. M.

DAS ERSTINTERVIEW IN DER PSYCHOTHERAPIE

Vorbemerkung

Die erste Zusammenfassung über unsere Erfahrungen mit dem Erstinterview habe ich mitten aus der täglichen Arbeit heraus niedergeschrieben, um den gegenwärtigen Entwicklungsstand festzuhalten. Sie gibt den persönlichen Stil einer umschriebenen Arbeitsgruppe wieder, deren Mitglieder gemeinsam an der Ausgestaltung beteiligt sind, unterstützt durch Anregungen anderer Gruppen mit ähnlichen Interessen. Deshalb bin ich allen meinen Kollegen zu großem Dank verpflichtet und erfülle gern die wichtige Funktion in unserer Gruppe, ihre Ideen und Fragestellungen schriftlich niederzulegen. Hierin liegt natürlich auch eine klare Begrenzung der allgemeinen Anwendung unserer Ergebnisse. Die wichtigsten Anregungen erhielten wir aus englischen psychoanalytischen Kreisen, vorwiegend vermittelt durch persönliche Kontakte mit Dr. M. Balint, Dr. H. Ezriel, Dr. P. Heimann, Dr. W. Hoffer und Dr. P. Turquet.

Da wir uns noch in einem kontinuierlichen Arbeitsprozeß befinden, bleibt meine Zusammenfassung in vielerlei Hinsicht unfertig und hält sich besonders zum Schluß hin für neue Probleme und Fragestellungen offen. Das gilt besonders für die ersten Typisierungsversuche des allgemeinen Verhaltens im Erstinterview, das bei klarerer Abgrenzung relativ zuverlässige Voraussagen erlauben könnte. So bestätigt sich immer wieder, daß der „anspruchsvolle Patient“ trotz seines anfänglichen Bemühens nie eine geordnete Behandlung eingeht.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor A. Mitscherlich für die beständige Förderung unserer Arbeit und meinem Mitarbeiter Herrn Dr. K. Frank, der mit mir das ganze Manuskript noch einmal durchgegangen ist.

Einleitung

Das Frankfurter Sigmund-Freud-Institut steht — wie auch andere poliklinisch tätige psychoanalytische Institute — vor der schwierigen Aufgabe, aus einer großen Zahl von Behandlungsuchenden die Patienten auszuwählen zu müssen, für die die vorhandenen psychotherapeutischen Verfahren geeignet und erfolgversprechend erscheinen. Angewendet werden in erster Linie: langfristige Psychoanalysen, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, Kurztherapie (Fokaltherapie), Gruppentherapie und Beratungen. Unter dem Druck der Zeit steht als Auslesemethode nur das Erstinterview zur Verfügung. Darüber hinaus wird untersucht, wie weit dieses Auswahlprinzip durch psychologische Tests ausgebaut werden kann (Prof. Dr. H. Vogel). Wir streben eine Erstuntersuchung an, in der zunächst zwei Verfahren unabhängig voneinander durchgeführt werden: das Erstinterview und die Testuntersuchung. Der dritte Untersuchungsabschnitt ist die gemeinsame Besprechung der bisher gewonnenen Ergebnisse in einer konstanten Arbeitsgruppe. Sie hat die wichtige Funktion, sowohl das angebotene

Material wie auch die in der Gruppe während des Gesprächs auftauchenden emotionellen Konstellationen miteinander zu integrieren und daraus eine dynamische Hypothese über die Struktur des Patienten zu formulieren.

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Erstinterview auseinander, mit dessen Hilfe bisher Diagnose, Indikation und Prognose eines seelischen Krankheitszustandes im Hinblick auf eine auszuwählende Form der Therapie erarbeitet werden. Diese drei Faktoren hatten in der Anfangsphase psychoanalytischer Forschung eine relativ einfache Beziehung zueinander: Wenn der Patient eine klassische Neurose (Hysterie, Zwangsneurose oder Phobie) aufwies und in genügendem Ausmaß zu einer Behandlung bereit war, galt die Indikation zur Psychoanalyse als gegeben. Bei korrekter Technik konnte man mit einer einigermaßen günstigen Prognose rechnen. Schon bei einer groben Orientierung ist zu sehen, daß die Zusammenhänge heute viel komplizierter geworden sind.

Die Psychotherapie beschränkt sich nicht mehr auf die Behandlung der klassischen Neurosen, sondern erhebt den berechtigten Anspruch, auch bei anderen seelischen Krankheitsformen berücksichtigt zu werden, wie Charakterneurosen, Perversionen, bestimmten Formen der Kriminalität, psychosomatischen Erkrankungen, Grenzfällen zur Psychose usw. Der erweiterte diagnostische Gesichtspunkt wirft eine Reihe von Fragen zur Indikation und Prognose auf.

Das Ziel der psychotherapeutischen Arbeit hat sich ebenfalls gewandelt. In der Frühzeit der Psychoanalyse galt die Entwicklung zur „normalen“ Persönlichkeit als Kriterium für eine erfolgreiche Behandlung. Heute sind die Ansprüche viel bescheidener geworden. Wir bestehen zwar auch noch entschieden auf der Veränderung einer ungünstigen seelischen Struktur durch den Behandlungsprozeß, sehen aber bereits einen Erfolg als gegeben an, wenn sich eine bessere Anpassung an die inneren und äußeren Lebensbedingungen einstellt, ein Zuwachs an persönlicher Freiheit zu verzeichnen ist und eine Verminderung der quälenden Konfliktspannungen, Symptome und Ängste erreicht wird. Die absolute „Normalität“ als Idealfall ist eine Arbeitshypothese. Ihrer Verwirklichung begegnen wir mit größtem Mißtrauen. *Freud* hat das Ziel der psychotherapeutischen Arbeit 1937 sehr klar und einfach formuliert: „Die Analyse soll die für die Ich-Funktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt“ (a. a. O. S. 96). Natürlich kann im Einzelfall die Vorstellung von der Persönlichkeit des Patienten, die dem Psychotherapeuten nach erfolgreicher Behandlung vorschwebt, sehr verschieden aussehen. Wir denken z. B. an den gleichen zeitlichen und persönlichen Einsatz bei einem reichbegabten und einem in seiner Lebensentwicklung wenig differenzierten Menschen.

Die Technik der Psychotherapie ist ebenfalls einem ständigen Wandel unterworfen. *Freud* erwähnt die Veränderung seiner Technik schon 1905: „Dies wird aber verständlich, wenn ich mitteile, daß seit den ‚Studien‘ die psychoanalytische Technik eine gründliche Umwälzung erfahren hat“ (a. a. O. S. 169). Neben der Entwicklung der klassischen analytischen Methode, besonders nach Einbeziehung der Ich-Psychologie, hat schon immer die Tendenz bestanden, analytische Erkenntnisse und Erfahrungen für einfachere und kürzere therapeutische Techniken zu nutzen. *Freud* nahm zu diesen Bemühungen seiner Schüler in folgender Weise Stellung:

„Es ist unzweifelhaft wünschenswert, die Dauer einer analytischen Kur abzukürzen, aber der Weg zur Durchsetzung unserer therapeutischen Absicht führt nur über die Verstärkung der analytischen Hilfskraft, die wir dem Ich zuführen wollen. Die hypnotische Beeinflussung schien ein ausgezeichnetes Mittel für unsere Zwecke zu sein; es ist bekannt, warum wir darauf verzichten mußten. Ein Ersatz für die Hypnose ist bisher nicht gefunden worden, aber man versteht von diesem Gesichtspunkt aus die leider vergeblichen therapeutischen Bemühungen, denen ein Meister der Analyse wie *Ferenczi* seine letzten Lebensjahre gewidmet hat.“ (*Freud*, 1937, S. 74.)

Der Wandel in der Einstellung zu Krankheitsform, Zielsetzung und Technik wirft eine Fülle von Problemen auf, mit denen wir uns in dieser Arbeit nicht befassen können. Wir begrenzen unser Interesse auf das Erstinterview als Methode, d. h. als strukturiertes situatives Geschehen. Uns beschäftigt die Frage, was sich in einem Erstinterview abspielt. Damit besinnen wir uns auf unser psychoanalytisches Instrument und gehen ganz bewußt der für die tägliche Arbeit zwar notwendigen aber immer noch unbefriedigenden Vermengung psychiatrischer, klinisch-psychologischer und neurosenpsychologischer Begriffssysteme aus dem Wege. Wir halten es für analytisch legitim zu fragen, ob diese Begriffssysteme unter anderem nicht auch eine Abwehrfunktion erfüllen, indem sie noch nicht ausreichend in ihrer Bedeutung verstandene Prozesse vorschnell abstempeln, um sich ihnen gegenüber in bereits vertrauten und gesicherten Vorstellungsbahnen zu bewegen.

Das „Erstinterview“ ist im medizinischen Sektor (dort nennt man es allerdings Anamnesenerhebung) das erste Zusammentreffen zwischen Patient und Arzt. Eine Person, die krank ist, sich krank fühlt oder krank zu sein glaubt, sucht einen Arzt auf, der auf Grund seiner Ausbildung, seiner beruflichen Tätigkeit und seines Wissens dazu bestimmt und berufen ist, die Krankheit zu diagnostizieren, ihre Bedeutung zu erkennen und einen Heilplan zu entwerfen. Es besteht eine stillschweigende Übereinkunft, daß der Arzt sich mit dem objektiven Faktum „Krankheit“, als dessen Träger der Patient sich unglücklicherweise fühlt, auseinandersetzt, an ihr mit Hilfe oder Einverständnis des Patienten etwas vornimmt, sie beseitigt oder ein für den Patienten erträgliches Zusammensein mit ihr ermöglicht. So ist der Patient

im „Erstinterview“ für den Arzt eine wichtige Informationsquelle; denn er gibt ihm Hinweise über die Dauer, das Fortschreiten der Krankheit und all die Erscheinungsweisen, die er selbst wahrgenommen hat. Die Informationen werden vom Arzt gesichtet, ergänzt und an Hand eigener Vorstellungen zu einem Konzept verarbeitet, in dem die Krankheit eine Zuordnung und Bedeutung erhält. Dieses Konzept wird durch weitere Untersuchungsverfahren erhärtet, verfeinert oder verworfen. Wir wollen diesen Prozeß hier nicht näher beschreiben, da wir ihm das Wesentliche bereits entnommen haben: Krankheit ist ein objektiv faßbarer Tatbestand, der seiner Entstehung nach von der Person des Kranken unabhängig ist. Informationen über die eigene Person sind nur insofern belangvoll, als sie Hinweise über Erbfaktoren, krankheitsauslösende Ereignisse, äußere Verursachungen usw. ergeben. Der Patient bleibt ein Vermittler von Informationen, die zum Teil, wahrscheinlich überwiegend, erfragt werden müssen, da der Patient im allgemeinen nicht über medizinische Vorstellungen verfügt und damit auch nicht die Bedeutung seiner Informationen abschätzen und akzentuieren kann. Als wesentliches Moment wird berücksichtigt, inwieweit der Patient den Wert der Information durch subjektives Erleben entstellt.

Eine Sonderstellung nimmt die Psychiatrie ein. Sie untersucht Krankheitsprozesse, die übersteigerte Phänomene des allgemeinen menschlichen Verhaltens, Denkens, Wahrnehmens, Fühlens usw. darstellen. Diese variieren gradmäßig von geringsten Abweichungen des sogenannten Normalen bis zum extrem Deformierten und nicht mehr Einfühlbaren. In der Psychiatrie wird die Person über das Krankheitsgeschehen hinaus zum Objekt der Informationen.

Diese an sich so selbstverständliche Tatsache muß deshalb betont werden, weil sich in der Praxis des Interviews der Untersuchungsgegenstand (Krankheit) und die Informationen vermittelnde Person gegeneinander verschieben können, was zwangsläufig zu einer Veränderung der Technik führen muß. Man vergleiche die Technik bei einer ärztlichen Anamnesenerhebung, bei einer soziologischen Befragung usw. mit der eines psychotherapeutischen Erstinterviews. Alle erhalten ihr spezifisches technisches Konzept von den Zielen, die sie jeweils verfolgen. Selbstverständlich gibt es psychologische Grundregeln, die alle Techniken gemeinsam haben. Wir werden diese vernachlässigen und uns dem psychotherapeutischen Erstinterview als unserem eigentlichen Thema zuwenden. Der Gegenstand unserer Untersuchung ist nicht eine von der Person des Patienten unabhängige Krankheit, sondern ein Prozeß, der sich in allen Bereichen der subjektiven und objektiven, inneren und äußeren, bewußten und unbewußten Welt des Patienten abspielt. Hier beginnt unser Thema.

Das Erstinterview — ein Stiefkind in der Psychotherapie

Alle psychotherapeutischen Verfahren zielen letztlich darauf ab, dem an sich selbst oder seiner Umwelt leidenden Patienten mit psychologischen Mitteln zu einer neuen fruchtbaren Erfahrung zu verhelfen, die seine innere Einstellung ändert. Wie jeder ärztliche Eingriff im allgemeinen, so setzt auch der psychotherapeutische die Kenntnis der Form des Leidens (die Diagnose) und die Abschätzung der Folgen dieses Eingriffs voraus. Die Diagnose legt den krankhaften Bereich fest, zieht aber selten schon ein ihm zugeordnetes spezifisches therapeutisches Verfahren nach sich. Fast immer sind zusätzliche Untersuchungen zur Klärung notwendig, welche Eingriffe sinnvoll, dem Leiden angemessen oder dem Patienten schädlich, unzumutbar und zu vermeiden sind. Diese Überlegungen werden vor Beginn der Behandlung angestellt. Im psychotherapeutischen Sektor der Krankenbehandlung finden wir in dieser Hinsicht recht komplizierte Verhältnisse vor, weil alle abklärenden Untersuchungsmaßnahmen bereits positiv oder negativ auf den sehr empfindlich reagierenden seelischen Bereich einwirken. Dieser Mobilisierungsprozeß ist zur Urteilsfindung unbedingt notwendig; denn er strukturiert die Suchrichtung zu einem erfolgversprechenden therapeutischen Vorgehen. Die klassische Psychoanalyse kann diagnostische und therapeutische Einwirkungen durch die Spezifität ihrer Methode nicht scharf voneinander trennen. Aber gerade sie ist gegen falsche Indikationsstellungen besonders empfindlich, da sie einen hohen, zeitraubenden und kostspieligen persönlichen Einsatz vom Patienten und vom Therapeuten verlangt. Deshalb gehört sie zu den Behandlungsmethoden, die sehr sorgfältige Überlegungen und Untersuchungen voraussetzen. Bis heute ist praktisch dieses Problem trotz vieler Bemühungen noch nicht gelöst.

Diese unbefriedigende Situation berührt die verschiedenen Therapeuten sehr unterschiedlich. Den einen Extremfall stellen Psychoanalytiker in eigener Praxis dar, denen ausgesuchte Patienten von erfahrenen Kollegen angeboten werden, die sie zu einer Vorbesprechung einbestellen, wenn sie einen Platz für eine lange Behandlung frei haben. Sie sind ausschließlich mit der Frage beschäftigt, ob sie selbst mit diesen Patienten unter den gegebenen äußeren und inneren Voraussetzungen eine Behandlung versuchen sollen oder nicht. Notfalls können sie eine Probebehandlung einleiten, die zur weiteren Klärung beiträgt und einen freien Behandlungsplatz für einige Wochen blockiert, bis er wieder über Jahre hinaus besetzt wird.

Den anderen Extremfall bilden die Psychotherapeuten, die sich einer großen Zahl von Rat- und Behandlungsuchenden gegenübersehen, deren berechtigtem Anspruch auf Hilfe sie nur unter ökonomischen Gesichtspunkten nach-

kommen können. Sie müssen z. B. die Zahl der Therapeuten in erreichbarer Nähe, ihre verschiedenen Behandlungsmethoden, Ortsveränderungen, stationäre Unterbringung in einer Klinik, finanzielle und familiäre Gegebenheiten berücksichtigen. *Mitscherlich* (1954) hat diesen Problemkreis in einer Arbeit angesprochen und sich an 890 Patienten, die in einem Zeitraum von 20 Monaten die Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg aufsuchten, speziell mit den Hindernissen in der Anwendung der Psychotherapie auseinandergesetzt. Seine Überlegungen laufen auf einige konkrete Fragen hinaus, von denen uns im vorliegenden Zusammenhang besonders die folgende beschäftigen muß: „Was kann der psychoanalytisch arbeitende Arzt an seiner Methode verbessern, um sie den sozialen Anforderungen, soweit zulässig, anzupassen?“ (*Mitscherlich*, 1954, S. 200).

Wie sich im Verlauf unserer Arbeit immer deutlicher herausstellen wird, fällt dieser Gruppe von Psychotherapeuten bei der *Voruntersuchung* eine sehr vielschichtige und verantwortungsvolle Aufgabe zu, die ein eigenes technisches Konzept verlangt, welches unter dem Namen Erstinterview bekannt, umstritten und voller verschiedener Inhalte ist. Auch andere Bezeichnungen wie „klinisches Interview“ (*Deutsch* und *Murphy*), „initiales Interview“ (*Gill*, *Newman*, *Redlich*), „psychiatrisches Interview“ (*Sullivan*) sind geläufig.

In einem kurzen historischen Überblick werden wir die Stadien des wachsenden Problembewußtseins aufzuzeigen versuchen, die die Schwierigkeiten unseres Themas beleuchten.

Freud hat der Erstuntersuchung niemals eine spezielle Arbeit gewidmet, sondern sich zu diesem Thema nur verstreut in seinen Arbeiten geäußert. Die Hindernisse, die sich dem Verständnis der inneren Situation des Kranken in den Weg stellen, werden von ihm schon sehr früh (1905) im Zusammenhang mit seinem berühmten Fall Dora erwogen:

„Ich beginne dann zwar die Behandlung mit der Aufforderung, mir die ganze Lebens- und Krankheitsgeschichte zu erzählen, aber was ich darauf zu hören bekomme, ist zur Orientierung noch immer nicht genügend. Diese erste Erzählung ist einem nicht schiffbaren Strom vergleichbar, dessen Bett bald durch Felsmassen verlegt, bald durch Sandbänke zerteilt und untief gemacht wird. Ich kann mich nur verwundern, wie die glatten und exakten Krankheitsgeschichten Hysterischer bei den Autoren entstanden sind. In Wirklichkeit sind die Kranken unfähig, derartige Berichte über sich zu geben. Sie können zwar über diese oder jene Lebenszeit den Arzt ausreichend und zusammenhängend informieren, dann folgt aber eine andere Periode, in der ihre Auskünfte seicht werden, Lücken und Rätsel lassen, und ein andermal steht man wieder vor ganz dunklen, durch keine brauchbare Mitteilung erhellten Zeiten. Die Zusammenhänge, auch die scheinbaren, sind meist zerrissen, die Aufeinanderfolge verschiedener Begebenheiten unsicher; während der Erzählung selbst korrigiert die Kranke wiederholt eine Angabe, ein Datum, um dann nach längerem Schwanken etwa wieder auf die erste Aussage zurückzugreifen. Die Unfähigkeit der Kranken zur geordneten Darstellung ihrer Lebensgeschichte, soweit sie mit der Krankengeschichte zusammenfällt, ist nicht nur

charakteristisch für die Neurose, sie entbehrt auch nicht einer großen theoretischen Bedeutung. Dieser Mangel hat nämlich folgende Begründung: Erstens hält die Kranke einen Teil dessen, was ihr wohlbekannt ist und was sie erzählen sollte, bewußt und absichtlich aus den noch nicht überwundenen Motiven der Scheu und Scham (Diskretion, wenn andere Personen in Betracht kommen) zurück; dies wäre der Anteil der bewußten Unaufrichtigkeit. Zweitens bleibt ein Teil ihres anamnestischen Wissens, über welchen die Kranke sonst verfügt, während dieser Erzählung aus, ohne daß die Kranke einen Vorsatz auf diese Zurückhaltung verwendet: Anteil der unbewußten Unaufrichtigkeit. Drittens fehlt es nie an wirklichen Amnesien, Gedächtnislücken, in welche nicht nur alte, sondern selbst ganz rezente Erinnerungen hineingeraten sind, und an Erinnerungstäuschungen, welche sekundär zur Ausfüllung dieser Lücken gebildet wurden. Wo die Begebenheiten selbst dem Gedächtnis erhalten geblieben, da wird die den Amnesien zugrunde liegende Absicht ebenso sicher durch Aufhebung eines Zusammenhangs erreicht, und der Zusammenhang wird am sichersten zerrissen, wenn die Zeitfolge der Begebenheiten verändert wird. Letztere erweist sich auch stets als der vulnerabelste, der Verdrängung am ehesten unterliegende Bestandteil des Erinnerungsschatzes. Manche Erinnerungen trifft man sozusagen in einem ersten Stadium der Verdrängung, sie zeigen sich mit Zweifel behaftet. Eine gewisse Zeit später wäre dieser Zweifel durch Vergessen oder Fehlerinnern ersetzt.“ (S. Freud, 1905 a, S. 173—175.)

Im Laufe der Zeit grenzen sich Indikationen und Kontraindikationen aus den Erfahrungen der analytischen Praxis ab, die Freud (1905 b) im gleichen Jahr in seiner Arbeit „Über Psychotherapie“ formuliert. 1917 stellt er fest:

„Viele Behandlungsversuche mißlingen in der Frühzeit der Analyse, weil sie an Fällen unternommen waren, die sich überhaupt nicht für das Verfahren eignen, und die wir heute durch unsere Indikationsstellung ausschließen. Aber diese Indikationen konnten auch nur durch den Versuch gewonnen werden.“ In der Neuen Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse 1933 äußert sich Freud sehr skeptisch und zurückhaltend: „Unsere Diagnosen erfolgen sehr häufig erst nachträglich, sie sind von der Art wie die Hexenprobe des Schottenkönigs, von der ich bei Victor Hugo gelesen habe. Dieser König behauptete, im Besitz einer unfehlbaren Methode zu sein, um eine Hexe zu erkennen. Er ließ sie in einem Kessel kochenden Wassers abbrühen und kostete dann die Suppe. Danach konnte er sagen: Das war eine Hexe oder: Nein, das war keine. Ähnlich ist es bei uns, nur, daß wir die Geschädigten sind. Wir können den Patienten, der zur Behandlung, oder ebenso den Kandidaten, der zur Ausbildung kommt, nicht beurteilen, ehe wir ihn durch einige Wochen oder Monate analytisch studiert haben. Wir kaufen tatsächlich die Katze im Sack.“ (S. Freud, 1916/17, S. 477.)

1938 veröffentlichte Stekel ein Buch über die Technik der analytischen Psychotherapie, dessen erstes Kapitel dem einleitenden Interview (Preliminary Interview) gewidmet ist. Er beginnt dieses Kapitel mit dem bedeutungsvollen Satz: „Der Ausgang der psychoanalytischen Behandlung wird oft in der ersten Stunde entschieden.“ In seinen Ausführungen geht Stekel sehr konkret auf praktische Fragen ein, allerdings mehr im Sinne einer Vorbesprechung. Auch er behält sich vor, mit dem Patienten eine „Versuchswoche“ zu vereinbaren. Im ganzen empfiehlt er eine große Zurückhaltung gegenüber den Patienten, sowohl hinsichtlich eigener Aktivität als auch in der Prognosenstellung. Zwei grundsätzlich voneinander verschiedene Konzepte über den ersten Kontakt mit dem Patienten vermischen sich auch in

seiner Arbeit. Das erste ist mit der Vorstellung verbunden, den Patienten zu untersuchen, seine Krankheit zu verstehen, diagnostische und prognostische Kriterien hinsichtlich einer Behandlungsmöglichkeit zu erwägen (Erstinterview). Das zweite, nach dem Beschluß, den Patienten zu behandeln, dient dazu, ihn in einer Vorbesprechung auf die realen Bedingungen der Behandlung, ihre „Spielregeln“, vorzubereiten und auf die Fragen, Zweifel und Schwierigkeiten des Patienten in bezug auf die konkreten Voraussetzungen, zum Beispiel Honorarfragen, einzugehen.

In ein neues Stadium des Problembewußtseins führt uns die Erkenntnis der Schwierigkeiten, psychoanalytische Technik zu lehren. *Glover* (1955) schreibt dazu: Die Schwierigkeiten in der psychoanalytischen Praxis gliedern sich nach drei Hauptgruppen, die 1. mit dem Fallmaterial, 2. mit der Untersuchungsmethode und 3. mit den Ängsten, Schuldgefühlen, Depressionen, Mißtrauen und anderen persönlichen Abwehrformen des Analytikers verbunden sind. Sie beeinflussen nicht nur die Eigenreaktionen und Einstellungen des Analytikers (stören das Instrument der Untersuchung), sondern färben den Blick für den Patienten und seine Reaktionen (entstellen das Fallmaterial). Die Verpflichtung, psychoanalytische Technik zu lehren, sich mit ihr im einzelnen Schritt für Schritt auseinanderzusetzen, zieht eine Systematisierung, ein gewisses Modelldenken, nach sich. *Glover* grenzt die Erstuntersuchung noch nicht als ein eigenes technisches Verfahren ab, sondern diskutiert sie bei der Eröffnungsphase, wie er den Auftakt der Analyse nennt. Allerdings spricht er sehr deutlich unser Problem an: Während der „Consulting Analyst“ den Vorteil hat, seine eigenen Fälle nach einer sorgfältigen Untersuchung auszuwählen, in der er nicht nur zu einer vorläufigen Diagnose gelangt, sondern auch die voraussichtliche therapeutische Entwicklung des Patienten abwägt, muß sich der Ausbildungskandidat mit Fällen behelfen, die für ihn nach einer relativ kurzen ambulanten Untersuchung ausgesucht werden, die nicht immer seinen Erfordernissen entspricht. *Glover* empfiehlt, bei überwiesenen Fällen eine Vorbesprechung vor der ersten Stunde einzuschieben, in der aber keineswegs die Erstuntersuchung wiederholt werden soll. Um eine solche Untersuchung ausführen zu können, sollte der Kandidat Erfahrungen in der analytischen Methode der „Konsultation“ erworben haben, die zu seiner Ausbildung gehört, aber zu oft als nebensächlich vernachlässigt wird. Damit weist *Glover* ausdrücklich auf eine analytische Methode der „Konsultation“ hin und kommentiert sie in folgender Weise: Die analytische Konsultation unterscheidet sich von anderen Untersuchungsverfahren in erster Linie dadurch, daß der Patient angehalten wird, seine eigene Geschichte zu erzählen. Er steht im Mittelpunkt des Interesses, und man kann aus der Art und Weise, wie er sich verhält und

seine Lebensgeschichte entwickelt, viele brauchbare Hinweise von ihm erhalten.

Vom gleichen Problem, die Anwendung psychoanalytischer Prinzipien in einem klinischen Interview zu lehren, geht *F. Deutsch* aus und entwickelt eine spezifische Interviewtechnik, die er „Associative Anamnese“ nennt. Sie dient ihm ferner dazu, psychosomatische Störungen in einem ersten Ansatz zu verstehen. Lehre und Forschung stimulieren offensichtlich das Bedürfnis zur Entwicklung einer systematischen Technik, wie sie *Deutsch* 1954 mit vielen praktischen Beispielen niederlegt.

Bereits 1939 teilt *Deutsch* seine ersten Erfahrungen mit, die von der Beschäftigung mit psychosomatischen Krankheiten ausgehen. Er führt die verschiedenen Methoden auf, die zum Verständnis psychosomatischer Fälle angewandt worden sind: 1. Die älteste Technik, klinisch-somatische und psychiatrisch ermittelte Befunde auf ihre Beziehungen zueinander zu untersuchen; 2. das Leben des Patienten nach möglichen traumatischen emotionellen Erfahrungen abzutasten und die Koinzidenz zwischen Beginn der organischen Symptomatik und dem psychischen Trauma zu bestimmen; 3. die biographische Methode von *Weizsäcker*, die von der Annahme ausgeht, daß der einzig mögliche Weg, das Prinzip der psychosomatischen Einheit zu validieren, darin besteht, die Persönlichkeit in die gesamte Pathologie einzuführen. Nach *von Weizsäcker*s Beobachtungen beginnt eine organische Krankheit genau an den Wendepunkten biographischer Krisen; 4. das von *Deutsch* angegebene Verfahren, das, kurz gesagt, mehrere dynamische Faktoren in systematischer Form einführt. Entscheidend ist nicht nur, was der Patient sagt, sondern auch, wie er es sagt und zu welchem Zeitpunkt des Interviews. Zunächst soll der Patient spontan seine Beschwerden und die Vorstellungen über seine Krankheit äußern. Erst wenn es dem Untersucher vollkommen klar ist, daß der Patient seine Spontaneität erschöpft hat, wiederholt der Untersucher mit den Worten des Patienten einen Punkt seiner letzten Sätze in fragender Form und sammelt dazu weitere Einfälle, die sich langsam um ein Symptom formieren und Verbindungen zu irgendeiner Beziehungsperson aufnehmen. Das ist die kritische Phase der Untersuchung, bei der im allgemeinen drei wichtige Kennzeichen der psychosomatischen Einheit auftauchen: der Primärkonflikt, der aktuelle Konflikt und die zeitlichen Faktoren. Die für die psychosomatische Fragestellung wichtigste Beziehungsperson ist gewöhnlich die zuerst erwähnte. Somatische und emotionelle Symptome, die in einem Zusammenhang zu dieser Person stehen, werden als Reizwörter für weitere Assoziationen benutzt. Der Untersucher verhält sich im ganzen passiv und hört vorwiegend zu, unterbricht niemals, noch zeigt er, daß er die Bedeutung des Materials versteht. Die technischen Anweisungen verfolgen den Zweck, eine Situation zu schaffen, in der der Patient seinen inneren Konflikt mit seinen Beziehungen zu Krankheit und Objekten vor den Augen des Untersuchers entfaltet.

In seinem Buch stellt *F. Deutsch* (1955) in der Einleitung heraus, daß mit dem Gewahrwerden der Komplexität das Bedürfnis nach einem detaillierten Studium der Interviewsituation im Zunehmen begriffen ist. Hierzu gehört die Beschäftigung mit den Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung. Er vergleicht die Analyse wörtlicher Interviewprotokolle mit der Rolle, die die Histologie in der Anatomie einnimmt und deren Bedeutung nicht bezweifelt werden kann. Wie die Erfahrung zeigt, wird den manifesten Inhalten der Sprache und des Verhaltens eine zu große Aufmerksamkeit ge-

schenkt. Dieses Faktum, wie auch Übertragungs- und Gegenübertragungsschwierigkeiten, werden auf Tonbandaufnahmen schnell erkannt.

Die Möglichkeit, ein Erstinterview als eine in sich vollkommen abgeschlossene Einheit zu betrachten und detailliert zu untersuchen, wurde in Amerika wahrgenommen. *Gill, Newman* und *Redlich* (18) haben ausführlich darüber geschrieben. Die Autoren stellen das initiale Interview in seiner geschichtlichen Entwicklung, seiner aktuellen Bedeutung, seiner äußeren Struktur (Raum und Tonband) und seiner psychologischen Technik heraus. Entsprechend ihrer eigenen wissenschaftlichen Auffassung gehen sie von der Tatsache aus, daß die Psychiater sich der Bedeutung der psychoanalytischen Erkenntnis bewußt geworden sind, nach der der Interviewer nicht nur Beobachter, sondern auch beteiligter Partner in der Interaktion mit dem Patienten ist. In dieser so verstandenen Situation wird der Charakter der Kommunikation von der Beziehung zwischen beiden Partnern bestimmt. Der Interviewer operiert in einem Feld zwischenmenschlicher Beziehungen, und nur die Beachtung dieser Funktion führt zu verwertbaren Daten. Die Arzt-Patient-Beziehung wird zum zentralen Thema des Interviews. Durch diese Entwicklung tritt der bisher so vernachlässigte therapeutische Gesichtspunkt neben dem diagnostischen immer stärker als wirksames Element in Erscheinung. Die in sich abgegrenzte Erstinterviewsituation erhält ihre große Bedeutung als Auftakt einer Behandlung und muß bei Lebendigwerden einer Übertragungs- und Gegenübertragungsthematik auf den eventuell folgenden therapeutischen Prozeß Rücksicht nehmen, wozu sinngemäß auch die äußere Strukturierung der Situation gehört, speziell ihre technische Einrichtung.

Die Autoren beschreiben drei Hauptziele des Erstinterviews.

1. Die Herstellung eines „Rapports“ zwischen zwei fremden Personen, der nach allgemeiner Auffassung zustande kommt, wenn der Untersucher sich ernsthaft um das Verständnis des Patienten bemüht, einen menschlichen Kontakt anbietet und wenn eine gegenseitige Wertschätzung zwischen beiden vorhanden ist.
2. Die genaue Erwägung des psychologischen Status des Patienten. Damit ist mehr gemeint als nur die Festlegung einer Diagnose; denn diese bildet sich schon aus einem befragenden Sammeln von Fakten, die mit medizinischen Vorstellungen verbunden werden. Die Urteilsbildung im Sinne der Autoren beruht auf dem gesamten Wissen von Psychodynamik und Psychotherapie, das sich in drei Fragenkomplexe gliedern läßt: a) die Natur der Störung, wie sie sich von den verschiedensten Seiten anbietet: als Neurose, Charakterstörung usw., als starre oder noch flexible, chronische oder aktuelle Krankheitsform, mit starker Abwehr, ausbalanciert oder fortschreitend usw., b) das Motiv zur Psychotherapie mit der grundlegenden Frage, was den Patienten zum Psychiater führt, und c) die Fähigkeit und Eignung des Patienten zur Psychotherapie.
3. Die Verstärkung des Wunsches nach einer psychotherapeutischen Behandlung, soweit sie indiziert erscheint.

F. Fromm-Reichmann (1959) handelt unser Thema unter dem Titel „Die Vorbesprechung“ ab, die der erste Abschnitt des psychotherapeutischen Prozesses ist, den sie in ihrem Buch darstellt. Der erste Satz lautet: „Der psychotherapeutische Prozeß beginnt mit der ersten Begegnung zwischen dem Psychotherapeuten und dem späteren Patienten.“¹ Vorbesprechung und Untersuchungssituation werden nicht scharf getrennt unter der Voraussetzung, daß der Kontakt mit dem Untersucher gegebenenfalls in eine therapeutische Situation übergeht. „Die einführende Besprechung sollte daher folgende Punkte behandeln: Die vom Patienten vorgebrachten Beschwerden, eine kurze Erklärung der Grundsätze, Methoden und Ziele der Behandlung und die Errichtung einer sachlichen Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem zukünftigen Patienten.“ Zur diagnostischen Seite des Erstinterviews gibt die Autorin auf die Frage, wie der Psychotherapeut während und nach der Erstbesprechung zu einem Urteil über den Zustand des Patienten und die Behandlungsart kommt, folgende Antwort: „Während der Psychotherapeut den Patienten befragt, horcht er natürlich nicht nur auf das, *was* der Patient zu sagen hat, sondern achtet darauf, *wie* der Patient sich dabei verhält.“ Dieses „Wie“ wird im einzelnen weiter ausgeführt und mit wichtigen Hinweisen und Erfahrungen aus der Praxis erläutert:

„Nachdem der Psychotherapeut die vom Patienten und durch eigene Beobachtungen gewonnenen Auskünfte sorgfältig zusammengetragen und durchdacht hat, muß er sie auf Grund seiner allgemeinen Lebens- und Berufserfahrung in ihrem Stellenwert einschätzen. Mit Hilfe dieser beiden Wissenskreise wird er Schlüsse aus dem Material ziehen, kann er bestimmte Ereignisse vermuten, andere ausschließen, unabhängig davon, wie der Patient selbst diese Dinge ansieht.“

Unter dem Druck der verantwortungsvollen Aufgabe, Bewerber zur psychoanalytischen Ausbildung zu empfehlen, entsteht ein neues aktuelles Interesse, Interviewtechniken zu studieren und zu vervollkommen. Lehranalytiker sahen sich mit der Frage konfrontiert, wie man in einem Gespräch einen Eindruck über Eignung, Fähigkeiten, Charaktereigenschaften, Begabung der Bewerber gewinnen könnte.

In einer kritischen Übersicht setzt sich Ph. Greenacre (1961) mit der Literatur zu diesem Thema auseinander. Zunächst beschäftigt sie sich mit den erwünschten oder nichterwünschten Eigenschaften der Kandidaten, dann aber auch mit den Methoden der Auswahl. Eine ihrer Feststellungen ist in unserem Zusammenhang sehr aufschlußreich. Im New Yorker Institut wurde wiederholt beobachtet, daß der Inhalt der Interviews in Abhängigkeit vom Geschlecht des Interviewers differierte.

Auf einer Sitzung der amerikanischen Psychoanalytischen Gesellschaft im Mai 1960 wurde ausschließlich über dieses Thema verhandelt (referiert von R. R. Greenson 1961). In der Diskussion macht Greenson einige Bemerkungen darüber, wie sich seine Vorstellung über die

¹ Vgl. H. L. Meyers (1955/58): „... daß die Behandlung im ersten Kontakt mit dem Patienten beginnt und Hand in Hand mit der Diagnosenstellung fortschreitet.“

Empathie im Interview verwenden läßt: Weil Empathie eine zweiseitige Reaktion darstellt, sollten die Analytiker bereit sein, den Bewerber ihre Empathie spüren zu lassen. Ein Teil des Interviews sollte unstrukturiert bleiben, um dem Bewerber die Gelegenheit zu bieten, mit dem Interviewer einen spontanen Kontakt aufzunehmen. Das Sammeln von Fakten ist in dieser Situation relativ unwichtig. Eine besondere Beachtung sollte der Beschreibung von wesentlichen Beziehungspersonen im Leben des Bewerbers geschenkt werden usw. *G. H. Pollock* stellt in der Diskussion heraus, daß der Begriff „Daten“ verschiedene Informations- und Abstraktionsebenen enthält. Die Datenverwertung schließt die Beachtung dessen ein, was der Interviewer erlebnismäßig, empathisch und intuitiv erfaßt. Biographisches Material ist nur eine Form der Information, die man im Interview erhält. *A. Eisendorfer* beginnt sein Referat „Bemerkungen über das psychoanalytische Interview“ mit der Feststellung, daß das Interview mit einem Bewerber nicht ein Versuch ist, eine Photographie zu erhalten, sondern vielmehr ein Porträt eines andern Menschen zu zeichnen. *Pollock* geht in seinem zweiten Referat „Der Auswahlprozeß und der Auswählende“ näher auf die Interviewtechnik ein. Er beschreibt vier verschiedene, aber miteinander verwandte Rollen, die der Interviewer einnimmt. 1. Er sammelt Daten und beobachtet, 2. er deutet und bewertet Daten, 3. er trifft Voraussagen und 4. er fällt Entscheidungen. *Pollock* kommt zu dem Ergebnis, daß die Interviews besser strukturiert und zentriert werden müssen. Vom Einzeluntersucher fordert er, daß dieser die Daten hinsichtlich der vergangenen und gegenwärtigen Verhaltensformen des Bewerbers nach genetischen, dynamischen und ökonomischen Gesichtspunkten abklärt und sich eine Vorstellung darüber machen kann, wie der Bewerber sich in der Interviewsituation verhält und wie er emotionell reagiert. Die Vergangenheit gibt Aufschluß über frühere Traumata und die daraus resultierenden pathologischen Defekte und Anpassungsleistungen. Die Reaktion auf das Interview läßt erkennen, wie der Bewerber sich in einer Zweipersonensituation arrangiert. Nichtverbale und verbale Äußerungen müssen beachtet werden. Ergänzend weist *Greenson* darauf hin, daß er bei den vier Rollen die des beteiligten Partners vermißt; er vertritt den Standpunkt, es sei erlaubt und notwendig, einige angebotene Daten zu vergessen, um ein verwertbares klinisches Bild vom Bewerber zu erhalten. Man hat ein entstelltes Bild vor Augen, wenn man nur registriert und deutet, aber nicht am Interview innerlich beteiligt ist. Dieser Auffassung stimmt *Pollock* zu, wenn er erwidert, nur ein wirklich Beteiligter könne ein profunder Beobachter sein. Diese Beteiligung spiele sich progressiv auf verschiedenen Ebenen der Objektivität ab. Manche analytischen Interviewer haben Widerstände dagegen, die Quellen ihrer Urteile, Entscheidungen und Schlüsse zur Kenntnis zu nehmen.

Aus unseren Literaturhinweisen läßt sich eindeutig entnehmen, daß Bedürfnisse vorhanden sind, eine umschriebene Interviewsituation mit klarer Technik zu fordern, wie z. B. Auswahl geeigneter Patienten für verschiedene Behandlungsmethoden, Ausleseprozesse für den Nachwuchs, wissenschaftliche Lehre und Forschung. Aber alle Anstrengungen, diesen Forderungen nachzukommen, werden durch schwerwiegende Fragen gebremst. Je analytischer die Untersuchungssituation gestaltet wird, um so weniger läßt sie sich vom therapeutischen Verfahren trennen. Welche Wirkungen im positiven wie im negativen Sinne werden dadurch ausgelöst? Wie wirkt sich das mobilisierte Übertragungsmoment für eine nachfolgende Behandlung aus? Was bedeutet es, wenn z. B. in einem Selektionsverfahren für Ausbildungsbewerber Interviews bei drei verschiedenen Personen vorausgesetzt werden? Welche Rolle spielt dabei unter Umständen eine psychologische Testuntersuchung? Auf viele dieser Fragen, über die wir uns viel-

leicht auch noch zu wenig Gedanken machen, gibt es zur Zeit keine definitiven Antworten. Wir behandeln das Erstinterview wie ein Stiefkind in der Psychotherapie, das — wie *Glover* bereits feststellte — „als nebensächlich zu sehr vernachlässigt wird“.

Das Material, seine Bearbeitung und die Bedeutung des Unbewußten

Wie reich das Material ist, über das wir im Erstinterview verfügen, zeigen uns tägliche Beobachtungen. Von dieser Reichhaltigkeit verschaffen wir uns am besten einen Eindruck, wenn wir verfolgen, auf welchem Wege sich Gruppenteilnehmer darum bemühen.

Wir haben Ausbildungskandidaten ein wörtliches Interviewprotokoll aus dem Buch von *Gill, Newman und Redlich* (1954) vorgetragen. Die anschließende Seminardiskussion wurde auf die Beantwortung einfacher Fragen festgelegt, auf Band aufgenommen und wird nachfolgend in Ausschnitten wiedergegeben:

L (Diskussionsleiter): Die Fragen, die ich an Sie richten möchte, sind: Welche Technik verfolgt der Analytiker? Worauf gründen Sie Ihre Meinung? Welchen Erfolg hatte diese Technik?

Herr A: Der Analytiker verhält sich verhältnismäßig aktiv, er läßt die Patientin nicht einfach reden, sondern er zwingt sie durch Zwischenfragen zu einer Formulierung ihres Problems. Diese Methode erscheint insofern gerechtfertigt, als es der Patientin auch wirklich gelingt, eine recht anschauliche Darstellung ihres Problems zu geben. Gleichzeitig wird sie daran gehindert, in der Vorstellung zu verharren, daß ihr Mann an dem ganzen Problem die Schuld trägt.

Herr B: Ich würde umgekehrt formulieren und sagen, daß seine Aktivität in seiner Passivität besteht, daß er abwartet — und das hat mich sehr beeindruckt —, bis die Patientin sich totgelaufen hat.

L: Ich finde, beides ist richtig, aber es schließt sich nicht aus.

Frl. X: Er läßt es gar nicht zu Affektausbrüchen kommen durch diese etwas aggressive Führung, und zwar hindert er sie bewußt daran, um sie zu konkreteren Dingen zu veranlassen.

Herr A: Es wäre auch ganz interessant gewesen zu beobachten, auf welchem selbständigen Weg sich die Patientin zu einer ähnlichen Formulierung durchgerungen hätte; denn vor diesem Bekenntnis liegt ja sicher eine Reihe von Widerständen, die nun nicht recht sichtbar geworden sind durch das aktive Verhalten des Analytikers. Die Pat. hatte, wie sie sagt, das Problem gekannt, und trotzdem gab es etwas, das sie davon abgehalten hat, dieses Problem an den Anfang zu stellen. Man hätte u. U. die Möglichkeit gehabt, mehr über ihre allgemeinen Auseinandersetzungs- und Widerstandsformen zu erfahren, wenn man diese gelungene Provokation unterlassen hätte.

L: Ich finde wichtig, was Sie sagen. Kam die Pat. zu dem Interview mit dem bewußten Erlebnis: Mein Mann ist schuld, alle behandeln mich schlecht, was bin ich für ein bedauernswerter Mensch, oder hat sie schon gewußt, daß es ihr Problem ist, und war erschrocken über die Folgen, die es in der Ehe, im Verhalten ihrer Kinder (daß das eine Kind bettnäßt usw.) hatte?

Herr B: Ich glaube nicht, daß man das so allgemein formulieren kann: Entweder sie hat es gewußt, oder sie hat es nicht gewußt, sondern ich meine, es war in ihr ein dynamisch zu sehender Widerstreit zwischen dem Bewußtsein, daß sie selbst die Schuldige ist oder die Kranke und daß sie die Schuld dem andern zuschiebt. Dieser Widerstreit hatte seine Akzen-

tuierung darin, daß das Dem-andern-Zuschieben überwog. Zur Frage bezüglich der Technik: Der Analytiker hätte nicht vorher diese provokatorische und ironische Frage stellen sollen. Er hätte dem schwächeren Ich-Anteil zu Hilfe eilen sollen, u. U. früher. Vielleicht läßt sich dagegen einwenden, daß die Affektbeteiligung der Pat. bis zur Selbsterkenntnis zu stark war, als daß er es hätte wagen können, sie früher zu durchbrechen.

L: Dann würde also die Antwort auf die Frage: Welchen Erfolg hat die Technik nach Ihrer Auffassung? lauten: Die Pat. ist durch diese Technik zur Einsicht gekommen, daß sie selbst an dem Problem, an den Scherben um sie herum viel mehr beteiligt ist, als sie vorher gewußt hat.

Die nächste Frage: Wieweit ist diese Technik, in der Weise, wie wir sie eben dargestellt haben, von der unbewußten Beziehungsebene im Interview mitgeformt bzw. eventuell sogar verformt worden?

Herr C: Die Pat. versucht, dem Analytiker eine ganz bestimmte Rolle zuzuschreiben, d. h. sie gibt ihm zu verstehen, ich bin eigentlich doch ein Kollege von dir, ich habe auch eine ganze Reihe von analytischen Kenntnissen, die mir meine Berufsausbildung gebracht hat, ich weiß z. B. etwas über die Geschwisterrivalität, und ich weiß auch die Geisteskrankheit des Hauswirts einzuschätzen, er ist paranoid-schizophren.

Herr A: Ja, das gehört vielleicht zu dem unbewußten Anteil der Auseinandersetzung. Der aggressive Gehalt in beider Personen Verhalten ist recht schwer zu beurteilen, weil wir nicht wissen, ob der Analytiker die aggressiven Äußerungen der Patientin auch bewußt reflektiert hat, in dem Sinne: So, dann kann ich dir ja auch mal etwas massiver entgegentreten, oder ob auch seine zeitweise aggressiv gefärbte Äußerung eine unbewußte Antwort auf das aggressive Verhalten der Patientin war. Objektiv wissen wir, daß sie auf ihren Mann mit dem Messer losgegangen ist, daß sie sich gegen ihren Hauswirt durch ein gerichtliches Verfahren zur Wehr zu setzen versucht. Auf der anderen Seite haben wir den Analytiker, der ihr z. B. sagt: Ihrem Bericht nach müßte sich eigentlich der Mann ändern, aber Sie kommen zum Arzt, d. h. was wollen Sie denn eigentlich? Das war doch eine recht aggressive Wendung im Gespräch, die nachher durchaus konstruktive Bedeutung erlangt hat. Sie berichtet, daß sie ja selbst schon einmal beim Arzt war wegen subjektiver Beschwerden, die sie nicht auf den Mann abschieben konnte.

Herr B: Ich meine nicht, daß wir unbewußte Anteile des Analytikers bemühen müssen, um diese Formulierung zu rechtfertigen. Ich meine, daß sie sehr wohl gerechtfertigt ist aus der Widerspruchlichkeit des Verhaltens der Patientin, die zu dieser harmlosen Aggression in der Frage des Analytikers herausgefordert hat. Er muß ja so reagieren, sonst wäre das Interview nie und nimmer zu einem Ergebnis gekommen. Wie kann man diese normale Aggression vermeiden?

L: Ich glaube, es ist zunächst nicht wichtig, festzustellen, wer primär aggressiv ist. Wir sollten uns fragen: War es eine aggressive Beziehungsebene, die sich zwischen den beiden eingeschpielt hat? Meine Frage war: Wie ist die unbewußte Beziehungsebene, die sich im Interview zwischen beiden bildet? Wir kommen jetzt auf das Thema der Aggression. Wir sind uns mehr oder weniger darüber einig, daß beide irgendwie aggressiv miteinander verzahnt sind.

Frau Z: Ich sehe, höchst laienhaft wahrscheinlich, keine Aggression gegen den Analytiker, wohl aber gegen ihre sämtlichen Objekte, gegen ihre Umwelt usw.

Herr B: Es handelt sich von seiten des Analytikers um eine methodische Aggressivität, die man vielleicht gar nicht Aggressivität nennen kann, und um eine unbewußt motivierte, echte Aggressivität von seiten der Pat. Diese äußert sich nicht direkt, sondern indirekt darin, daß sie ihrem Widerstand freien Lauf läßt, indem sie ablenkt, indem sie sich als Kollegin aufspielt und von dem eigentlichen Problem abgeht.

Frau Z: So wäre jeder Widerstand Aggressivität gegen den Analytiker?

Frl. X: Ich finde das ganz richtig, was Herr B. schon sagte. Indem sie sich auf gleiches Niveau stellt, ist das nicht schon Aggression?

L: Das war der Ausgangspunkt, den wir gefunden haben, aber wo ist sie nun wirklich aggressiv?

Herr A: Ich würde sagen, indem sie dem Analytiker gegenüber die Beschuldigung der Umwelt fortsetzt, ist sie auch bereits ihm gegenüber aggressiv.

L: Aber auch wieder versteckt. Wie würden Sie das, was sich zwischen beiden abspielt, in einem allgemeinen Begriff formulieren?

Frau U: Ich meine, die Pat. möchte den Analytiker davon überzeugen, daß es so ist, wie sie es ihm darstellt.

L: Läßt der Analytiker das zu?

Frau U: Nein, eben durch reale Fragen ...

L: Was resultiert daraus?

Frau U: Ein Kampf.

L: Ich habe auch das Gefühl, sie machen beide einen Ringkampf. Wenn wir von Ringkampf sprechen ... Frau Z., sind Sie einverstanden, daß man den Ringkampf als Aggression bezeichnet?

Frau Z: Das läßt sich nicht bestreiten.

Frau U: Ich meine, daß eine aggressive Pat. eine gewisse Aggression von seiten des Analytikers braucht.

Herr B: Das ist richtig, methodisch.

Frau U: Methodisch braucht er das, das ist vielleicht sogar eine Gefühlssache des Analytikers.

L: Ja, sonst kommt es nicht zum Ringkampf. Ich möchte Ihnen etwas von der Pat. vorlesen: „Meine Mutter sagt, du mußt ihn anziehen“ (es ist diese Szene, wo sie am Badestrand spielt und den Badeanzug ausgezogen hat; die Mutter macht sie darauf aufmerksam, daß sie doch 12 Jahre alt sei und ihre Brüste sich schon bildeten, daß sie den Badeanzug anbehalten müßte). Sie sagt: „Du bist doch schon ein großes Mädchen.“ Nun gut, ich tat es, meine Brüste fingen schon an zu wachsen, ich erinnere mich, wie es mich ärgerte (sie schnalzt dabei mit der Zunge im Interview); ich ärgerte mich, daß ich nicht ein Junge war (lacht dabei). Meine Mutter wollte einen Jungen. Ich versuchte, ein Junge zu sein; ich versuchte, mich mit ihnen zu messen; ich haßte sie, weil sie mich immer verhauten und, Sie wissen schon, bei ihren Spielen und Sport (sie seufzt). Aber, wenn einer es zu toll trieb, versuchte ich, ihn zu verhauen, und das tat ich dann auch meistens. Ich erinnere mich, ich wollte nicht mit ihnen ausgehen, weil ich keinen von ihnen in meinem Alter gern hatte. Na ja, es waren ja auch nicht allzu viele, es war ja eine Kleinstadt. Dann ärgerte ich mich über die Tatsache, daß sie ein bißchen zu sehr ... sie wollten intim sein, und ich haßte das. Ich lasse mich nicht gern streicheln und mit mir schmusen (sie seufzt). Na, und schließlich war ich da hineingeraten.“ — Das ist das Bild, das sie uns über ihre Jugend entwickelt. Ich finde, das trifft genau den Sachverhalt, oder?

Frl. X: Ja, diese männliche Identifikation, die sie hat.

L: Jetzt haben wir zwei Punkte. Sie identifiziert sich mit dem Analytiker aus Abwehr, also mit seiner psychologischen Funktion; und ein zweites Stichwort, sie ist in dieser Identifikation männlich identifiziert. Aber ich möchte, daß Sie noch mehr zu dieser unbewußten Beziehung sagen. Hier waren Gegenstimmen. Sind Sie überzeugt, Frau Z., oder nicht?

Frau Z: Wenn ich unbefangen auf das reagiere, was Sie eben gelesen haben, dann steckt doch auch Koketterie darin. Natürlich schildert sie ihre männliche Identifikation in ihrer Jugendentwicklung, aber inzwischen ist sie ja Weib geworden, sitzt einem Mann gegenüber und schildert das doch in extenso und mit allen Andeutungen reger Sexualbeteiligung.

Sie hat sich doch als Frau noch gar nicht ernstlich realisieren können. Die Beziehung zu dem Mann ist doch eine ungemein belastete Beziehung, und wie die Beziehung zu dem Mann gewesen ist, von dem sie konzipiert hat, das wissen wir im einzelnen nicht. Vielleicht ist die Gelegenheit, einem Mann gegenüberzusitzen, der ihr Auge und Ohr leiht, ein unbewußter Versuch zur speziellen Kontaktaufnahme, daher die vielleicht unbewußte Koketterie. Ich möchte es annehmen.

Frau Y: Ich glaube, daß es ihr Hauptproblem ist, worunter sie am stärksten leidet, daß sie nicht richtig mit ihrer Frauenrolle identifiziert ist. Sie sagt es ja: „Ich war anders als die anderen“; sie hatte mit den gleichaltrigen Jungen keine richtige Beziehung, sie brauchte es nicht, sie wollte nicht schmusen und hielt sie sich vom Leibe. Dann wollte sie sich aber anpassen, sie hat das einmal gesagt, und Beziehungen zu Männern aufnehmen. Wie nah diese gingen, ist nicht ausgeführt, aber ich hatte den Eindruck, daß sie das getan hat, um ebenso zu sein wie die andern auch. Dann ist sie einem Mann begegnet, den sie liebte.

Frau U: Ich habe an sich etwas ganz anderes sagen wollen. Ich meine, Koketterie ist ja auch wieder aggressive Weiblichkeit, oder?

Herr C: Jetzt könnte man dazu noch sagen, sie hat auch u. a. geäußert, die Psychologie sei ihre große Liebe, und sie brauche jemanden, mit dem sie sich aussprechen könne. Das ist, glaube ich, eines ihrer letzten Worte in diesem Interview. Das heißt, sie sucht jetzt in diesem Psychiater einen Partner, der ihr ermöglicht, eine Rolle zu spielen, mit der sie sich identifizieren kann.

L: Wir haben zwei wichtige Punkte gefunden: Wir haben gesagt, sie sei eine männlich identifizierte Frau; wir würden also sagen, eine phallische Frau, die mit dem Analytiker auf einer bestimmten Ebene rivalisiert und einen Ringkampf mit ihm anstellt. Zum zweiten haben wir eine weibliche Seite an ihr entdeckt. Wir sollten die Punkte, die wir angesprochen haben, zusammenbringen. Warum darf sie kein Mädchen sein? Wir sprachen vom verheirateten Mann, von der Tatsache, daß sie von diesem verheirateten Mann ein Kind bekommen hat. Wir haben daneben die Szene am Strand. Sie will da doch Mädchen sein, will sich nackt den Jungen zeigen, ihre knospenden Brüste usw., aber die Mutter sagt, das darfst du nicht, du darfst dich als Mädchen nicht zeigen. Nehmen wir an, ihre rivalisierende Seite ist eine Beziehung, die sie durchstehen kann, indem sie in ihr ein bestimmtes Beziehungsmuster realisiert. Das, was sie offensichtlich nicht kann, ist: Sie kann sich nicht hingeben als Frau, weil das mit einer Gefahr verbunden ist. Die Gefahr muß irgend etwas mit ihrem Gewissen zu tun haben, und hinter dem Gewissen steht wahrscheinlich die verbietende Mutter. Es gibt noch einen anderen Hinweis in dieser Richtung. Die Mutter — das habe ich vorhin vorgelesen — wollte eigentlich einen Jungen haben. Was bedeutet das für ein Mädchen, wenn sie sich nicht nach dem Wunsch der Mutter entwickelt? Muß sie damit rechnen, daß sie die Liebe der Mutter verliert? Wir haben also eine ganze Reihe von Gefahren, die ihr drohen, wenn sie nicht Junge ist, sondern in die weibliche Position geht.

Was hat dieses Problem im Erstinterview mit ihrem Problem in der Ehe zu tun, mit ihrem realen Problem, nämlich mit ihren Eheschwierigkeiten? Spiegelt dieses Verhalten im Erstinterview etwas aus dem Problem ihrer Ehe wider? Könnten wir versuchen, ihr daraus deutlich zu machen, daß ein Problem in ihrer Ehe liegt? Das wäre ein wichtiges dynamisches Anliegen von unserer Seite.

Herr A: Ein Punkt fällt mir auf. Sie möchte vom Analytiker bedient werden, sie hofft, daß er etwas für sie tut, und diese Erwartungshaltung bestand auch vor der Eheschließung. Sie erwähnte: „Unser Vater war immer für uns Kinder da, und Gleiches erhoffte ich von meinem Mann.“ Indem sie die Rolle des bemitleidenswerten Menschen spielt, versucht sie, diese alte Beziehung wieder herzustellen. Sie will also hier aus der Konstellation zwischen beiden ein Stück ihrer Wirklichkeit wieder hervortreten lassen.

L: Ja, aber in beiden ist es nicht Realität geworden, weder in der Ehe noch im Erstinterview. In beiden Fällen ist es dahin gekommen, daß Spannungen bestehen. Im Erstinterview ein rivalisierendes Verhalten; wie ist es in der Ehe?

Herr C: Sie rivalisiert ja offensichtlich mit ihrem Mann, sie rechnet ihm gewissermaßen vor, wieviel Stunden er ausgeht, und ebensoviel Stunden möchte sie ausgehen. Andererseits versucht sie, das Verhalten von außen her zu steuern, indem sie ganz bestimmte Dinge provoziert, z. B. einen Krach, wie sie es dargestellt hat, um eine Beziehung zwischen Vater und Kind herzustellen.

L: Ich würde auch glauben, daß diese Diskussion um die Freizeit ein Ringkampf mit dem Mann ist. Wer von uns beiden darf abends weggehen? Du willst weggehen, ich will weggehen, du willst zu deinen Kameraden trinken gehen, ich will in meine Ausbildung gehen. Im Grunde genommen besteht immer die Frage: Wer darf nun eigentlich ausgehen? Man muß einen Ersatz schaffen in Form eines Babysitters, Kinder brauchen ja doch eine Mutter. Ich glaube, darin liegt auch das Problem zwischen den beiden.

Frau U: Die Rivalität ist ganz offensichtlich, aber sie kommt doch aus dem Notstand, daß sie diesen Mann gar nicht liebt und er trinkt. Sie versucht sich nun zu befreien. Sie geht nicht in die Situation hinein, die sie sich selber geschaffen hat, sie entzieht sich dem, und daraus ergeben sich dann solche Sachen.

L: Das hat der Analytiker auch geglaubt und hat sie damit konfrontiert, warum sie sich nicht scheiden läßt. Da hat sie gesagt: „Ich liebe aber meinen Mann.“

Ohne große Mühe gelingt es den Teilnehmern, aktuelles Material aus dem Erstinterview zu finden, in seinem Bedeutungsgehalt anzusprechen und durch inhaltliche Angaben aus dem Leben der Patientin bildhaft zu integrieren. Der komplexe Charakter des situativen Geschehens wird mit seinen vielgestaltigen Inhalten sichtbar. Man steht unter dem Eindruck, als ob die Materialdurchforschung unendlich fortschreiten könnte. Neue Elemente werden gefunden, führen zu bisher unbeachteten Details und verfeinern so das Bild vom Patienten. Dieses Durchdringen des Materials schreitet zunächst planlos fort und wird offensichtlich in seiner Richtung unbewußt von den Diskussionsteilnehmern gesteuert. Ein Teilnehmer entdeckt das aggressive Element, ein anderer, dem gerade dieses Schwierigkeiten bereitet, spricht die Koketterie an, ein weiterer die Frage der geschlechtlichen Differenzierung.

Bei unseren ersten tastenden Schritten stoßen wir auf eine merkwürdige Tatsache. Wir erhalten aus dem Erstinterview nicht zu wenig und unbedeutendes Material, sondern eher zu viel, zu bedeutsames und komplexes. Die Diskussionsteilnehmer machten ihre Aussagen, indem sie das Geschehen in der Objektbeziehung nach dem wechselseitigen Verhalten ausschließlich im verbalen Bereich verfolgten. Das Aufsuchen der emotionalen Momente erfolgte durch eine sekundäre Identifizierung, die aber nicht klar erkennen ließ, von welchem Interviewpartner eine bestimmte Gefühlseinstellung ausging, und wer von beiden darauf reagierte. Die Analyse dieses Problems ist kaum von der individuellen Persönlichkeit der einzelnen diskutierenden Teilnehmer zu trennen. Das anscheinend objektiv festgehaltene Material gerät in die subjektive Sphäre der Diskutierenden. Es ist interessant zu beobachten, wie bestimmte emotionelle Momente nach

dem jeweiligen Geschlecht der Teilnehmer aufgegriffen werden. Eine Rolle spielen ferner persönliche Begabungen hinsichtlich intuitiver und empathischer Einfühlungsfähigkeiten und Erfahrungen, unbewußt wichtige Akzente zu erfassen und anzusprechen.

Den gleichen Versuch wiederholen wir mit einer Gruppe von praktischen Ärzten, die untereinander die Erlebnisse mit ihren Patienten diskutieren.

Anwesend sind sechs praktische Ärzte (A bis F; B ist eine Ärztin) und zwei ärztliche Psychotherapeuten (P 1 und P 2²).

Dr. A. berichtet von einer Begegnung mit einer Patientin. Zunächst gibt er einen einführenden Kommentar:

Es handelt sich um ein jüngeres Ehepaar. Beide sind kaufmännische Angestellte. Ich wurde vor 4 oder 5 Wochen an einem Samstag dringend von dem Mann dorthin gerufen: „Herr Doktor, kommen Sie doch mal sehr schnell rüber! Sie müssen hier einmal eingreifen! Ich weiß nicht mehr, was ich mit meiner Frau machen soll.“

Ich bin rübergegangen. Sie lag im Bett, war sehr abweisend und redete kaum ein Wort. Er sprach fast dauernd: Ja, er verstehe das fast nicht, das spiele sich jeden Samstag bei seiner Frau so ab. Sie sind nur samstags beide zu Hause, in der Woche sehen sie sich nur abends. Er deutete an, seine Frau habe sehr viel Ärger gehabt. Sie sei dabei, ihren Führerschein zu machen, habe sehr viel Fahrstunden nehmen müssen, weil sie es ganz und gar nicht kapiere, und sei auch noch in der vergangenen Woche bei der Prüfung durchgefallen. Vielleicht sei das der Grund dafür, daß sie diesen Samstag so besonders böse reagiere.

Sie redete, wie gesagt, kein Wort und drehte mir den Rücken zu. Ich bekam sie dazu, sich doch wenigstens mir zuzuwenden. Sie drehte sich um, und Tränen standen in ihren Augen. Es war bei ihr nichts herauszukriegen, und da es ganz offensichtlich war, daß es sich um eine psychosomatische Krankheit handelte, machte ich — beiden — den Vorschlag, daß wir vielleicht für die folgende Woche einen Termin bei mir ausmachen sollten. Ja, ja, er wäre mir sehr dankbar. Sie hat unter Tränen auch genickt. In der Woche darauf kam auch prompt ein Anruf von ihr, sie wollte noch einmal auf unser Gespräch vom Samstag zurückkommen. Ob ich ihr nicht einen Termin einräumen könnte. Ich gab ihr den Termin, aber sie kam nicht. Ich hörte zunächst auch nichts mehr von ihr. Drei Tage später rief sie mich an und entschuldigte sich, sie habe an dem Tage nicht kommen können. Man habe einen Betriebsausflug gemacht und sei lustig zusammengewesen, es sei zu spät geworden. Ich war nun etwas ärgerlich, weil sie mich hatte sitzenlassen: „Ich hatte Sie erwartet, die Zeit war für Sie frei, es ist schade, daß Sie mir das nicht vorher gesagt haben, dann kommen Sie mal wegen weiterer Besprechungen gelegentlich in die Sprechstunde.“ Ich hatte das Gefühl, es würde doch nichts daraus werden, wollte ihr aber eine Hintertür offenlassen.

Vierzehn Tage später kommen beide in die Sprechstunde. Er wieder als Sprecher: „Herr Doktor, bei uns ist vorgestern (Sonntagabend) etwas Fürchterliches passiert. Meine Frau hat versucht, sich mit Tabletten zu vergiften. Ich habe sie gleich ins Krankenhaus gebracht, man hat ihr dort den Magen ausgepumpt und ihr Spritzen gegeben. In ihrem Zustand kann sie ja noch nicht zur Arbeit gehen.“ Ich möchte sie doch wieder krankschreiben und mich ihrer doch endgültig annehmen. Sie war auch wieder in einem solchen Zustand, daß kaum etwas aus ihr herauszukriegen war. Ich fragte, wodurch sie dazu gekommen wäre, den Suizid zu versuchen. Er meinte: „Ja, Herr Doktor, das hängt alles mit dem Führerschein zusammen. Inzwischen ist sie noch einmal in der Prüfung durchgefallen.“ Das hätte sie offensichtlich so zur Verzweiflung getrieben, daß sie sich hätte umbringen wollen. Sie hätten einen Wagen und den könne nun keiner fahren. Auf meine erstaunte Frage: „Wieso denn keiner fahren?“ sagte er: „Ja, ich habe Pech gehabt, ich habe keinen Führerschein mehr. Ich hatte eine Karam-

² Diese Ärzteguppe traf sich seit mehreren Jahren regelmäßig unter Leitung von Prof. W. Loh. Alle in dieser Arbeit dargestellten Diskussionen sind wörtliche Protokollausschnitte.

bolage, und dummerweise haben die Polizisten gemeint, ich stünde unter Alkohol, und haben mir den Führerschein entzogen. Nun steht unser Wagen da, keiner kann ihn fahren. Meine Frau müßte den Führerschein machen, aber sie fällt unentwegt durch die Prüfung durch. Na, ja (und das sagte er in Gegenwart seiner Frau), wahrscheinlich ist sie ja auch nicht sehr intelligent, und es ist überhaupt in letzter Zeit mit meiner Frau schwierig. Sie ist fürchterlich eifersüchtig. Ich bin nun einmal ein schöner Mensch, und mir gucken die Frauen auf der Straße nach. Meine Frau ist nicht so schön, das sehen Sie ja, und außerdem ist sie ja auch sechs Jahre älter.“ Alles in meiner Gegenwart, die Frau dabei am Tisch sitzend und kein Wort sagend. „Na, ja, sie kann sich das nicht so vorstellen, wie das ist, wenn man dauernd von dem andern Geschlecht attackiert wird, nicht daß ich ihr untreu werde, ich lächle halt den Mädchen auch mal zu, wenn sie mir nachgucken, und darüber ist mir meine Frau furchtbar böse. So geht das nicht weiter. Sie müssen sich ihrer unbedingt mal annehmen. Jetzt schreiben Sie sie zunächst einmal krank und dann haben Sie ja Zeit, können mal mit meiner Frau ...“ In der Situation konnte ich nicht anders, ich mußte sie krankschreiben. Ich fragte sie, ob sie denn diesmal zu mir kommen wolle. Na, sie wußte noch nicht. „Gut, ich lasse es offen, rufen Sie an, Sie können es sich überlegen. Vielleicht ist es doch ganz gut, wenn wir uns einmal zusammensetzen. Ich will Sie nicht überrumpeln, wenn Sie nicht wollen, dann lassen wir es.“ Zwei Tage später rief sie mich an, sie möchte doch gerne kommen, sie käme auch ganz bestimmt.

Das Interview

Sie war pünktlich da, war diesmal allein. Das erstmal lag sie ungepflegt im Bett, das zweitemal, als sie mit ihrem Mann kam, war sie auch nicht richtig zurechtgemacht. Man hatte schon das Gefühl, wenn der Mann sagt, sie ist häßlich, hatte er vielleicht nicht so ganz unrecht. Sie war ungepflegt, ganz abgesehen davon, daß man solche Bemerkung nicht gut in Gegenwart der Frau machen kann. Als sie diesmal kam, war sie schön zurechtgemacht, kam flott und munter herein, nicht so gedrückt wie vorher: „Herr Doktor, Sie müssen ja von mir den Eindruck kriegen — alle Leute müssen ja den Eindruck haben —, daß ich dumm bin, dabei bin ich gar nicht dumm, ich bin Sekretärin und habe eine Vertrauensstellung in einer Firma. Mein Chef schätzt mich sehr und ist sehr bestürzt, daß ich seit ein paar Tagen krank bin. Sie können mir bestimmt glauben, ich bin nicht dumm. Sie können mir hier einen Wagen herstellen und sagen, ich soll durch den dichten Verkehr fahren, ich setze mich ans Steuer und fahre federfrei!“ Ich frage: „Federfrei?“ „Nein, fehlerfrei“, sagte sie, „ich meine, ohne einen Fehler zu machen“. „Sie haben aber gesagt federfrei und meinen fehlerfrei, was soll das heißen? Wer heißt denn ‚Feder‘?“ „Ja“, sagt sie, „wir heißen Federmann“.³ Ich machte sie darauf aufmerksam, ob „federfrei“ nicht heißen könne, ohne den „Federmann“. „Interessant“, sagt sie, „es ist wirklich so, allein könnte ich fahren, aber wenn ich an meinen Mann in diesem Zusammenhang denke, kann ich nicht fahren. Ich bin auch überzeugt, ich falle das dritte Mal bei der Prüfung wieder durch. Ich soll ja die Prüfung in vier Wochen wiederholen. Mein Mann drängt sehr darauf, aber ich werde wieder durchfallen; denn das ist der Zwang, der Zwang von seiten meines Mannes.“ Dann fragte ich noch einmal, wieso sie so unbedingt den Führerschein machen müsse. „Meinem Mann haben sie den Führerschein abgenommen, er ist so leichtsinnig und rechthaberisch. Es hat sich so abgespielt, daß er einen in der Fahne hatte und wir sind gefahren, da wurden wir überholt, das hat meinen Mann furchtbar geärgert. Wenn er einen in der Fahne hat, kann er es nicht sehen, daß ein anderer ihn überholt. Deshalb hat er sich bemüht, noch schneller zu fahren und den anderen wieder zu überholen. Dabei hatte er ihn geschritten und es hatte einen kleinen Blebschaden gegeben. Da er aber betrunken war, ist er sofort losgebraust, der andere hatte sich seine Nummer gemerkt und ihn angezeigt. Es war also nicht nur Trunkenheit am Steuer, sondern auch Fahrerflucht. Darauf hat man ihm den Führerschein entzogen. Es ist gar nicht abzusehen, wann er ihn zurückbekommt. Der Wagen steht

³ Die Fehlhandlung wurde aus Diskretionsgründen mit einem Phantasienamen nachkonstruiert.

jetzt also da, und keiner kann ihn fahren.“ Ihr Mann habe eine jüngere Schwester, die den Führerschein gemacht habe und dummerweise die Prüfung sofort bestand. „Darüber ärgere ich mich auch so. Mein Mann sagt schon immer, wenn von uns keiner fährt, dann werden wir den Wagen an meine Schwester verkaufen oder verschenken, und das gönne ich ihr nicht. Sie kriegt ihn dann ganz billig, das dumme Mädchen, und ich, die ich eigentlich gern fahren möchte, falle immer durch.“

Ich fragte, ob sie sich besinnen könne, was wir gesprochen haben, als sie vor ein paar Tagen mit ihrem Mann bei mir war und sich vollkommen schweigend und abwartend verhalten habe. „Ja, ich weiß, mein Mann hat ja gesagt, Sie sollten sich meiner annehmen, und das ginge so nicht weiter, daß ich immer durchfalle.“ Worauf ich ihr sagte: „Er hat noch etwas gesagt“. „Nein, sonst kann ich mich an nichts entsinnen.“ Als er die Bemerkung gemacht hatte, „sie ist älter und häßlicher“, hatte ich direkt interveniert: „Das können Sie doch so nicht sagen, das ist doch allerhand, wie Sie das so sagen.“ Ich fragte sie: „Können Sie sich denn nicht entsinnen, daß ich an einer Stelle in dem Gespräch interveniert habe, ...“ „Ja, daran kann ich mich entsinnen, aber ich weiß nicht mehr, warum Sie das eigentlich gesagt haben. Ich kann mir den Kopf zergrübeln, ich weiß nicht, was das war. Was hat er denn gesagt, daß Sie ihn so getadelt haben?“ Ich wiederholte ihr, daß er gesagt habe, er wäre ein schöner Mann, und ihm guckten die Mädchen nach, und sie sei eifersüchtig. Sie sei allerdings häßlich, sei ja auch viel älter, ihr guckte niemand nach. Und dann stellte sich heraus, daß sie einfach abtritt, dieses gehört zu haben. Es schien sogar ehrlich zu sein. Sie hatte es nicht mitgekriegt, während sie mir alles andere aus diesem Gespräch noch inhaltlich wiederholen konnte.

Mir war deutlich geworden, daß alles mit der Einstellung zu ihrem Mann zusammenhängt. Ich versuchte nun, auf die Ehe zu kommen. Dabei sind wir noch nicht sehr viel weitergekommen. Er habe ihr imponiert, weil er ein so schöner Mensch war, sonst hatte er eigentlich damals noch keine besonderen Qualitäten gehabt, aber sie hätte nicht anders gekonnt, sie hätte ihn heiraten müssen. Sie müsse auch heute noch sagen, eine Trennung von ihm könne sie sich nicht vorstellen. Alles müsse doch wieder in Ordnung kommen. Er sei allerdings sehr rechthaberisch, habe sich bemüht, in der Ehe von Anfang an absolut führend zu sein, ihr klarzumachen, daß sie in Wirklichkeit viel dümmer sei, nichts könne usw. Als er den Führerschein noch hatte, habe sie ihn gelegentlich mal gefragt, ob sie nicht auch den Führerschein machen solle, es wäre doch schön, wenn sie auch fahren könnte. Damals habe er das unentwegt abgelehnt. „Das hat doch keinen Zweck, daß du fährst, das gibt das größte Unglück, ich ärgere mich tot, wenn ich neben dir am Steuer sitze, das geht gar nicht.“ Und erst, seitdem er den Führerschein nicht mehr hat, fordert er von ihr, daß sie ihn machen soll. Es sei das erstmal, daß er sie zwingt, in der Ehe eine gewisse Position einzunehmen; denn wenn sie am Steuer sitzt, dann führe sie ja, aber gleichzeitig könne sie sich schon vorstellen, daß er dauernd schimpfen würde, wenn er daneben sitzt. Da hatten wir eine Erklärung für ihre Fehlleistung: „ich könnte federfrei fahren“.

Am Schluß dieser Sitzung kam heraus, es wäre ihr klar, sie würde wieder durchfallen. Denn im Grunde genommen müsse sie sagen, sie wolle eigentlich den Führerschein nicht unter diesen Umständen. Dann war Schluß. Sie sagte, sie würde nächste Woche gern wiederkommen, es wäre ihr in dieser einen Unterredung beachtlich viel klar geworden.

An diesen Bericht schließt sich die Diskussion der Ärztgruppe an:

B: Die Frau handelt aus einem Selbsterhaltungstrieb heraus und hat von vornherein gewußt, daß sie nichts zu melden hat. Sie will den Führerschein auch nicht haben, wird nicht fahren. Er wird immer die Hand daneben haben und auf sie einreden.

A: Das wäre ja nicht so tragisch, aber immerhin hat sie einen Suizidversuch gemacht, nachdem sie durchgefallen war, und das gibt doch zu denken.

C: Wenn sie Samstag in der Klinik war, wie kann sie dann montags schon wieder in Erscheinung treten?

A: Sie haben sie nur ambulant behandelt.

B: Ich habe Patienten nach 5 Stunden schon wieder gehabt.

A: Das habe ich früher auch schon erlebt.

B: Die Polizei ist ja immer eher da als unsereiner und hat schon alles veranlaßt. Sobald das Wort Freitod oder Suizid ausgesprochen wird, ist die Polizei da. Die Klinik macht eine Magenspülung und wenn soweit alles funktioniert, schicken sie die Patienten wieder nach Hause.

C: Ich habe noch keinen zurückbekommen.

A: Wie sich das da abgespielt hat, weiß ich nicht.

D: Darf überhaupt eine Klinik einen Patienten ohne Nachsorge entlassen? Wäre das überhaupt ärztlich noch zu verantworten?

B: Sie haben dafür niemand.

D: Wovon sprechen Sie?

P 1: Wir sprechen von unseren Problemen, aber nicht von denen der Patientin.

A: Ich würde sagen, wir akzeptieren zunächst einmal, was und wie sie es geschildert hat.

B: Es ist doch eigenartig, daß sie das, was sie betrifft, nämlich daß sie häßlich ist, nicht hört.

A: Ja, daß er das gesagt hat, hat sie nicht gehört.

E: Ist sie denn häßlich?

A: Sie ist nicht häßlich, nicht daß sie sich geschminkt hätte, sie war einfach ordentlich gekämmt, hatte ein nettes Kleidchen an, sie machte einen ganz anderen Eindruck als die beiden Male davor.

P 1: Sie macht sich in Gegenwart ihres Mannes häßlich.

A: Ja, offensichtlich, und macht sich, wenn der Mann nicht dabei ist, ganz anders zurecht. Ich kann mir auch nicht vorstellen, daß sie in solchem Aufzug bei ihrem Chef und in ihrer Firma ein großes Ansehen genossen hätte. Jetzt kam sie an, daß man dachte, eine sehr adrette, nette Frau.

B: Es könnte ja sein, daß sie ihren Mann damit kränken will. Wenn er sagt: „Du bist alt und häßlich“, könnte es sein, daß sie es tut und ihn damit kränkt.

D: Ich würde eher sagen, dieses Alt- und Häßlichsein hängt zusammen mit der Situation, die sie auch zu den Tabletten geführt hat. Jetzt hat sie das hinter sich und kommt wieder etwas adretter auf ihre eigentliche Gestalt zu.

F: Sie lehnt doch ihren Mann eigentlich ab. Sie dreht ihm den Rücken zu und nimmt Tabletten, um dieser Auseinandersetzung aus dem Wege zu gehen. Sie kleidet sich in seiner Gegenwart schlecht. Sie überhört, was er von ihr sagt.

C: Ich sehe es anders. Sie erkämpft sich mit den Tabletten die Fürsorge ihres Mannes, so daß er den Doktor holt, daß er sich um sie kümmert. Sie hat ja auch gesagt: „Mein Mann ist schön.“

P 2: Können wir nicht beides zusammenbringen, wenn sie sich das erkämpft, wie Herr C sagt, ist sie das häßliche Entchen, aber nicht eine attraktive Frau. Was hat sie mit Ihnen gemacht? Ich glaube, daß sich in der ersten Begegnung das Wichtigste gezeigt hat.

A: Mich hat sie abgelehnt.

P 2: Nein, das erste ist gewesen, daß eine Verabredung war, und zwar haben Sie die Verabredung über den Mann an sie herangetragen, haben zu erkennen gegeben: „Mein liebes Kind, ich bin für dich da“, und da hat sie gesagt: „Nein!“, aber als sie selber den Zeitpunkt bestimmen konnte, an dem es ihr paßte zu kommen, da ist sie gekommen.

D: Und die Begründung für die Ausflucht war etwas, wo sie etwas gilt, der Kreis vom Chef, in dem sie Sekretärin ist.

A: Ich glaube, das habe ich instinktiv erfaßt, denn ich habe ihr beim zweitenmal gesagt:

„Ich will Sie nicht überrumpeln. Wenn Sie es für richtig halten zu kommen, dann rufen Sie mich an.“

P 2: Und das, um bei dieser Frau einen Mechanismus zu umgehen, der wieder zu einem negativen Resultat geführt hätte.

B: Sie ist doch aggressiver, als es zunächst den Anschein hat. Das würde zu dem passen, was ich gern sehen möchte, daß sie nämlich durch den versuchten Freitod den Mann kränken will. Sie wissen doch, was für ein Mechanismus ausgelöst wird und wie kränkend es für die Familie ist, wenn man in das Rampenlicht der Öffentlichkeit tritt. Sie kränkt ihn auch dadurch, daß sie einfach sagt: „Mit dir kann ich den Führerschein nicht machen.“ Es könnte bedeuten: „Ich will die Leute davon überzeugen, daß ich allein etwas darstelle. Sie glauben doch nicht, Herr Doktor, daß ich so ins Büro gehe oder eine Null bin. Eine Null bin ich nur mit meinem Mann.“

D: Wir dürfen aber nicht übersehen, daß bisher das negative Licht mehr auf den Mann gefallen ist. Er hat sich derart benommen, daß Herr A. ihn zurechtweisen mußte.

P 1: Aber es ist doch so, daß sich die Situation durch den Selbstmordversuch geändert hat; denn im Grunde sind sich doch Patientin und Mann darüber einig, daß sie häßlich ist. Das ist eine Einigkeit, die zwischen beiden besteht. Er sagt es, und sie verhält sich so, daß sie in seiner Gegenwart so ungepflegt ist. Jetzt hat Herr A. nicht mit beiden gesprochen, sondern gesagt: „Jetzt komm du mal zu mir!“ Das würde von der Patientin verlangen, daß sie sich aus dieser Gemeinsamkeit herauslöst und sich einem andern gegenüber äußert. Das konnte sie nicht und deshalb ist sie auch nicht zu Ihnen gekommen. Aber nachdem sie den Selbstmordversuch gemacht hat, hat der Mann sie gepackt: „Jetzt ist der Punkt erreicht, an dem du zum Doktor mußt!“ Jetzt erst war es ihr möglich, auch allein zu Ihnen zu kommen, jetzt war es ihr möglich, aus der Rolle, die sie gemeinsam mit ihrem Mann gehabt hat, Ihnen gegenüber herauszutreten und sich anders anzuziehen und sich Ihnen in einer andern Weise zu präsentieren.

A: Warum?

B: Das hat sie doch schon vorher getan.

P 1: Es war ihr vorher offensichtlich nicht möglich.

A: Es war ihr nicht möglich, aber es hätte sein können, daß es ihr diesmal auch wieder nicht möglich gewesen wäre, wenn ich ihr gesagt hätte: „Gut, fangen wir morgen an.“ Deshalb habe ich ihr gesagt: „Überlegen Sie es sich, ich gebe Ihnen gerne einen Termin, aber Sie dürfen sich nicht überrumpelt fühlen.“

B: Ich habe den Eindruck, sie will in irgendeiner Weise aus dieser Bindung heraus. Sie hört es sich auch stumm an, wenn der Mann sagt: „Du bist ja älter.“ Sie hat das schon so oft gehört, da blendet sie ab.

C: Aber sie hat auch gesagt: „Eine Trennung von meinem Mann kommt nicht in Frage!“ Sie liebt ihren Mann doch, sie nimmt einfach nicht zur Kenntnis, daß er dieses häßliche Wort sagt, das würde ihn von seinem Thron herunterholen.

P 1: Das würde auch von ihr eine andere Einstellung zu ihrem Mann verlangen. Dieser geht sie aus dem Wege, um die Gemeinsamkeit, die sie beide haben, zu erhalten. Er sagt: „Du bist häßlich“, und sie akzeptiert das. Wenn sie das machen würde, was sie mit Ihnen gemacht hat und sich ihm anders präsentiert, müßte sie sich gegen diese Einstellung auflehnen.

A: Die Sache mit dem Durchfallen ist hierzu eine Parallele. Wenn sie den Führerschein macht, müßte sie sich gegen ihren Mann auflehnen.

P 1: Die Frage ist: Warum muß diese Patientin sich so der Vorstellung ihres Mannes unterordnen und warum darf sie auch nicht mit Hilfe eines anderen diesen Kreis durchbrechen? Sie haben zum Schluß eine Bemerkung gemacht: „Unter diesen Umständen macht sie ihn nicht.“

B: Ein schöner Mann.

F: Man muß sagen, eigentlich etwas unreif.

A: Ja, infantil und etwas eingebildet.

P 1: Sie haben auch zu ihm wie zu einem kleinen Jungen gesagt: „So etwas macht man nicht!“ Und nachdem er weg war, und diese Veränderung eingetreten ist, können Sie mit der Frau ganz vernünftig reden. Warum muß sie Sekretärin sein, wenn sie einen Mann hat? Und warum haben sie ein Auto?

A: Wenn einer heute kein Auto hat, muß man eher fragen, warum haben Sie kein Auto. Dieser leere, hohle und eingebildet erscheinende infantile Mann ist auf der andern Seite ganz häuslich. Als ich an dem Samstag bei ihnen war, es wird ungefähr 11 Uhr gewesen sein, da war es picobello aufgeräumt in der Wohnung. Die Frau in dem unordentlichen Bett, aber alles andere war aufgeräumt.

P 2: Was haben wir für ein Rollenspiel? Entweder ist sie das kleine hilflose Kind, ein Struwelkopf, und dann ist er die Mutter und macht den Haushalt, oder sie ist die schicke Sekretärin, die bestimmt, und dann ist er ein Playboy, derjenige, der sich nach anderen Mädchen umblückt.

A: Ja, Playboy ist der richtige Ausdruck; den Eindruck macht er, und er hat gesagt: „Sie müssen sich meiner Frau annehmen, so etwas macht sie beinahe jeden Samstag. Jeden Samstag ist bei uns der Zirkus. Mir macht das ja nichts aus, daß ich aufräumen muß, ich habe heute früh die Wohnung gemacht, das mache ich samstags immer. Sie kann sich also nicht beschweren, daß sie vielleicht das freie Wochenende damit verbringen muß, hier zu putzen, das mache ich schon. Daran kann es nicht liegen.“

D: Da war ja noch nicht der Suizid geschehen. Wie kommt er dazu, den Arzt zu rufen, um das in Ordnung zu bringen.

A: Ja, weil sie jeden Samstag Zirkus macht, er weiß sich nicht mehr zu helfen.

F: Sie ist doch ungeheuer aggressiv.

B: Sehr.

P 1: Was macht sie da eigentlich?

A: Sie steht nicht auf. Sie bleibt im Bett liegen, ächzt und stöhnt, es wäre ihr schlecht. „Haben Sie Brechreiz, müssen Sie erbrechen?“ „Nein, nein, ich fühle mich einfach schlecht. Ich kann nicht!“ Nähere Erklärung hat sie mir nicht gegeben.

B: Sie quält ihren Mann nicht nur mit dem Suizid, sondern indem sie an jedem Wochenende im Bett ist.

A: Sie hat mir dann auch zugegeben, daß sie jedem Wochenende immer mit Grauen entgegensähe. Sie würde viel lieber am Samstag arbeiten, sie würde viel lieber Überstunden machen.

D: Am Wochenende soll sie mal Hausfrau sein, das will sie nicht.

A: Sie will immer nur Sekretärin sein.

B: Da spielt sie die Rolle, die ihr zu Haus anscheinend nicht gelingt.

D: Oder die ihr keine Freude macht. Ich wollte schon fragen, wer kocht eigentlich am Wochenende? Muß der Mann auch noch kochen?

A: Wahrscheinlich muß er auch noch kochen.

D: Oder sie gehen ins Restaurant.

A: Wahrscheinlich, und in der Woche essen beide in der Werkskantine, und abends gehen sie häufig aus; da wird aber nicht viel gekocht zu Hause.

C: Von der Liebe können sie nicht leben, denn dann wären Folgen da.

D: Was sie aber noch am Samstag/Sonntag für dieses komische Verhältnis brauchen, ist nämlich der Wagen, und das will sie nicht.

B: Braucht er den Wagen für seinen Beruf?

A: Nein, sie brauchen ihn beide nicht für den Beruf, sie brauchen ihn nur zum Spazieren-fahren.

P 2: Nun kommen wir der Sache näher. Herrn „P 1“ Frage zielte ja auch darauf hin, was ist eigentlich mit der Sexualität los?

A: Zu meiner Schande muß ich natürlich wieder gestehen ...

P 1: Sie haben so wunderbar die Fehlleistung dieser Patientin aufgedeckt, haben sie aber nicht ausgenutzt. Sie haben nicht weiter untersucht, warum die Pat. ohne ihren Mann sein will.

A: Ich gebe zu, ich war zu eitel. Es hatte mir einen solchen Spaß gemacht, diese Fehlleistung, daß ich vor lauter Eitelkeit das andere, Wichtige vergessen habe. Es ist ja sicher, daß sie jetzt wiederkommt.

P 1: Vielleicht brauchen Sie noch einmal eine solche Anstrengung, um wieder auf diesen Punkt zurückzukommen.

A: Ich habe aber jetzt den Vorteil der Besprechung in unserem Kreise, man wird ja auch klüger jedesmal.

P 2: Wenn wir das Besprochene als einen Verhaltensmodus ansehen, der quer durch alle Etagen geht, so können wir unmittelbar sehen, wie das sexuelle Verhältnis wahrscheinlich gestört sein wird, daß sie nämlich nicht, wenn er will, Avancen macht, dann kann sie nicht. Sie will ihre Bedingung stellen, und das wird er wieder nicht akzeptieren.

A: Wenn man das weiß, kann man ihr das Verständnis das nächste Mal schon erleichtern.

P 2: Sie kann allein das Auto fahren durch den dicksten Verkehr, aber nicht wenn er dabei ist. Ob das Ganze nicht mehr noch eine Art Onanieverhältnis zwischen den beiden ist? Er das Infantile, der Playboy, sie ursprünglich als Mutterfigur ihm gegenüber.

D: Inzwischen sind Jahre vergangen, und sie kommen langsam zum Nachdenken.

P 2: Und sie hat noch gesagt: „Im Anfang war mein Mann überhaupt nichts.“ Das ist doch merkwürdig, eine Ältere heiratet einen Jüngeren; der auch seine Psychopathologie hat. Da wäre auch zu überlegen, wen wollen wir nun nehmen.

P 1: Wer ist der Patient. Es sieht beinahe so aus, als wäre die Patientin das vorgeschobene Symptom. Das ging ja auch im Gespräch hin und her; mal ist der Mann der Böse, und jetzt ist die Frau die Böse.

A: Ich habe auch das Gefühl, wenn die Sache mit den beiden in Ordnung kommen soll, muß ich mir den Mann vorknöpfen.

B: Also, wenn eine Frau sonnabends im Bett liegt, da ist immer etwas mit Aggressionen drin, und wenn sie in die Psychotherapie geht, ist auch Aggression dabei. Eine Frau hat sonnabends nützlich zu sein.

D: Jetzt haben wir endlich die Erklärung, warum sie zum Doktor geht.

P 1: Es ist so merkwürdig, wie sich die Symptome der Patientin vermischen. Sie sind sich beide einig darüber, daß der Mann schön ist, daß dem Mann die Frauen nachgucken, daß sie häßlich ist und ihr die Männer nicht nachgucken. Aber in dem Moment, in dem Sie mit ihr im Gespräch allein sind, sagen Sie selbst, sie kommt adrett angezogen. Und diese Frau sagt zu Ihnen: „Ich würde lieber ohne meinen Mann durch den dichten Verkehr fahren.“ Das setzt ja voraus, daß sie auch die Phantasie hat ...

B: Wenn einer sagt: „Meine Frau ist eifersüchtig, ich bin ja auch so schön“, ist das immer faul.

D: Ich glaube, Sie erfahren noch mehr im Zusammenhang mit der Führerscheinprüfung. Sie will nicht, der Mann wird nämlich samstags/sonntags gebraucht um rauszufahren, wo sie sich dem Mann versagt. Der Mann darf nicht selbst fahren, dann muß sie sogar den Mann selber in sein Vergnügen fahren, deshalb will sie nicht

B: Oder sie zwingt ihn, zu Hause zu bleiben, indem sie im Bett bleibt.

D: Sie will nicht; denn auf der Fahrt werden ihm die Mädchen, die netter sind als sie, nachgucken; und sie muß ihn sogar noch fahren.

P 1: Ja, ist es nicht im Grunde so, daß beide Angst haben vor ihren Tendenzen, aus ihrer Ehe weg auf die Straße zu gehen und sich mit anderen Liebespartnern einzulassen? Er tut so, als ob er es akzeptiert hat, aber wir sind überzeugt davon, daß er es in Wirklichkeit gar nicht tut. Er hat auch Angst davor. Dazu braucht er diese ältere Frau, die ihn davor bewahrt, sich als Playboy dauernd mit anderen Frauen abzugeben. Wir haben ja auch gehört, daß er am Sonabend nicht zu einer Geliebten geht, sondern den Haushalt macht. Wir wissen von der Frau, daß sie auch die gleichen Tendenzen hat durch ihr Versprechen, nämlich ohne den Mann allein durch den Verkehr zu fahren. Es ist ein inneres Problem, das sie sich nicht eingestehen. Sie müssen sich beide durch ihr Verhalten vor diesen Tendenzen schützen. Ich finde, das ist das Gemeinsame der beiden, jeder zwar auf eine etwas andere Art. Die Einigung, die sie gefunden haben, besteht darin, daß sie ihm zugesteht, daß er schön ist, weil es relativ ungefährlich ist. In Wirklichkeit tut er ja nichts, und sie ist die Häßliche dabei. Auf diese Art funktioniert die Ehe, ohne daß sie von den inneren Tendenzen dieser beiden bedroht wird.

D: Weil es so ist zwischen den beiden, besteht auch keine wirkliche Ehe. Darum ist auch kein Kinderwunsch da.

A: Sie sind beide infantil und haben beide eine gefährliche Phantasie.

P 1: Und das Auto ist sozusagen das Vehikel für beide. Herr D hat vorhin gesagt, sie muß ihn jetzt zu seinem Vergnügen fahren, und das will sie nicht. Das Auto ist sozusagen das Vehikel, das aus der Ehe wegführt, und da ist der große Streit, wer den Wagen fahren darf. Er hat sich durch sein Verhalten den Führerschein entziehen lassen, und sie fällt dauernd durch die Prüfung durch, so daß dieses gefährliche Vehikel jetzt verkauft oder verschenkt werden muß.

A: Aber das ist eigentlich der einzig positive Grund, weshalb sie doch den Führerschein machen möchte.

B: Die Eifersucht.

A: Ich habe ihr auch gesagt: „Sie wollen den Führerschein eigentlich nicht machen“. „Doch, ein bißchen, denn sonst kriegt ihn meine Schwägerin für ganz billiges Geld verkauft. Wir haben uns den Wagen beide zusammen von unserem Verdienst gekauft. Es ist ein neuer Wagen. Ich möchte nicht, daß er verschleudert wird.“ Das ist der einzige Grund, den sie mir angegeben hat, warum sie den Wagen fahren möchte.

D: Und dahinter steht, daß dann die Schwägerin ihren Bruder ins Vergnügen fährt.

B: Und dann ist sie ausgeschaltet, dann kann sie mit ihren Aggressionen ...

A: Die Schwägerin fährt sie nicht ins Vergnügen, sondern zu den Schwiegereltern. Die Schwägerin holt sie beide am Sonntag zum Besuch der Schwiegereltern ab und bringt sie auch wieder zurück. Das ärgert sie sehr.

P 1: Eine größere Sicherungstendenz gibt es nicht.

D: Kinder, die zu den Eltern fahren.

A: Er möchte gern Playboy sein, aber man hat den Eindruck, er schafft es nicht.

D: Dann ist es, als ob sie zur Glucke fahren am Wochenende.

B: Wenn er wäre, als was er sich darstellt, dann bliebe er am Sonabend nicht zu Hause. Aber er ist noch so dumm und holt den Doktor, damit die Frau wieder auf die Beine kommt. Sonst wäre er froh, wenn sie im Bett bliebe und er könnte mal richtig loslegen.

C: Aber über kurz oder lang wird es doch dazu kommen.

P 1: Wie stellen Sie sich vor, daß es mit Ihnen weitergeht?

A: Das nächstmal werde ich natürlich auf die ehelichen Dinge kommen.

Im zweiten Beispiel gehen die Diskussionsteilnehmer wieder von der inhaltlichen Darstellung des Interviews aus, aber sie verfolgen nicht ein wörtliches Gesprächsprotokoll, sondern können sich in ihrer inneren Einstellung und Bereitschaft, die Vorgänge zu verstehen, auf Nuancen der spontanen Berichterstattung stützen. Bei der Entfaltung des Problems der Patientin innerhalb der Gruppe lassen sie sich von Bestätigungen oder Abweisungen einer am Interview beteiligten und in der Gruppe anwesenden Person leiten. Wieder werden verschiedene Momente, ähnlich wie im ersten Beispiel, aufgegriffen, miteinander verknüpft und daraus ein Bild von der inneren, verhaltensbestimmenden Welt der Patientin entworfen. Die wichtige Frage taucht auf, wo man ansetzen kann, um dieses Bild für die Patientin zu erhellen.

Die Gruppe bemüht sich, aus dem Interview die unbewusste Dynamik der Patientin zu verstehen. Die Anstrengungen zielen auf die Psychologie des Unbewußten hin. Hierbei handelt es sich um Gefühle, Vorstellungen und Aktivitäten, die der Patientin nicht bewußt sind, sondern ihr fremdartig, nicht als zu ihr gehörig, erscheinen müssen, d. h. es handelt sich um das Unbewußte im deskriptiven Sinne, eine spezifische, willkürlich nicht vollziehbare Qualität der Wahrnehmung. In klarer Erkenntnis dieses Sachverhaltes erörtert die Gruppe die technische Schwierigkeit, wie der Arzt der Patientin seine Erkenntnis nahebringen kann. Aber Dr. A. macht auch die Erfahrung, daß das Unbewußte eine wirksame Aktivität darstellt. Als er sich der Patientin gegenüber anders benimmt, muß er feststellen, daß sie sich in der Einstellung ihm gegenüber ebenfalls verändert. Es scheint, als ob eine andere unbewußte Übertragungsphantasie diese Wandlung in ihrer besonderen Form hervorgerufen hat. Darüber macht sich Dr. A. Gedanken, ohne eine Aufklärung von der Patientin zu erwarten.

Diese für das Interview wesentliche Thematik wird uns weiterhin in Atem halten. An dieser Stelle wollen wir unser Kapitel mit einigen grundsätzlichen Bemerkungen *Freuds* abschließen:

„Alle Wissenschaften ruhen auf Beobachtungen und Erfahrungen, die unser psychischer Apparat vermittelt. Da aber unsere Wissenschaft diesen Apparat selbst zum Objekt hat, findet hier die Analogie ein Ende. Wir machen unsere Beobachtungen mittels desselben Wahrnehmungsapparates, gerade mit Hilfe der Lücken im Psychischen, indem wir das Ausgelassene durch naheliegende Schlußfolgerungen ergänzen und es in bewußtes Material übersetzen. Wir stellen so gleichsam eine bewußte Ergänzungsreihe zum unbewußten Psychischen her. Auf der Verbindlichkeit dieser Schlüsse ruht die relative Sicherheit unserer psychischen Wissenschaft. Wer sich in diese Arbeit vertieft, wird finden, daß unsere Technik jeder Kritik standhält“ (*Freud*, 1940, S. 81 f.). „Das Unbewußte kann durch unsere Bemühungen bewußt gemacht werden, wobei wir die Empfindung haben dürfen, daß wir oft sehr starke Widerstände überwinden. Wenn wir diesen Versuch bei einem anderen Individuum machen, dürfen wir nicht vergessen, daß die bewußte Ausfüllung seiner Wahrnehmungslücken, die Kon-

struktion, die wir ihm geben, noch nicht bedeutet, daß wir den betreffenden unbewußten Inhalt bei ihm bewußt gemacht haben. Sondern dieser Inhalt ist zunächst bei ihm in zweifacher Fixierung vorhanden, einmal in der von ihm vernommenen bewußten Rekonstruktion und außerdem in seinem ursprünglichen unbewußten Zustand. Unserer fortgesetzten Bemühung gelingt es dann zumeist, daß dies Unbewußte ihm selbst bewußt wird, wodurch die beiden Fixierungen zusammenfallen. Das Maß unserer Bemühung, nach dem wir den Widerstand gegen das Bewußtwerden schätzen, ist für die einzelnen Fälle verschieden groß“ (Freud, 1940).

„Das Unbewußte schien uns anfangs bloß ein rätselhafter Charakter eines bestimmten psychischen Vorgangs; nun bedeutet es uns mehr, es ist ein Anzeichen dafür, daß dieser Vorgang an der Natur einer gewissen psychischen Kategorie teilnimmt, die uns durch andere, bedeutsamere Charakterzüge bekannt ist, und daß er zu einem System psychischer Tätigkeit gehört, das unsere vollste Aufmerksamkeit verdient. Der Wert des Unbewußten als Index hat seine Bedeutung als Eigenschaft bei weitem hinter sich gelassen. Das System, welches sich uns durch das Kennzeichen kundgibt, daß die einzelnen Vorgänge, die es zusammensetzen, unbewußt sind, belegen wir mit dem Namen „das Unbewußte“ in Ermangelung eines besseren und weniger zweideutigen Ausdrucks“ (Freud, 1912, S. 438).

Wir registrieren bei unserer Gruppe, daß sie sich mit dem Unbewußten der Patientin auseinandersetzt. Sie sucht das unbewußte Motiv für das Durchfallen in der Prüfung und für den Suicidversuch. Anschließend interessiert sie sich dafür, warum sich die Patientin in Gegenwart ihres Mannes so häßlich macht. Dieses merkwürdige Verhalten wird nicht kritisiert, sondern zunächst als Ausdruck eines unbewußten Problems der Patientin und der Ehe akzeptiert und untersucht. Verschiedene unbewußte Motive werden „ausprobiert“, ihre Aggressivität und ihr Anlehnungs- oder Fürsorgebedürfnis. Der ökonomische Sinn eines so widersprüchlichen Verhaltens wird diskutiert, seine Bedeutung für die Ehe, ferner das Problem, inwieweit dieses Verhalten als Ausdruck der Unterwerfung und der Auflehnung gegen den Willen sowohl des Arztes als auch des Ehemanns verwertet werden kann. Der Ehemann wird unter die Lupe genommen, die Widersprüchlichkeit seines Verhaltens. Der Arzt, der beide Ehepartner kennt, steuert dieses abtastende Vorgehen. Neue Informationen kommen hinzu, verfeinern das Portrait der Ehepartner. Sie legen die grundsätzliche Überlegung nahe, was sich eigentlich zwischen beiden abspielt, bzw. was beide durch ein festgelegtes Rollenspiel vermeiden. Die innere Dynamik der Ehe steht zur Debatte, ihr ungelöster Konflikt. Wer sollte behandelt werden? Der Mann, der die Frau schickt, sie vielleicht vorschiebt, oder die Frau? Vermutungen über innere Impulse werden geäußert, gegen die sich beide Partner absichern. Die Ehe als Schutz gegen gefährliche innere Tendenzen wird sichtbar.

Die Ärzte konzentrieren ihre Aufmerksamkeit auf die beiden Beziehungen der Patientin, auf die zu ihrem Mann und die zu ihrem behandelnden Arzt. In beiden werden unbewußte Rollenbesetzungen, Konflikte und Wider-

sprüche aufgedeckt. Man vermutet in der psychischen Struktur der Patientin Kräfte, die sich in der besonderen Form der Objektbeziehung niederschlagen. Wir sind uns darüber im klaren, daß es sich hierbei um ein reich facettiertes Oberflächenphänomen handelt, d. h. um gestaltende Kräfte, die von den Abkömmlingen des Unbewußten ausgehen. Der durchforschende Prozeß bewegt sich von außen nach innen, von der äußeren Beziehung zum Partner ins Innerseelische der Patientin, aber eben nur soweit, wie es dieser einmalige und flüchtige Kontakt des Erstinterviews erlaubt. Was sich schließlich in Ansätzen offenbart, ist ein psychisches Erscheinungsbild der Patientin, ein in bestimmter Weise geformtes, unbewußtes psychisches Phänomen.

(Fortsetzung im folgenden Heft 6 dieser Zeitschrift)