

Helmut Thomä

Heilen und Forschen in der Psychoanalyse*

*Abschiedsvorlesung gehalten am 16. Juni 1989 im Rahmen der 12. Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse

Für meine Abschiedsvorlesung habe ich ein Thema gewählt, das mir erlaubt, auf mein berufliches Handeln und Denken zurückzublicken. Nachträglich fällt es mir leicht, die Entwicklung meiner therapeutischen Technik und meiner wissenschaftlichen Orientierung zeitlich und inhaltlich zu markieren. Den nun erreichten Standort beschreibe ich mit Bezug auf Freuds therapeutisches und wissenschaftliches Paradigma. Im ersten Teil meines Vortrags muß ich Ihnen eine sehr verdichtete, thesenförmige Darstellung zumuten. Im zweiten Teil bitte ich Sie, den zurückgelegten Weg ein Stück weit mit mir gedanklich nachzuvollziehen. Vorweg möchte ich allen Mitarbeitern herzlich danken, die den Aufbau durch ihre außerordentlichen Leistungen möglich gemacht haben. Es freut mich besonders, daß viele frühere Angehörige der Abteilung heute unter uns sind. Stellvertretend begrüße ich namentlich als Kollegen der ersten Stunde Heinz Henseler, Hartmut Radebold und Erhard Künzler.

Besonders bedeutsame Wegstrecken möchte ich an Beispielen aus Praxis und Forschung illustrieren. Diese können selbstverständlich nur einen Bruchteil dessen anschaulich machen, mit dem ich mich während meiner 44jährigen ärztlichen Tätigkeit im Versuch der kritischen Aufarbeitung befaßt habe. Die angeschnittenen Themen sind meines Erachtens repräsentativ für Entwicklungen der Psychoanalyse, die wegen der überragenden Stellung Freuds für die gesamte Psychotherapie und psychosomatische Medizin relevant sind.

Mein Thema enthält eine Anspielung auf Freuds therapeutisches und wissenschaftliches Credo, das in dem folgenden Zitat enthalten ist:

„In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht handeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine (kausale, Ref.) Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt“.

Diese berühmte Junktim-These wurde schon früh als "Ruhmestitel der analytischen Arbeit" bezeichnet (1912d). Zugleich gab es aber auch von Anfang an Zweifel, inwieweit Forschung und Behandlung zusammenfallen und von welchem Punkte an sich die Technik, die der einen diene, sich doch der anderen widersetze (1912d, S. 380). Die empirisch-klinischen, methodologischen und wissenschaftstheoretischen Untersuchungen, die aus der Ulmer Abteilung für Psychotherapie hervorgegangen sind, haben dazu beigetragen, das Junktim zu entflechten und der Psychoanalyse als Wissenschaft und Therapie neue Perspektiven zu eröffnen. Deshalb muß ich Sie zunächst mit einigen Aspekten von Freuds revolutionärem Paradigma vertraut machen. Es hat die Humanwissenschaften und die Welt verändert.

Freuds methodisches und theoretisches Paradigma enthält die wesentlichen Bestandteile eines kausalen Therapieverständnisses. Seine Besorgnis galt der einen oder anderen Abweichung vom Junktim des Heilens und Forschens: der Analytiker kann sich nicht damit zufriedengeben, therapeutische Erfolge zu erzielen. Er will die Entstehung seelischer Leiden klären, und er will v. a. wissen, wie sich diese in der Therapie verändern - und warum nicht. Die Mißerfolge bildeten stets die größte Herausforderung. Die Bedingungen von Entstehung und Veränderung sowie das therapeutische Scheitern sind wissenschaftlich zu untersuchen - so fordert es das Junktim. Die Psychoanalyse hat die symptomorientierte Suggestionstherapie, hat die Hypnose hinter sich gelassen. Ohne Aufklärung zu therapieren und nicht die Anstrengung auf sich zu nehmen, die gewonnenen Erkenntnisse zu verallgemeinern, käme einem Rückfall in gedankenlose Pragmatik oder in "uferloses Experimentieren" (Freud 1933a, S. 165) gleich. Freud äußerte die Sorge, ... "daß die Therapie die Wissenschaft erschlägt" (1927a, S. 291). Er sah sich primär als Wissenschaftler und glaubte, durch strenge (tendenzlose) Untersuchungs- und Behandlungsregeln die besten wissenschaftlichen Voraussetzungen für die Rekonstruktion der Entstehung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen geschaffen zu haben. Die therapeutischen Veränderungen sollten sich hierbei von selbst, wenn auch aus innerer Notwendigkeit, beispielsweise bei der Aufdeckung von Verdrängungen, ergeben (1919e, S. 202). Wir haben das Recht, ja die Pflicht, die Forschung ohne Rücksicht auf einen unmittelbaren Nutzeffekt zu betreiben. Am Ende - wir wissen nicht, wo und wann - wird sich jedes Stückchen Wissen und Können umsetzen, auch in therapeutisches Können"(Freud 1916/17, S. 263).

Die behandlungstechnischen Regeln wurden primär nicht konzipiert, um die besten Bedingungen zur therapeutischen Veränderung zu schaffen. Vielmehr wollte Freud durch seine Ratschläge den wissenschaftlichen Status seiner Methode sicherstellen. Die aufgestellten Regeln sollten die Objektivität der erhobenen Befunde gewährleisten und den Einfluß des Analytikers auf die Daten soweit als möglich herabsetzen. Freuds große Idee war es, die von ihm erfundene interpretative Methode als therapeutische Beeinflussung seelisch Kranker mit der Erforschung kausaler Zusammenhänge, also der Entstehung seelischer und psychosomatischer Krankheiten zu verknüpfen. Das Revolutionäre des psychoanalytischen Paradigmas besteht darin, daß das Deuten von Sinnzusammenhängen in der hermeneutischen, also geisteswissenschaftlichen Tradition steht. Das psychoanalytische Verstehen stützt sich jedoch auf erklärende Theorien und auf Ursache-Wirkungszusammenhänge, die als Domäne der Naturwissenschaft gelten. Hier stoßen also Welten aufeinander und die entstehenden Spannungen sind nicht leicht auszuhalten und zu integrieren. Will die psychoanalytische Methode sich selbst gerecht werden und dem Besten des Patienten dienen, kann sie nicht gleichzeitig den Ansprüchen puristischer Herren unterwerfen. Fordert man im Sinne eines bestimmten, von Freud akzeptierten Wissenschaftsbegriffs für den Nachweis des kausalen Zusammenhangs die Unabhängigkeit der Daten von der Beeinflussung durch den Therapeuten, zerstört nämlich die Therapie die Wissenschaft. Glaubt man sich deshalb jedweder Anregung, also jeder Suggestion enthalten zu können, ruiniert man aber die Therapie ohne Gewinn für die erklärende Theorie. Denn selbstverständlich beeinflußt der interpretierende Therapeut den Patienten in jedem Fall, auch wenn seine Deutungen sich anscheinend nur darauf richten, die unbewußten, die bisher unerkannten Seiten des Verhaltens des Patienten beim Namen zu nennen und der Reflexion zugänglich zu machen. In Freuds Junktim ist also ein Dilemma enthalten, das weithin unerkannt blieb, weil sein Wortlaut nahelegte, das Befolgen strenger Regeln diene gleichermaßen der Therapie wie der Forschung. Die Magie dieses Wortes hatte über Jahrzehnte hinweg eine beruhigende Kraft und löste scheinbar auf einen Schlag sowohl therapeutische als auch wissenschaftliche Probleme.

Im Laufe der Auflösung des in Freuds Junktim-Behauptung enthaltenen Dilemmas haben wir es für notwendig erachtet, zwischen dem Wissen über die kausalen Faktoren, die einer Symptomatik zugrunde liegen und diese aufrechterhalten, und jenen therapeutischen Wirkfaktoren zu unterscheiden, die eine Veränderung erleichtern oder ermöglichen. Wir sprechen kurz von Entstehungs- und Änderungswissen. Die Entflechtung des Junktims, die wir wissenschaftstheoretisch begründet und praktisch erprobt haben, orientiert sich an

kausalen Annahmen und an der therapeutischen Wirksamkeit der Unterbrechung solcher Zusammenhänge bei allen Symptombildungen. Wissenschaftliche Untersuchungen des Therapieverlaufs haben erhebliche Rückwirkungen auf die psychoanalytische Methode. Denn diese ist gegebenenfalls zu variieren oder zu modifizieren, um die bestmöglichen Bedingungen für therapeutische Veränderungen zu schaffen.

Mein Abschied von Freuds Idee, durch ein strenges Regelsystem gleichermaßen der therapeutischen Praxis wie der Wissenschaft gerecht werden zu können, hat sich allzulange hingezogen. Um diese Verzögerung begreiflich machen zu können, muß ich an den Anfang, an den Erwerb klinischer Kenntnisse und theoretischen Wissens zurückgehen. Denn der Aphorismus des englischen Philosophen Alfred N. Whitehead, mit dem mich mein Hamburger Kollege Ernst-Adolf Meyer vertraut gemacht hat, daß eine Wissenschaft verloren sei, die zögere, ihren Gründer zu vergessen, setzt ja voraus, daß man sich dessen Werk erst einmal gründlich einverleibt und verdaut hat. Der springende Punkt ist also, daß man primär etwas erworben und begriffen haben muß, bevor man es wieder vergessen darf oder gar muß, um Raum für neue Erfahrungen zu schaffen. Es macht einen großen Unterschied aus, worauf sich das Vergessen bezieht: auf den Gründer selbst als Person oder auf dessen unvergängliches Werk. Diese Trennung stößt aus verschiedenen Gründen in der Psychoanalyse auf Schwierigkeiten. Es ist ungewöhnlich, daß eine Wissenschaft im wesentlichen von einem einzigen Mann geschaffen wird. Da dieser Mann Jude war, war die Aneignung seines Werks nach 1933 in Deutschland nur sehr eingeschränkt oder gar nicht möglich und nach 1945 durch den Holocaust belastet. Ich gehöre als Psychoanalytiker zur ersten deutschen Nachkriegsgeneration, die den Bruch der geistigen Tradition in besonderer Weise spürte und sich deshalb der fatalen Seiten des Vergessens bewußt geblieben ist. "Was Du ererbt von Deinen Vätern, erwirb es, um es zu besitzen" - das schöne Goethe-Wort konnten wir auf uns nicht anwenden. Da waren fast keine psychoanalytischen Väter oder Mütter, deren Schüler wir hätten werden können. Unsere Lehrer waren oft selbst Autodidakten. Glückliche Umstände brachten es mit sich, daß ich in Stuttgart dem psychoanalytischen Arbeitskreis um Felix Schottlaender angehören konnte. Schottlaender war der einzige namhafte, in Westdeutschland lebende Psychoanalytiker. Er war noch in Wien ausgebildet worden. Meine Begeisterung beim Sammeln psychotherapeutischer Erfahrungen stand in krassem Mißverhältnis zum Stand des Wissens und Könnens. Unendlich lange scheint mir im Rückblick der Weg gewesen zu sein, bis ich mich in meinem Fach und in der

psychoanalytischen Methode zu Hause fühlte und schließlich auch daran gehen konnte, das Regelsystem auf seine therapeutische Effektivität hin zu untersuchen.

Es war kein Zufall, daß ich meine universitäre Laufbahn mit großer Naivität, aber begeistert für die anthropologische Medizin 1950 in der Heidelberger Psychosomatischen Klinik begann. Diese mit einer kleinen Station ausgestatteten Abteilung war mit Mitteln der Rockefeller Foundation gegen den Widerstand einflußreicher Fakultätsmitglieder gegründet worden. Erste wissenschaftliche Gehversuche machte ich bei dem Bemühen, Krankengeschichten und psychotherapeutische Behandlungsberichte nach einem Schema zu ordnen, das Mitscherlich in den frühen fünfziger Jahren entworfen hat.

Was die psychoanalytische Methode bei der Entdeckung der Psychogenese im Krankheitsgeschehen zu leisten vermag, konnte ich 1961 in meiner Habilitationsschrift über die Anorexia nervosa, über die Pubertätsmagersucht zeigen. Es war wohl das erste Mal, daß an einer deutschen Universität die Venia legendi für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse verliehen wurde. Heute ist es kaum vorstellbar, daß dieses Krankheitsbild danach in der Ärzteschaft noch weithin als endokrinologische Störung aufgefaßt wurde und namhafte Psychiater das Krankheitsbild in die Nähe der endogenen Psychosen rückten. Die von mir beschriebenen typischen psychodynamischen Muster in Entstehung und Verlauf der Anorexia nervosa haben der Kritik standgehalten und sind fast Allgemeingut geworden. Hingegen mußte ich meine therapeutische Auffassung später revidieren.

Es war folgerichtig, mit der Übernahme des Lehrstuhls für Psychotherapie der Universität Ulm (1967) eine praxisnahe Forschung psychotherapeutischer und psychoanalytischer Behandlungsverläufe aufzubauen. Noch in Heidelberg hatte ich mich mit einigen Problemen der Verlaufsforschung befaßt und zwar unter dem Einfluß von Michael Balint, der mich als Lehrer während eines einjährigen Forschungsaufenthaltes, der durch ein Stipendium des Foundations' Fund for Research in Psychiatry ermöglicht worden war, 1962 nachhaltig beeindruckt hat. Durch Balint ist die Frage des Beitrags des Analytikers auf die Therapie in den Mittelpunkt meines klinischen und wissenschaftlichen Interesses gerückt. Zusammen mit Anton Houben versuchte ich, durch die Untersuchung von Deutungsaktionen sowohl wesentlichen Aspekten der Behandlungstechnik des jeweiligen Analytikers und deren theoretischer Begründung als auch - über die Erfassung der Reaktionen des Patienten - der therapeutischen Wirksamkeit auf die Spur zu kommen. Die

Probleme der Wirksamkeit von Deutungen und der Wahrheit von Theorien wurden uns bei diesen Untersuchungen langsam deutlich.

Selbstverständlich muß die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie am Krankheitsverlauf objektiviert werden. Hierbei kann man sich von allgemeinen Gesichtspunkten der Therapieforschung leiten lassen.

Bei chronischen Krankheitsverläufen ist in der Regel das Behandlungsrepertoire erschöpft, wenn eine Psychotherapie begonnen wird. Diese Tatsache und der langfristige Verlauf erleichtern durch den "Vergleich des Falles mit sich selbst" die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit neuer, nun also psychotherapeutischer Mittel. Unter der Voraussetzung, daß alle übrigen Bedingungen, insbesondere die Lebensumstände konstant bleiben und lediglich eine psychoanalytische Therapie neu hinzukommt, haben wir eine brauchbare klinische Versuchsanordnung vor uns.

Zunächst sind einige Kriterien zu nennen, die bei Einzelfallstudien dieser Art berücksichtigt werden müssen. Der "Vergleich des Falles mit sich selbst" (P. Martini 1953; Schaumburg et al. 1974) ist hier die wichtigste Grundlage der Therapieforschung. Idealerweise sollten anhand ätiologischer Annahmen die therapeutischen Eingriffe mit dem Ziel variiert werden, pathogene Faktoren bestmöglich zu eliminieren und die Symptome zu beseitigen. Es kommt also darauf an, den Verlauf über einen langen Zeitraum hin zu beobachten und die therapeutisch bewirkten Veränderungen des Krankheitsbilds zu erfassen.

Im Hinblick auf die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit der Psychoanalyse, beispielsweise bei einem Neurodermitiskranken, sind entsprechend 3 Phasen zu unterscheiden:

A Die Krankheitsdauer bei Beginn der Psychotherapie betrug ca. 8 Jahre. Während dieser Zeit war der Patient laufend in hautärztlicher Behandlung und oft arbeitsunfähig. Er mußte wegen Verschlimmerung der Hauterkrankung 4mal stationär aufgenommen werden (Krankenhausaufenthaltsdauer insgesamt ca. 6 Monate).

B Mit Beginn der insgesamt 2 1/2jährigen Analyse und während ihrer Durchführung blieben die äußeren Lebensbedingungen des Patienten unverändert. Die lokale hautärztliche Therapie wurde in der bisherigen Weise fortgesetzt. Die neu eingeführten

Mittel bestanden in der besonderen "Beeinflussung", die eine Psychoanalyse mit sich bringt. Die während der Psychoanalyse auftretenden Veränderungen, Besserungen oder Verschlechterungen konnten als Korrelate seelischer Prozesse erkannt werden. Nicht die äußeren Lebensumstände, wohl aber die Lebenseinstellung des Patienten änderte sich in wesentlichen Bereichen. Da also alle übrigen Bedingungen gleich blieben, ist die Hypothese gut gesichert, daß die Analyse die Ursache für die nachhaltige Besserung ist.

C Diese These wird durch den weiteren Verlauf bestätigt, denn während des fast 30jährigen katamnestischen Zeitraumes blieb der Patient gesund.

In Ulm wurde die Verlaufsforschung von Anfang an auf eine sichere Basis gestellt. Einer der Pioniere der Anwendung tonbandaufgenommener Psychotherapien, Lawrence Kubie, hatte mich schon 1955 während eines einjährigen Fulbrightstipendiums am Yale-Psychiatric-Institute von den Vorzügen der wortgetreuen Wiedergabe des Dialogs in Lehre und Weiterbildung überzeugt. Die Mängel meiner Heidelberger Untersuchungen machten es unerläßlich, die Rohdaten des Dialogs zwischen Patient und Psychotherapeut unabhängigen Dritten zugänglich zu machen. Was die psychoanalytische Methode zutage fördert und was sprachlich zum Ausdruck gebracht wird, kann und muß Objekt der hypothesenprüfenden Forschung werden. Für eine hypothesenprüfende Forschung sind Leistungen zu erbringen, die den einzelnen Analytiker überfordern. Viel zu umfassend ist die Aufgabe, die günstigsten Veränderungsbedingungen zu schaffen sowie deren Auswirkungen zu untersuchen. Um diese Forschung auf den Weg zu bringen, ging ich ab 1967 mit gutem Beispiel voran. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterstützte den Ansatz, konkrete psychoanalytische Dialoge zu untersuchen seit 1970 im Normalverfahren und ab 1980 im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 129. Obwohl es oft nicht leicht zu ertragen ist, wenn das eigene therapeutische Handeln und Denken untersucht und selbstverständlich auch kritisch bewertet wird, stelle ich seit mehr als zwei Jahrzehnten tonbandaufgenommene Dialoge meinen Mitarbeitern und Wissenschaftlern anderer Gebiete zur Verfügung. Die vielfältigen Untersuchungen haben direkt und indirekt unser Verständnis therapeutischer Verläufe bereichert, wie besonders im zweiten Band des Ulmer Lehrbuchs gezeigt werden konnte. Darüber hinaus ist es erstmals möglich geworden, eine produktive Kooperation mit Wissenschaftlern anderer Disziplinen am Mutterboden der Psychoanalyse festzumachen. Die Ulmer Textbank hat hierfür das Fundament gegeben, weshalb die Gutacher der DFG die Übernahme dieser Einrichtung in die Grundaustattung der Universität empfohlen haben. Entsprechend wurde die Sektion

Informatik in der Psychotherapie eingerichtet, die als grundlagenwissenschaftliche Innovation in der Psychotherapieforschung gilt.

Die hohe Praxisrelevanz unserer Forschung liegt darin, daß wir von Anfang an die Untersuchung des Einzelfalles in methodisch ausgefeilter und entsprechend anspruchsvoller Form betrieben haben. Denn nur durch eine genaue Untersuchung dessen, was in der jeweiligen therapeutischen Beziehung geschieht, können die allgemeinen und speziellen Wirkfaktoren erfaßt werden. Durch Klassifikation thematisch analoger Behandlungsphasen werden m.E. Gruppenvergleiche besonderer Art möglich, durch die wissenschaftlich gesichertes Änderungswissen verallgemeinert werden kann. Hierbei ist von einer breiten Anwendung der psychoanalytischen Methode auszugehen.

Es freut mich deshalb besonders, daß die letzte Habilitationsschrift, die während meiner Amtszeit der Fakultät vorliegt, einem Thema der Familienforschung gilt. Damit wird ein Faden aufgenommen, den ich selbst trotz meiner frühen Berührung mit der Familienforschung während meines Fulbrightstipendiums nicht verfolgt hatte. Tragen eingefahrene familiäre Interaktionsmuster zur Entstehung oder zur Chronifizierung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen wesentlich bei, kann die Einzeltherapie an Grenzen stoßen. Die Therapie dort einsetzen zu lassen - sei es familientherapeutisch oder verhaltenstherapeutisch -, wo zirkuläre Prozesse eine Symptomatik aufrechterhalten, ist selbstverständlich weit von der unhaltbaren Schuld- oder Ursachenzuschreibung entfernt, die in bestimmten Familienstrukturen oder vereinfacht in den Müttern die Hauptursache der Pathogenese sieht.

In diesem Sinne hat sich das therapeutische Spektrum in unserer Ambulanz verbreitert, wie die folgende Übersicht zeigt:

Tabelle Therapieformen an der Psychotherapeutischen Ambulanz

Die verschiedenen Anwendungsformen der Psychoanalyse lassen sich m.E. auf einen gemeinsamen Nenner bringen, den ich nicht besser als durch die folgenden Worte Freuds beschreiben kann. Menschen haben die fortwährende Absicht, "anlässlich der abgeschwächten Reproduktion von Kränkungen den Ablauf selbsttätig und aktiv leiden zu können. Ähnlich wie das Kind, das alle ihm peinlichen Eindrücke im Spiel zu reproduzieren versucht, so hat auch der erwachsene Patient die Hoffnung, vom passiven und hilflosen

Erleiden zum aktiven und produktiven Lösen seiner Probleme zu kommen" (Freud 1926d, S. 200).

Was der Analytiker zur therapeutischen Veränderung beiträgt, zeigen nun einige Beispiele, in denen der behandelnde Analytiker im Austausch mit dem Patienten dazu beiträgt, daß der Patient kleine Schritte vom passiven Erleiden zum aktiven Meistern konfliktreicher Spannungen vollziehen kann.

Im ersten Beispiel wird auch die Tonbandaufnahme erwähnt, so daß Sie sich über diesen Einfluß, auf den jeder Patient und jeder Analytiker anders reagiert, selbst ein Bild machen können.

Beispiel 1:

Seit etwa 15 Jahren leidet der etwa 30jährige Patient an schweren neurotischen Ängsten. Besonders quälend ist eine Inkontinenz, die situativ besonders im Gespräch mit Vorgesetzten auftritt. Dieses Einkoten, der Kontrollverlust als Teil des Angstsyndroms führt zu Erniedrigungen und sozialer Isolation. Frühere, nicht näher definierbare psychotherapeutische Gespräche und Anxiolytika haben nicht die geringste Besserung gebracht.

Nach deutlicher Besserung schwerer Symptome und erheblicher Zunahme seiner Lebensfreude überlegt sich der Patient zu Beginn der 90. Sitzung, wann er wohl mit der Behandlung aufhören könne. Er schwärmt von seinen Freundschaften und seiner wachsenden Kontaktfähigkeit. Dann kommt das Thema auf, welchen Anteil er und welchen Beitrag der Analytiker zum therapeutischen Fortschritt geleistet habe.

P.: Ja, das ist es, daß ich Ihnen die Freude nicht gönne, daß Sie auf meine Kosten einen Wissenszuwachs haben, eine Bestätigung gefunden haben, wie gut Sie sind, und so viel von mir wissen.

A.: Es ist also keine auf Sie bezogene Freude, die Ihnen auch wieder zugute käme.

P.: Ja, ich bin ein Mittel zum Zweck. (sehr lange Pause) Das Band, das umsonst läuft, nichts ist drauf (lacht).

A.: Für neugierige Zuhörer, der Therapeut hat nichts vorzuweisen. (Patient lacht laut)

A.: Ich, der etwas vorführen will, der ich zeigen will, wie gut ich bin, kann nichts vorführen.

P.: Ja, das stimmt.

A.: Das gesammelte Schweigen kann vorgeführt werden. (Beide lachen schallend) Meine Machtlosigkeit ist dokumentiert.

P.: Ja, das Schweigen.

A.: Also, da wird ein Ausgleich geschaffen. Heute ist in dem langen Schweigen auf dem Band der Ausgleich für die Unterwürfigkeit, mit der Sie zugestimmt haben, daß ich soviel wissen darf über Sie. Heute bin ich der Blamierte, der Machtlose, der Gegenstand des Gelächters. Sie haben sich gefreut bei dem Gedanken, daß meine Kollegen über mich lachen werden.

P.: Ja, ich schwanke noch immer zwischen diesen Extremen, entweder totale Unterwürfigkeit gegenüber Chefs oder diese für Arschlöcher zu halten.

Kommentar: In das Schwanken zwischen den Extremen und in die Polarisierung von Macht und Ohnmacht ist auch die Tonbandaufnahme einbezogen. Das beiderseitige und gemeinsame Lachen begleitet eine Einsicht in diese Aufteilung, die durch die Zuschreibung des Patienten vergrößert und aufrechterhalten wird. Die Tonbandaufnahmen bilden einen willkommenen Anlaß, uns ein Thema der Übertragung beispielhaft zu erläutern. Der Patient begreift offenbar, daß sein Schweigen den Analytiker blamieren könnte. Neben der Katharsis werden in der Übertragung alte Rechnungen beglichen.

Beispiel 2:

Ein 50jähriger Mann leidet seit 30 Jahren an einer schweren Zwangsneurose. Mit äußerster willentlicher Anspannung blieb er beruflich erfolgreich. Das Familienleben wurde durch die Erkrankung wenig berührt. Der Patient ist nach wesentlicher Symptombesserung nun in Sorge, daß er wieder abrutschen könnte, wenn sich seine Lebenslust weiter steigert und er, statt ängstlich zu sein, arrogant wäre. Er gehört zum Typus derer, die am Erfolg scheitern. Noch überwiegen masochistische Selbstbestrafungen, so daß er kein Risiko eingehen und sich mit dem Erreichten lieber zufriedengeben möchte. Durch ein Beispiel aus dem Geschäftsleben erläutert er, daß er lieber kein Risiko eingehen, sondern sich mit dem Erreichten zufriedengeben möchte. Der Gedanke an das Risiko läßt ihn verstummen. Meine Ermutigung, weitere gedankliche Schritte zu tun, führt zu einem überraschenden Gleichnis, in dem orales Genießen mit einer risikoreichen Operation verbunden ist. Der Patient sieht sich beim Verzehren eines guten Menüs. In seiner erfundenen Geschichte kommt nun ein Chirurg auf ihn zu, der ihm durch eine

Zungenoperation eine noch größere Genußfähigkeit in Aussicht stellt. Allerdings könnten bei diesem Eingriff Komplikationen auftreten, beispielsweise daß die Zunge nicht mehr richtig anwachse.

Meine Überlegung, daß die Lockerung seiner Zwänge zu einer Reaktivierung seiner Kastrationsängste geführt haben könnte, die nun in oraler Verschiebung auf die Zunge zum Ausdruck gebracht werden, führt mich zu einer Übertragungsdeutung. Ich anerkenne das Risiko und akzeptiere, daß er in mir den Operateur sieht, der ihn in Gefahr bringt. Um die bestehende Realgefahr zu betonen, erwähnt er nun eine Konsultation beim Orthopäden, der ihm angeraten habe, durch eine operative Korrektur einer leichten X-Stellung bestehende Kniebeschwerden zu beheben. Inzwischen sei er durch ganz Deutschland gewandert - ohne Operation. Er betont nochmals, daß der Vergleich mit Operateur und Zunge nicht so weit hergeholt sei.

Nachdem ich bestätigt hatte, wie treffend sein Vergleich sei, gebe ich eine Deutung, mit der ich auf die Verschiebung seiner Kastrationsangst anspiele. Es gäbe nicht nur Bedrohungen, die der frechen Zunge gelten, sondern auch solche, die das Organ sexueller Lust, nämlich das Glied betreffen. Ich erinnere ihn an eine Fülle neurotischer Ängste und die Rolle bestrafender Beziehungspersonen seiner Kindheit. Absichtlich lasse ich in meinen Anspielungen viel offen.

Darauf sagt der Patient wörtlich:

P.: Ich habe gerade etwas Interessantes bei mir beobachtet. Als Sie diese Aufzählung machten, ging mir durch den Kopf, daß dies bei mir als Kind nicht der Fall war, was manche Eltern zu ihrem Sohn sagen, wenn du da hinfaßt, dann wird das ganz groß, und dann wird es abgeschnitten. Dieses Beispiel fiel mir ein, und als ich darüber nachdachte, hat es sich in meiner Erinnerung geändert. Ich bin nun ganz sicher, daß meine Großmutter mir so etwas gesagt hat. Es ist also in meiner Erinnerung wieder aufgetaucht.

A.: Ihr augenblickliches Erleben hat vielleicht damit zu tun, daß Sie sich erst einmal ein Stück Distanz geschaffen haben, indem Sie sich gesagt haben, nein, bei mir gab es das nicht. Sie haben erst etwas verneint. Sie haben zunächst Distanz geschaffen, und jetzt sind Sie viel näher dran.

Kommentar: Es ist aufschlußreich, daß der Patient mit Hilfe einer Distanzierung, also einer Abschwächung seiner Angst, die vergessene Beunruhigung und Bedrohung erinnern und partiell meistern kann.

Beispiel 3:

Eine 50jährige Patientin litt an einer neurotischen Depression, die mit Angstzuständen einherging und zu jahrelanger erfolgloser Pharmakotherapie geführt hatte. Die Symptomatik war aus einer Trauerreaktion um den nach kurzer Krankheit verstorbenen Ehemann hervorgegangen. Die Patientin entwickelte hypochondrische Ängste, wie ihr Ehemann an einem zu spät entdeckten Karzinom zu leiden. Die unbewußte identifikatorische Vereinigung mit dem idealisierten Verstorbenen und die Fortführung der verinnerlichten ambivalenten Beziehung zu ihm in Form von Selbstanklagen folgten dem typischen Muster depressiver Reaktionen.

Der Wendepunkt, der die bisherige milde positive Übertragung schlagartig veränderte, ereignete sich zufällig: Bei einer ausnahmsweise am Spätnachmittag stattfindenden Sitzung fand die Patientin einen müden, abgespannten Analytiker vor. Ihre von mir bestätigte Beobachtung von Müdigkeit löste eine von irrationaler Sorge motivierte Unruhe aus: Hinter meiner Abgespanntheit wurde eine ernste Krankheit vermutet, so daß mir weitere Belastungen nicht mehr zugemutet werden könnten. Die bis dahin freundlichen Bemutterungstendenzen nahmen übertriebene Formen an. Zwar trat eine fast vollständige Symptomheilung ein, die jedoch mit der Selbstanklage verbunden war, die Behandlung nie mehr aufgeben zu können, weil sie dann keine Möglichkeit mehr hätte, sich fortlaufend davon zu überzeugen, daß mir nichts Böses widerfahren sei. Zumindest müsse sie stets zur Wiedergutmachung bereit sein. Zugleich warf sie sich vor, mir durch die Fortsetzung der Therapie zur Last zu werden, so daß sie sich während der Aufdeckung alter Schuldgefühle erneut und erst recht schuldig mache.

Die irrationale Sorge um mich erleichterte die therapeutische Bearbeitung ihrer unbewußt ambivalenten Beziehungen, die lebensgeschichtlich darauf zurückgingen, die schwere Hypochondrie der Mutter verursacht zu haben: Beinahe tödlich sei der Blutverlust bei ihrer Entbindung gewesen, und hierauf wurden jahrelang alle Beschwerden der Mutter zurückgeführt. Als Leitidee ihrer Kindheit sind auf diesem familiären Hintergrund Todes- und Rettungsphantasien zu verstehen. Im Schutz der positiven Übertragung gelang uns die Klärung der negativen aggressiven Aspekte ihres Denkens und Verhaltens. Mehr und mehr trat dabei der Abwehrcharakter der Idealisierungen zutage.

Nun noch ein abschließendes Wort zum Vergleich des Falles mit sich selbst bezüglich des Zeitraums C (Katamnese). Hierbei kann man von der persönlichen Einschätzung von Patient und Analytiker ausgehen, ohne bei ihr stehenbleiben zu dürfen. Drei Jahre nach Beendigung schrieb die erwähnte Patientin bei einer katamnestischen Untersuchung, folgendes: ..."je länger der Abstand zur letzten Therapiestunde wird, um so größeren Nutzen ziehe ich aus der Behandlungszeit. Zum Beispiel verstehe ich erst jetzt viele Denkanstöße des Therapeuten aus jener Zeit und weiß mit ihnen umzugehen. Ich bin dankbar für jede Therapiestunde, in der ich lernte, ein bißchen leichter und glücklicher leben zu können. Schon einige Zeit vor dem Ende meiner Psychotherapie probte ich mit Lachen und mit Weinen für mich allein die Abschiedsstunde... Ich spürte deutlich, daß der Zeitpunkt dazu nahe war. Danach fühlte ich mich frei - nicht glücklich und auch nicht traurig - nur abwartend. Ich lebte weiter wie bisher und führte gedanklich viele Gespräche mit meinem ehemaligen Therapeuten. An ein Zurück in die Behandlung habe ich nie gedacht: Ein Kreis hatte sich geschlossen. Ich wußte, es war eine gute, ertragreiche Zeit für mich gewesen. In der Therapie und am Therapeuten habe ich freier und besser zu leben studiert und ausprobiert; jetzt hatte ich den festen Willen und ein ziemlich sicheres Gefühl, das Leben 'draußen' meistern zu können."

Von solchen klinischen Vignetten zur systematischen Einzelfallstudie war ein weiter Weg zurückzulegen, den vor allem meine Mitarbeiter an den von mir tonband-aufgezeichneten Therapien vollzogen haben. Beispielsweise geht es bei der Meisterungshypothese darum, die erlebten Hilflosigkeiten zu überwinden. In einer systematischen Verlaufsstudie konnte eine Veränderung der erlebten Hilflosigkeit im wahrsten Sinne des Wortes gemessen und statistisch überprüft werden. Die folgende Abbildung zeigt das durchschnittliche Ausmaß an Hilflosigkeit pro Leidenskontext einer Stunde. Dieses Maß ist von der Anzahl der Leidensäußerungen pro Stunde unabhängig und daher ein guter Indikator für Bewältigungskompetenz. Zur leichteren Orientierung sind zusätzlich die Mittelwerte pro Block eingezeichnet, die den Verlauf der Variablen übersichtlicher wiedergeben als die stark variierenden Mittelwerte pro Stunde. Diese Abbildung zeigt, daß die Hilflosigkeit der Patientin, wenn sie auch in der zweiten Hälfte der Behandlung noch einmal ansteigt, nicht mehr so hohe Werte erreicht wie in den ersten 3 Blöcken der Behandlung.

Ich bin überzeugt, daß die mehrdimensionale Forschungsmethodologie, die wir in Ulm erarbeitet haben, vollauf den Ansprüchen genügt, die der Wissenschaftsrat in seiner Denkschrift zur Lage der klinischen Forschung in der Psychosomatischen Medizin und

Psychotherapie stellt. Die jüngste Bewilligung eines DFG-Normalverfahrens für eine Langzeit-Untersuchung zur Krankheitsbewältigung, die in Zusammenarbeit mit der Abteilung Hämatologie und Medizinische Soziologie durchgeführt wird, ist für die Zukunft ermutigend.

Doch über die Zukunft der Ulmer Psychotherapie haben andere und nicht der scheidende Lehrstuhlinhaber das Sagen. Ich glaube, es war Rilke, der in einem Vers rät, jedem Abschied voraus zu sein. Für meine Abschiedsstimmung ist es beruhigend, daß die zuständige Senatskommission u. a. festgestellt hat: "Angesichts des Übergangs von der ersten zur zweiten Hochschullehrergeneration in der universitären Psychotherapie ist wesentlich, daß der Aufbau fortgesetzt wird, damit eine Forschungstradition universitär verankert werden kann."

Das Danken ist mir Herzenssache. Mein herzlicher Dank gilt allen, die durch ihr unermüdliches Engagement den Aufbau der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm ermöglicht haben. Ich habe keinen älteren Hochschullehrer bei solchen oder ähnlichen Feierlichkeiten in den letzten Jahren gehört, der nicht erwähnt hätte, welche Opfer er seiner Familie zumuten mußte, um die überfordernde Trias von Lehre, Krankenversorgung und Forschung halbwegs zu erfüllen. So geht es auch mir, wenn ich meiner Frau und meiner Familie dafür danke, daß sie mich trotz der zugemuteten Opfer stets beim Akademischen Auf und Ab unterstützte. Der jüngeren Generation der Hochschullehrer wünsche ich allerdings mehr "Fröhliche Wissenschaft" auch nach der Art Friedrich Nietzsches. Dort steht das Motto: "und - lachte noch jeden Meister aus, der sich nicht selber ausgelacht." Dem geht der grammatikalisch verzwickte Vers voraus: "Hab niemandem nie nichts nachgemacht". Ich überlasse es den Linguisten, was bei der Auflösung dieses Satzes herauskommt. Ich wünsche mir natürlich schon, daß mir auch etwas nachgemacht wird, hoffe allerdings, daß für die nächste Generation die Empfehlungen des Wissenschaftsrates Wirklichkeit werden und für die Forschung auch während des normalen Arbeitstages Zeit bleibt. Denn ich glaube nicht, daß sich Wilhelm von Humboldt in der Einheit von Lehre und Forschung eine Trias mit der Krankenversorgung ausgedacht hat, bei der die Forschung vorwiegend auf die Wochenenden und Ferien verlagert werden muß. Schließlich waren die Humboldts eine reiselustige Familie. Gute Reise in die Zukunft!



Prof. Dr. H. Thomä

7900 Ulm, Am Hochsträß 8