

*Aus dem Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt am Main
(Direktor: Prof. Dr. Alexander Mitscherlich)*

HERMANN ARGELANDER, FRANKFURT AM MAIN

DAS ERSTINTERVIEW

TEIL III

Charakteristische Interviewsituationen mit bestimmten Patiententypen

Motive, die zu dem Entschluß führen, ein Erstinterview aufzusuchen, verteilen sich über eine breite Skala von bewußten Beweggründen bis zu unbewußten Phantasien, Erwartungsvorstellungen, Hoffnungen usw. Unabhängig von diesen Motiven rückt bei verschiedenen Patienten ein überindividuelles Moment in den Vordergrund, das die Interviewsituation von Anfang an strukturiert.

I.

Ein typisches Beispiel ist der *vorgeschickte oder vorgeschobene Patient*, dessen „Krankheit“ als Symptom einer Krankheit anderer präsentiert wird. Trotz aller Bemühungen, nur den anwesenden Patienten zu untersuchen und seine Anstrengungen, andere Personen ins Gespräch zu bringen, als Abwehrmaßnahme anzusehen, kann man sich gelegentlich der Einschaltung dieser anderen nicht entziehen. In der Kindertherapie ist dieser Vorgang geläufiger und erfordert genaue Überlegungen: Wer ist der Patient? Wer bedarf einer Behandlung? Bei wem kann man therapeutisch am besten ansetzen?

In der Mehrzahl der Fälle meldet sich nicht der abgesandte Patient selbst, sondern der Ehemann, die Mutter usw. Eine Untersuchung wird sehr dringend gefordert. Überhaupt soll „schnell etwas geschehen, weil es so nicht mehr weitergeht“. Der Auftakt ist oft entsprechend laut und stürmisch. Die weitere Entwicklung variiert sehr stark. Manchmal kommt der abgesandte Patient überhaupt nicht, wenn man nämlich die Bedingung stellt, daß er aus eigenem Antrieb und ohne äußeren Zwang zur Untersuchung kommen soll. In Ausnahmefällen kann sich hinter dem abgesandten Patienten ein reales, d. h. psychotherapeutisch nicht anzugehendes Problem herauschälen, z. B. eine Geisteskrankheit, eine Organkrankheit oder ein akutes Ereignis, das einer sofortigen äußeren Lösung bedarf. Die eigentliche Untersuchung wird hier durch eine Aufklärung und Beratung ersetzt. Wie vielschichtig sich die Verhältnisse darbieten, zeigen die nachfolgenden Beispiele:

1. Eine Dame erscheint unangemeldet und bittet in einer kurzen Unterredung, ihren Mann zu einer Untersuchung anmelden zu können. Er befindet sich zur Zeit in stationärer Behandlung. Nach ihrer Schilderung scheint es sich um einen hirnanorganischen Prozeß zu handeln. Seine phasisch auftretende Persönlichkeitsveränderung gibt ihr und den Angehörigen immer wieder Veranlassung, Hilfe bei einem Psychotherapeuten zu suchen. Nach einem kurzen Gespräch zeigt sich die „Patientin“⁸ verständig und einsichtig. Sie stimmt der Meinung zu, daß sie ihre Sorgen zunächst einmal offen mit dem behandelnden Arzt besprechen sollte. Fast ist sie selbst verwundert darüber, daß sie diesen ersten und nahe-

⁸ Aus semantischen Gründen bezeichnen wir in unserem Arbeitskreis den zuerst Untersuchten als Patienten, den Zweituntersuchten als Angehörigen, ohne diagnostisch etwas vorwegnehmen zu wollen.

liegenden Schritt noch nicht getan hat. Im Gehen wendet sie sich noch einmal um und äußert die Bitte, selbst zu einer Untersuchung kommen zu dürfen, weil sie schon von Kindheit an unter bestimmten Hemmungen zu leiden habe.

Der Ehemann wird in diesem Fall ganz bewußt von der Patientin als Alibi vorgeschoben, um wegen ihrer Hemmungen einen Weg zu finden, mit einem Psychotherapeuten Kontakt aufnehmen zu können.

2. Ein etwa 20jähriger Patient kommt auf dringlichen Wunsch seines Vaters. Diese Tatsache betont er zuerst und fügt hinzu, sein eigentliches Bedürfnis sei — und das könne man mit diesem Gespräch verbinden —, sich wegen einer kosmetischen Operation ärztlich beraten zu lassen, um sein fehlendes oder wenig ausgeprägtes Kinn zu korrigieren. Der Vater sehe hinter dieser Idee einen seelischen Komplex und dränge deshalb auf eine psychotherapeutische Untersuchung.

Der Patient tritt selbstsicher auf und führt ein betont sachliches Gespräch. Mehrere Narben mit Verziehung der Weichteile verleihen seinem Gesicht einen starren Ausdruck. Während des Berichtes klärt er spontan die Ursache für diese Verunstaltung auf. Als er nachts auf einer Wanderfahrt in einem Heuschaber schlief, fiel ein fremder Mann über ihn her und richtete ihn in dieser Weise zu; außerdem trug er noch mehrere Schädelbrüche davon. Wie sich später herausstellte, war dieser Mann seelisch krank. Als Beziehungsperson steht der Vater, der ihn geschickt hat, ganz im Vordergrund seiner Darstellung. Zu ihm habe er ein sehr gespanntes Verhältnis, weil dieser ständig an ihm herumkritisiere.

Ungewollt hatte der Patient dem Untersucher das Motiv seines Wunsches nach einer kosmetischen Operation verraten. Offensichtlich beherrschte ihn die unbewußte Kastrationsphantasie, der fremde Mann (Vater) habe ihn verunstaltet (kastriert), was durch einen Ersatz wiedergutmacht werden müsse. Auf die Deutung, er habe an sich selbst etwas aussetzen und verhalte sich dabei genau wie der Vater, der auch ständig an ihm herumkritisiere, reagierte der Patient mit dem Bemühen klarzustellen, daß er einen objektiven Anlaß zur Kritik habe, während die Vorstellungen des Vaters nie einer objektiven Überprüfung standhalten. Genau das war das Problem des Patienten: Ist der Wunsch nach einer kosmetischen Operation objektiv sinnvoll und begründbar oder handelt es sich um einen subjektiven seelischen Komplex? Dieser innere Konflikt des Patienten wird in der Objektbeziehung zu seinem Vater ausgetragen. Die Erwägung der Möglichkeit, daß sein Wunsch nach einer Gesichtsplastik im Zusammenhang mit diesem unglücklichen Überfall steht, wird vom Patienten brüsk abgelehnt. Innerlich ist er aber sichtlich beunruhigt; denn er bringt zum Ausdruck, daß er trotz aller Versicherungen der Ärzte Angst vor dem Eingriff und seinen Folgen habe. „Ich schiebe diesen Eingriff immer wieder hinaus, weil ich fürchte, es könnte eine Infektion geben.“

3. Eine Mutter bittet mehrfach dringend um einen Untersuchungstermin für ihren über 20 Jahre alten Sohn und äußert am Telefon die Bereitschaft, ihn zu dem verabredeten Termin zu begleiten. Bei der Darstellungsart der Mutter hat man das Gefühl, „sie wird mit ihrem Bübchen an der Hand erscheinen“. Zu dem verabredeten Termin kommt der Sohn allein und bemerkt, er habe es durchgesetzt, ohne die Mutter herzuführen. Er ist ein großer, stattlicher, athletischer Mann, dessen Fingerspitzen vom starken Rauchen braun verfärbt sind. Eigentlich komme er nur auf Wunsch der Mutter, sagt er, und habe selbst keine Probleme, um derentwillen er eine Behandlung brauche. Im gleichen Atemzug bietet er eine Reihe persönlicher Schwierigkeiten und Symptome an, die „nach einer väterlichen Zuwendung und Hilfestellung rufen“. Offensichtlich befindet er sich in einem prolongierten, dramatischen Pubertätskonflikt, wobei automatisch die Frage auftaucht, warum dieser Patient sich nicht über diese Altersstufe hinweg zu einem Erwachsenen entwickeln kann.

Erwartungsgemäß rief die Mutter wieder an und wollte mit dem Untersucher das Ergebnis besprechen und wissen, was mit ihrem Sohn geschehen solle. Ihre Forderung wurde mit dem Hinweis abgelehnt, daß der Sohn erwachsen und mit ihm alles besprochen sei. Er habe sich durchaus aufgeschlossen und verständnisvoll gezeigt, wahrscheinlich sei es besser, ihn im Augenblick mit seinem Problem in Ruhe zu lassen. Aber wir seien gern bereit, mit über ihre eigenen Schwierigkeiten mit ihrem Sohn zu sprechen. Die Mutter nahm dieses

Angebot sofort an und entpuppte sich als eine überraschend sympathische, aktive und verständige, d. h. fast zu verständige Frau, die mit feinem Gefühl für die Situation das Gesprächsangebot für sich ausnutzen konnte. Es stellte sich heraus, daß sie trotz bester äußerer Umstände in einer innerlich zerrütteten Ehe voller Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit dahinlebt. Die innere Beziehung zu ihrem Mann ist zerrissen, jeder geht in der Familie seine eigenen Wege. Die Krankheit des Sohnes ist ohne Zweifel das Symptom der Krankheit, die sich in der Zerrissenheit der Familie manifestiert. Im Hintergrund steht ein angeblich uneinsichtiger Vater, der nicht zu einem Gespräch zu bewegen ist, „weil er alle Probleme der Familie verleugnet“.

In diesem Fall ist der vorgeschickte Patient ein Notruf der Mutter, ihr in ihrer hoffnungslosen Ehesituation zu helfen. Die dramatisch agierte, gefühlsbetonte Symptomatik des Patienten ist das Gegenstück zur gefühlkalten, allein von der Vernunft geregelten Lebensführung der Eltern, über die sich die Mutter erst im Interview völlig klar wurde.

Betrachtet man die ganze Familie als den „Kranken“, so ist die Symptomatik des vorgeschickten Patienten ein alarmierendes Signal. Wegen der Wichtigkeit dieser seiner Funktion in der Familie darf der Patient nicht selbständig werden und sich nicht von seinen Eltern trennen; denn das würde bedeuten, daß das unter pathologischen Umständen erreichte Gleichgewicht der Familie gestört würde und die von den Eltern verdrängten, vom Sohn verkörperten, gefährlichen Triebkräfte in die Ehe zurückfluten. Vom Patienten her gesehen ist dieses Familiendrama ein Stück seiner bedrohlich zerrissenen, nicht integrierbaren inneren Welt. Die verschiedene Zentrierung dieses psychischen Phänomens auf die einzelnen Familienangehörigen führt zu mehreren praktisch-therapeutischen Lösungsversuchen. Die Frage lautet hier also nicht: Wer ist der Patient, sondern eher: Wer ist der geeignete Patient?

II.

Ein anderer Typ, der die Situation des Interviews in bestimmter Weise strukturiert, ist der *anspruchsvolle Patient*. Dieser hat oft schon Behandlungsversuche hinter sich, meist gehen seiner Ankunft ein reger Schriftwechsel oder mehrere Telefonate voraus. Sein persönlicher Einsatz ist gering, sein Anspruch an den des Therapeuten außerordentlich hoch. Wie er sich kaum auf die Situation des Untersuchers einstellen kann — er kommt entweder zu spät, sagt einige Male ab oder überfällt den Therapeuten mit seinen Forderungen —, so ist auch seine Beziehung zur Realität gestört; seine finanziellen Verhältnisse sind zum Beispiel unübersichtlich und ungeordnet, schon die Bezahlung des Interviews stößt auf Schwierigkeiten. Hinter einem anspruchsvollen, oft schon taktlosen Benehmen stehen panische Angst und Hilflosigkeit.

1. Ein Patient, Mitte 20, beginnt das Interview in einer teils fordernden, teil anbiedernden Verhaltensweise. Er sei schon in verschiedenen psychiatrischen Kliniken gewesen und habe sich an uns gewandt, weil er nun nicht mehr in der Lage sei, seine seit Jahren, aber mit Unterbrechungen und Therapeutenwechsel, durchgeführte Analyse zu bezahlen. Nach seiner

Vorstellung seien in unserem Institut jüngere Mitarbeiter, die gegen ein geringes Honorar analysieren. Als er zu einem späteren Zeitpunkt mit dieser Äußerung konfrontiert wird, entwickelt er ohne Mühe eine zweite Vorstellung: In einem Institut würde wahrscheinlich mit den modernsten Mitteln gearbeitet, und hinter den jüngeren Therapeuten stünden ältere und erfahrene, die seine Behandlung überwachen würden. Er täuscht Bescheidenheit vor, wenn er sagt: „Ich bin nicht viel wert (finanzielles Unvermögen), kann deshalb nicht viel verlangen (junger und unerfahrener Therapeut).“ Bei der Konfrontation aber wertet er den anderen und sich selbst sofort auf. Dieser Charakterzug verleiht dem Patienten im Gespräch etwas schillernd Unaufrichtiges und macht ihn zunächst unsympathisch.

W. Reich (1958) gibt zu diesem Typus einige treffende Hinweise bei der Darstellung des phallisch-narzisstischen Charakters: „Ihre Aggression ist meist nicht in dem ausgedrückt, was sie sagen oder tun, sondern in der Art, wie sie es tun oder sagen. ... Im Gegensatz zu anderen Charakteren äußert sich ihr Narzißmus nicht in einer infantilen Weise, sondern in der übersteigerten Entfaltung ihres Selbstbewußtseins, ihrer Würde und Überlegenheit trotz der Tatsache, daß die Basis ihres Charakters nicht weniger infantil ist als die der anderen.“ Die Lebensgeschichte dieses Patienten enthüllt ein schweres äußeres Schicksal, das er vollkommen verleugnet und mit Phantasien ausfüllt, die zum Teil einen recht geheimnisvollen Charakter haben. Für ihn typisch ist der Ablauf der induzierten Emotionen im Interviewer: Im Anfang wirkt er unsympathisch, am Schluß des Interviews erweckt er Schuldgefühle und Mitleid, weil ihm die Umwelt so böse mitgespielt hat. Der Interviewer fühlt sich gedrängt, ihm zu helfen, obwohl er weiß, daß der Patient seine Hilfe wahrscheinlich nicht verwerten kann.

2. Ein anderer, etwa gleichaltriger Patient erscheint in einer schwarzen mit Silberfäden durchwirkten Jacke, einem schwarzen Hemd mit dunklem Schlips. Er wirkt äußerlich extravagant, aber leicht verwahrlost. Auch er hat kein Geld, sondern beruft sich sofort auf die notwendigen Leistungen seiner Krankenkasse. Wie der vorige Patient, ist auch er schon in psychiatrischer Behandlung gewesen. Dort habe man angeblich alles Mögliche und Unmögliche mit ihm angestellt, die phantastischsten Symptome seien aufgetreten und behandelt worden. Auch er lebt allein, von den Eltern getrennt, streift umher und findet keine Ruhe. Er hat einerseits die Vorstellung, hochbegabt, andererseits gestrandet zu sein, und fordert, daß man unbedingt etwas für ihn tun müsse, weil er so nicht weiterleben könne.

3. Ein weiterer Patient ist etwas älter, schlank, elegant gekleidet und wirkt außerordentlich höflich, obwohl er zu jedem Termin über eine halbe Stunde zuspätkommt. Beim zweiten Interview kommt er in Turnschuhen mit der Entschuldigung, daß sein einziges Paar Schuhe beim Schuhmacher sei. Er müsse nun doch wohl seinen Wagen abschaffen, weil er ihn sich nicht mehr leisten könne. Sein ganzes Leben lang ist er das Opfer böser Menschen und ihrer Intrigen geworden und konnte das nur mit seiner Zähigkeit überwinden. Wenn man in seine paranoiden Schilderungen eingreift und ihn nach konkreten Einzelheiten fragt, baut er die Thematik so realitätsgerecht auf, daß man Mitleid mit ihm bekommt und ihn bedauert. Nach dem Interview stellt sich durch Information eines Dritten heraus, daß er schon lange in finanziellen Nöten ist und bereits einflußreiche Personen für sich mobilisiert hat, die ihm ernstlich helfen wollen. Aber er selbst ist unauffindbar, die an ihn geschickte Rechnung kommt als unzustellbar zurück.

Wie Kometen tauchen diese Patienten auf und verschwinden wieder. Es handelt sich überwiegend um schwergestörte Menschen, die unter der Optik der Interviewsituation anspruchsvoll und doch armselig erscheinen. Sie sind unzuverlässig und unkontrollierbar, sie verschwinden, ohne zu zahlen, und man kann ihnen noch nicht einmal böse sein, weil sie so viel Mitleid in einem erwecken. Unter dem Gesichtspunkt einer Behandlung würde man sie in einer anderen Terminologie beschreiben.

III.

Der Gegensatz zum anspruchsvollen ist *der anspruchslose, unergiebig Patient*. Während der vorige Typ mit phantastischen Symptomen, Phantasien und Träumen aufwartet, ist sein Gegentyp in dieser Beziehung unergiebig und farblos. Seine Symptomatik hat mehr die Form funktioneller Hemmungen und Verhaltensstereotypen.

1. Eine 25jährige Patientin wird von ihrem Arzt mit einem längeren klinischen Bericht geschickt. Sie ist schlank, ansprechend, modern gekleidet und hat ein ausgesprochen freundliches, ungezwungenes und natürliches Benehmen. Als sie zu berichten beginnt, drängt sich ein erschreckend neuer Eindruck auf. Seit dem 12. Lebensjahr leidet sie an einer Obstipation. Dreimal ist sie bereits laparotomiert worden, einmal wurde ein Stück Darm reseziert. Die nachträgliche Untersuchung ergab angeblich keinen greifbaren pathologischen Befund. Nach einer Phase mit tetaniformen Anfällen und nach einer Tonsillektomie, die wegen Verdacht auf Fokalttoxikose vorgenommen wurde, entwickelte die Patientin ein Anorexiesyndrom. Dieses war schließlich die Veranlassung einer psychotherapeutischen Untersuchung in unserem Institut.

Immer noch ihr ansprechendes äußeres Bild vor Augen, hören wir, daß sie nur ihrer Arbeit lebt, kaum Kontakt zu anderen Menschen hat und auch keine Gefühle für Männer empfindet. Im Grunde genommen kann sie nur über ihre Krankheit und ihren Beruf reden. Ihr ganzes Interesse gilt der Mathematik. Sie auf Gefühle oder Beziehungen zu anderen Menschen anzusprechen, ist hoffnungslos, weil sie dann sofort in ein freundliches und versonnenes Schweigen versinkt. Offensichtlich kann sie ihr inneres Erleben nicht nach außen hervortreten lassen. „Sie ist vollkommen obstipiert; man müßte sie gewaltsam öffnen, operieren.“ Vielen therapeutischen Versuchen habe sie sich schon unterzogen und würde auch noch eine Psychotherapie versuchen, wenn eine Aussicht auf Erfolg bestünde. Eine eigene Meinung dazu hat sie nicht anzubieten.

2. Der etwa 25 Jahre alte Patient wird von seiner behandelnden Ärztin mit einer Überweisung geschickt. Sofort „schießt“ er sein Problem heraus: Er habe seit vielen Jahren nächtliche Pollutionen, die ihn furchtbar schwächen. Mit allen Mitteln und unter Zuhilfenahme zahlreicher Ärzte habe er versucht, gegen diese Pollutionen anzukommen, aber es sei ihm nicht gelungen. Die wenigen Daten, die direkt erfragt werden müssen, lassen einen völlig „normalen“ Lebenslauf erkennen. Intime Kontakte zum andern Geschlecht hat er noch nicht aufgenommen, weil man sie nur bei einer Frau haben kann, die man auch heiraten will. Alles, was er sagt, klingt so vernünftig. Nach längerem Schweigen äußert er, bei ihm sei alles normal, es gäbe nichts weiter zu berichten. Aber eine Bemerkung kommt noch einmal „herausgeschossen“: Er habe als Kind ziemlich lange bettgenäßt, und es könne sein, daß ein Zusammenhang zu seinen Pollutionen bestünde. Das weitere Interview wirkt in seiner Leere qualvoll auf den Untersucher, während der Patient davon anscheinend vollkommen unberührt bleibt. Er hatte seine „Pollution“ gehabt, und nun war nichts mehr mit ihm anzufangen. Die daraufhin gegebene Deutung, sein „normales“ Leben sei vielleicht recht langweilig und leer, veranlaßt ihn zu der Bemerkung, daß jeder Tag für ihn einen Höhepunkt bedeute, wenn er ausgeschlafen und in guter Stimmung zu seinem Dienst gehe.

3. Der 21jährige Patient kommt aus eigenem Antrieb, nachdem ihm von einem Nervenarzt und einem Internisten versichert wurde, daß er körperlich vollkommen gesund ist. Auch er bietet sofort sein Hauptsymptom an: Er könne in Gegenwart anderer Menschen auf öffentlichen Toiletten nicht urinieren. Außerdem habe er Phasen von Lustlosigkeit und Apathie, in denen er keinen Antrieb verspüre, seine notwendigen beruflichen Arbeiten zu erledigen. Ferner fühle er sich gehemmt, auszugehen und mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen. So sprudelt er seine Probleme heraus, schweigt dann, wird sichtlich unruhig und beginnt zu grimassieren.

Auf den Interviewer wirkt der Patient wie in seiner Mitteilungsbereitschaft gespermt, er verbreitet eine lähmend-langweilige und lustlose Atmosphäre um sich und gibt auf direktes Befragen nur ein paar spärliche biographische Daten an. Interessanterweise gestaltet er dadurch die Interviewsituation im Sinne seiner Anfangsformulierung: „Ich kann in Gegenwart anderer Menschen nichts von mir geben.“ Dieses spezifische Verhalten wurde noch durch eine seiner kümmerlichen Mitteilungen inhaltlich verstärkt: Er habe in der Schule immer Angst gehabt, der Lehrer könne ihn „rannehmen“. Das Interview wurde nach vierzig Minuten abgebrochen, nachdem der Patient mehrfach feststellte, er habe jetzt alles aus seinem Leben erzählt. Neben der Äußerungshemmung ließ sich auch bei diesem Patienten ein analer Charakterzug nachweisen: Er ist pedantisch genau und nimmt alles sehr ernst.

IV.

Eine große und recht typische Gruppe bildet *der aufgeklärte Patient*. Hierzu gehören Patienten, die sich aus Berufsgründen mit psychologischen Problemen beschäftigen, andere haben bei starken intellektuellen Bedürfnissen ihre Kenntnisse aus der Literatur oder aus früheren psychotherapeutischen Behandlungen bezogen.

1. Ein knapp 40jähriger Akademiker mit ausgesprochen wissenschaftlichen Interessen macht schon äußerlich mit seiner großen dunklen Brille und einer hohen Stirn den Eindruck eines Intellektuellen. Sein geistiger Führungsanspruch geht bis in die Kindheit zurück; er wurde bereits in der Schule von den Klassenkameraden „unser Doktor“ genannt. Er ist geschmackvoll gekleidet, die Art seiner Darstellung angenehm, interessant; er spricht relativ gleichmäßig, etwas leise, bis man das Gefühl bekommt, daß er monologisiert und mit seinem Gegenüber nicht viel anzufangen weiß. Seine Symptome sind vielfältig und diffus mit seiner ganzen Lebensgeschichte verwoben, sie hatten einen dramatischen Auftakt. In einem akuten Angstanfall wurde er von der quälenden Vorstellung überfallen, er könne verrückt werden. Seit dieser Zeit findet er keine Ruhe mehr, liest psychotherapeutische Literatur, hat eine ganze Reihe von Behandlungen absolviert, grübelt in sich hinein, sieht überall Probleme, versucht sie zu formulieren und ist immer noch auf der Suche nach *dem* Therapeuten. Die wissenschaftliche Arbeit geht nicht richtig voran, die Partnerbeziehungen stecken voller Schwierigkeiten, natürlich ist auch der Partner in psychotherapeutischer Behandlung.
2. Etwa 30 Jahre alt ist ein anderer Patient, groß, schlank, athletisch; er tritt dynamisch gespannt auf. Zunächst schüttet er in hypomanischer Art pausenlos seine Lebensprobleme vor sich aus, die so mit psychologischen Fachbegriffen durchsetzt sind, als wollte er sagen: Alles ist klar, ich habe es bereits analysiert. Zunehmend entsteht der Eindruck, daß er sich in einem erschöpfenden, verzweiflungsvollen Kampf aufreibt. Auch er hat in der Schule bereits Hervorragendes geleistet und verfügt über große Kenntnisse in allen möglichen Wissenszweigen. Von einer ehrgeizigen Mutter wurde er angetrieben, und deshalb spielt Wissen für ihn eine große Rolle. Als der Untersucher ihn mit der auffallenden Tatsache konfrontiert, daß er von seinen Kindern gar nichts berichtet, meint er, seine Frau und er hätten ihnen aus ihrer großen Sammlung Kunstpostkarten, die sie bereits durch bessere ersetzt hätten, zum Spielen überlassen. Obgleich hochbegabt, ist er in einer phantastisch-faszinierenden und narzißtisch-idealisierten Welt befangen und vermag keine echten Objektbeziehungen aufzunehmen. Er fühlt sich getrieben, die fehlerhafte Umwelt seinem Ideal entsprechend zu verändern.
3. Unser letzter aufgeklärter Patient ist 45 Jahre alt, elegant gekleidet. Er hat leicht gewelltes graumeliertes Haar und trägt eine große Hornbrille. Dabei sieht er aus wie ein Mann, der weiß, was er will. Sein Vater, der fünf verschiedene Sprachen beherrschte, legte großen Wert auf eine humanistische Bildung. Dagegen war der Patient in der Schule ein

Versager, entwickelte aber in seiner späteren, häufig wechselnden Berufstätigkeit großen Ehrgeiz und konnte auch Erfolge verbuchen. Dennoch regen sich bei ihm immer wieder Zweifel an seiner Begabung. In einem treffenden Bild schildert er seine Situation: Ständig wartet er auf einen Omnibus, der ihn zu einem bestimmten Ziel bringen soll. Im kritischen Augenblick kommt auch der richtige Omnibus. Aber während er mit ihm fährt, kommen ihm Zweifel, ob das Ziel noch real genug ist und ob es nicht besser wäre, auszusteigen und den nächsten Bus abzuwarten. In seiner momentanen beruflichen Position erlebt er sich allerdings noch in der Fülle seiner Potenz und glaubt allen Anforderungen, die an ihn herangetragen werden, konkurrenzlos gewachsen zu sein.

Der Untersucher konnte sich nicht darüber klarwerden, welche Rolle ihm der Patient in der Art der Gesprächsführung zudiktierte und ob er ihn in seiner ärztlichen Funktion überhaupt wahrnahm. Nach seiner Vorstellung vom Sinn dieses Gespräches befragt, antwortete der Patient, er wolle hier eine psychoanalytische Behandlung haben, zu der ihm seine Freunde geraten hätten; nach seiner Meinung würde der Untersucher jetzt prüfen, ob die Voraussetzungen dafür gegeben wären. Auf die Frage des Untersuchers, ob er glaube, daß bei ihm diese Voraussetzungen vorhanden wären, entwickelt er plötzlich ein ganz neues Bild von sich mit unangenehmen körperlichen Symptomen, ständiger Angst und Unsicherheit über seine Stellung im Leben.

Der aufgeklärte Patient imponiert und fasziniert mit seiner Begabung und seinem Intellekt, mit dem er das Leben zu meistern versucht. In seiner Sicht dreht sich alles um ihn selbst, seine Bedeutung und seinen narzißtischen Anspruch. Seine Gefühlswelt ist abgespalten, chaotisch und entzieht sich seinem Herrschaftsanspruch, den er so gut in die Umwelt hineinzutragen weiß und mit dem er kaum auf ernsthafte Hindernisse stößt. Er scheitert letztlich an sich selbst. Im Grunde genommen möchte er in seiner ganzen Bedeutung akzeptiert werden. Im Gegensatz zum anspruchsvollen Patienten verfügt er über eine gute Realitätswahrnehmung, die er seinen Zwecken dienstbar machen kann. Er ist deshalb meist der Patient, der sich die Behandlung etwas kosten läßt und auch ehrlich bemüht ist, aus ihr etwas zu machen.

Die Skizze von vier Patiententypen (der „vorgeschickte“, der „anspruchsvolle“, der „unergiebig“ und der „aufgeklärte“ Patient) wurde nach auffälligen Faktoren der Interviewsituation angefertigt. Diese Patienten prägen also die Struktur und die Dynamik der Erstuntersuchung in ganz typischer Weise und stellen uns damit vor ein praktisch-klinisches Problem.

Um diese Annahme zu überprüfen, habe ich versucht, aus einem unausgewählten Interviewmaterial von 100 Fällen einer kürzlich zurückliegenden Zeitperiode diese Patiententypen herauszufinden, zu klassifizieren und ihre Interviewschicksale zu studieren. Der „vorgeschickte“ und der „unergiebig“ Typus ließen sich leicht ermitteln, die beiden anderen dagegen waren schwieriger zu differenzieren, weil sie entweder nicht deutlich genug ausgeprägt waren oder Mischformen darstellten. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist mir beim Durchsehen des Materials sofort evident geworden: bei dieser Gruppe von Patienten handelt es sich um ausgesprochene *Problem-Patienten*. Sie heben sich deutlich gegen den größeren Teil der Patienten ab — in meinem

Material 36 : 64 —, deren Persönlichkeitsstruktur mit Hilfe der Interviewtechnik leichter bewertet werden konnte, besonders in bezug auf die wichtigen Bewertungskriterien Leidensdruck, Krankheitseinsicht, Bereitschaft und Eignung zur Behandlung. Die Gruppe der Problem-Patienten hat etwas schwer Erfassbares oder schillernd Zweideutiges an sich, obwohl die Schwierigkeit der Orientierung bei allen vier Typen in relativ gut abgrenzbaren Bereichen liegt.

Am einfachsten ist der „vorgeschickte“ Patient an seinem charakteristischen Überweisungsmodus zu erkennen. Den eindeutig vom Arzt überwiesenen Patienten habe ich nicht berücksichtigt, weil er die Merkmale einer anderen dynamischen Modalität aufweist. In allen 7 Fällen war der „vorgeschickte“ Patient ein näherer Angehöriger (Kind oder Ehepartner).

Aus semantischen Gründen bezeichnen wir, wie schon erwähnt, den zuerst Untersuchten als „Patienten“, den Zweituntersuchten als „Angehörigen“. Nach der dynamischen Konstellation — der „Patient“ wird vorgeschickt — habe ich zunächst vermutet, daß er über wenig Leidensdruck verfügt, keine Krankheitseinsicht besitzt, wenig Behandlungsbereitschaft mitbringt und vielleicht auch weniger zur Behandlung geeignet ist. Offensichtlich ist diese Vermutung falsch; denn von unseren 5 „Patienten“ wurden immerhin 4 als geeignet für eine psychotherapeutische Behandlung angesehen. Die 2 in diesen Zeitraum fallenden „Angehörigen“-Interviews waren besonders interessant. Eine 58jährige Mutter fand schließlich den Weg zu uns, weil sie die Schwierigkeiten, die sich aus der Behandlung ihres kranken Sohnes ergaben, nicht mehr meistern konnte (der „Patient“ war schwer gestört). Im „Angehörigen“-Interview stellte sich nun heraus, daß die Gedankengänge dieser Mutter genau so sprunghaft waren wie das Verhalten des „Patienten“ und dem Interviewer keine Gelegenheit gaben, auf sie einzugehen. Die Mutter hatte überhaupt keinen Zugang zu ihren eigenen psychischen Problemen und konnte auf gar keine Weise zu einem Stückchen Einsicht gebracht werden. Auf solche Versuche reagierte sie mit einem Redestrom, der verunklarend immer wieder von der Thematik abführte, ein interessanter Hintergrund für das Verhalten des „Patienten“. Im zweiten Fall bat die 45jährige Mutter um eine Beratung wegen der Behandlung ihres Sohnes. Dem Interviewer gelang es ausgezeichnet, mit den persönlichen Problemen dieser Mutter umzugehen und ihr zu eigenen Erkenntnissen zu verhelfen. Die gelungene Beratung wird ganz sicher eine positive Auswirkung auf die Behandlung ihres Sohnes, des „Patienten“, haben.

Unter der Typisierung des „vorgeschickten“ Patienten (und seiner Angehörigen) verbergen sich offensichtlich sehr verschiedenartige und unterschiedlich zu beurteilende Persönlichkeitsstrukturen. Wahrscheinlich hängt es allein

von der dynamischen Konstellation ab, welcher Ehepartner oder Angehörige vorgeschickt wird und welcher Teil im Hintergrund verbleibt, bzw. als „Angehöriger“ nachträglich in der Interviewsituation auftaucht. Für diesen Typus ist die *Verschiebung des inneren Konfliktes in ein umgrenztes soziales Feld* charakteristisch. Die Konfliktverlagerung nach außen stellt entsprechende Ansprüche an die Technik des Interviews. Zunächst muß sich der Untersucher in diesem sozialen Feld orientieren, um festzustellen, wer der geeignete Patient ist. Für eine Einzelbehandlung kann nur der Partner in Betracht gezogen werden, bei dem es gelingt, das Bewußtsein für den eigenen inneren Konflikt zu mobilisieren, dafür die Krankheitseinsicht zu schaffen und die Behandlungsbereitschaft zu wecken. Unter Umständen kann man den sozialen Konflikt in seiner externalisierten Form belassen, ihn als ein psychisches Phänomen beider Partner formulieren und in einer Gruppenbehandlung angehen. Diese Technik habe ich kürzlich in einem anderen Zusammenhang beschrieben⁹.

Der zweite Problempatienten-Typus, der „unergiebig“ Patient, läßt sich an Hand von zwei auffallenden Merkmalen herausfinden, die sich gegenseitig bedingen. Zunächst springt an seiner Symptomatik das isolierte funktionelle Syndrom ins Auge, das die ganze innere Thematik des Patienten in sich aufsaugt. Dadurch wird die auf psychische Vorgänge eingestellte Interviewsituation in auffallender Weise atmosphärisch gefärbt und der Untersucher gefühlsmäßig frustriert. Durch Zufall haben wir diesen Typus bei einer anderen Gelegenheit in einer erschreckend monotonen Darbietung erlebt. Im Rahmen einer psychosomatischen Studie über den Persönlichkeitshintergrund des funktionellen Syndroms Amenorrhoe stellten die von Mitarbeitern unseres Hauses untersuchten Patientinnen geradezu eine Reinkultur des „unergiebig“ Typus dar und brachten unsere Kollegen bei ihren Interviewbemühungen anfangs zur Verzweiflung und fast zur Resignation.

In meinem unausgewählten Material fand ich 10 Patienten dieses Typus' mit sehr verschiedenartigen funktionellen Syndromen, wie Stottern, Obstipation, Oligomenorrhoe, Impotenz, Anorexia nervosa usw. Obwohl im Material noch andere isolierte funktionelle Syndrome enthalten waren, konnten für die Studien dieses Typus' nur diejenigen verwertet werden, die auch das zweite Kennzeichen aufwiesen, das mit dem Adjektiv „unergiebig“ charakterisiert wird. Zur Illustration der besonderen allgemeinen Atmosphäre und der effektiven Reaktionen der Untersucher gebe ich einige ihrer Formulierungen wieder: „Behandelt mich wie einen ärztlichen Roboter“, „Langweiliges Interview“, „zu verschlossen“, „zu verschnürt“, „Keine Geduld“, „Bleibt

⁹ H. Argelander (1966): Der Patient in der psychotherapeutischen Situation mit seinem behandelnden Arzt, PSYCHE XX, 926.

unergiebig“; (Obstipation) „kann nur mit längeren Pausen etwas äußern, ruckhaftes Hervorstößen von Informationen, ermüdend“; „Ist nicht bereit, sich anzustrengen, bleibt passiv verhalten, ermüdet“; „Man kann sich einfach kein Bild von der Patientin machen, frustrierend“; „Bleibt unverbindlich, unmotiviert, kann sich nicht engagieren, hält sein Symptom für organisch“.

Entscheidend ist also die Kombination beider Faktoren, des isolierten funktionellen Syndroms mit den unergiebigsten Ergebnissen der Interviewbemühungen. Das spezifische Charakteristikum liegt in der Tatsache, daß wir auf eine Persönlichkeitsstruktur stoßen, die gegen die Bedürfnisse des Erstinterviews eine Abwehrfassade aufbietet und damit das Interview in Erlebnis und Ergebnis unergiebig gestaltet. Es ist sehr interessant, daß sich bei unserem Material Übergänge abzeichnen. So gibt es einen Typus, der anfangs unergiebig wirkt, aber unter der Technik eines geschickten Untersuchers auftaucht, einen zweiten, der im Interview unergiebig bleibt, aber unter den veränderten Bedingungen einer Testuntersuchung als phantasievoller, intelligenter Mensch mit reichem Innenleben beschrieben wird. Der dritte bleibt bei beiden Untersuchungen blaß, farblos, langweilig, ermüdend — unergiebig. Wenn sich auch bei diesem Typus unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen ermitteln lassen, liegt der entscheidende Akzent, wie bereits festgestellt, *auf der gegen die Ziele des Interviews gerichteten rigiden Abwehrstruktur*. Wir haben zunächst geglaubt, eine spezifische anale Komponente für das Phänomen verantwortlich machen zu müssen, die mit einer charakteristischen Besetzung einer Körperfunktion einhergeht. Nach meinem jetzigen Eindruck ist das Phänomen „Unergiebigkeit“ aber nicht so einseitig zu erklären, sondern weist neben der analen Modalität andere Abwehrinhalte auf, wie z. B. Passivität.

Während also der vorgeschickte Patient wegen der Externalisierung seines inneren Konfliktes Schwierigkeiten im Interview bereitet, bleibt der zweite Typus „unergiebig“ wegen seiner rigiden Abwehrstruktur, die sich gegen die Bemühungen des Untersuchers auswirkt. Beide Typen sind schwer für eine geordnete Behandlung zu gewinnen, obwohl hinter ihrer Abwehr ein gut zugängliches Konfliktgeschehen liegen kann. Die Beurteilungsskala des „unergiebigsten“ Patienten ist entsprechend aufschlußreich. Alle 10 Patienten haben mit einer Ausnahme keinen psychischen Leidensdruck, besitzen keine Krankheitseinsicht, kaum eine Behandlungsbereitschaft, aber 7 Patienten wurden auf Grund der eingehenden Untersuchung als geeignet für eine Behandlung angesehen. Bei den beiden ersten Typen wird dem Erstinterview die Aufgabe gestellt, das Bewußtsein für die eigene psychische Problematik zu mobilisieren und die Behandlungsbereitschaft zu wecken, und zwar aus-

drücklich gegen diese spezifischen Widerstände. Mit anderen Worten: es ist bei diesen Patienten in der Erstinterviewsituation ein erhebliches Maß an Widerstandsbearbeitung zu leisten.

Die von diesen beiden Interviewtypen leicht abgrenzbare zweite Gruppe der „anspruchsvollen“ und der „aufgeklärten“ Patienten zeigt in sich Übergänge und ist von den übrigen Patienten schwerer zu isolieren. Der „anspruchsvolle“ Patient weist nach unserer Beschreibung eine Reihe von Merkmalen auf: mehrfache Vorbehandlung, seinem Erscheinen geht ein reger Schriftwechsel oder mehrere Telefonate voraus, er drängt zum Interview, sein hoher Anspruch kontrastiert mit seinem geringen persönlichen Einsatz, er kommt gerne zu spät, sagt ab, hat eine gestörte Beziehung zur Realität, erlaubt sich Taktlosigkeiten, wirkt unsympathisch, erweckt aber Mitleid und hinterläßt oft Schuldgefühle. In meinem Material stellt er die größte Gruppe mit 15 Patienten dar. Als relativ konstant fällt in der Merkmalsskala die Taktlosigkeit auf; allerdings war sie nur in 2 Fällen grob auffallend, während sie bei den übrigen 10 mehr eingekleidet oder nur episodisch auftrat, aber immerhin doch so deutlich, daß man sie dem Interviewbericht entnehmen konnte. In 10 Fällen kam an irgendeiner Stelle des Berichtes zum Ausdruck, daß der Untersucher den Patienten unsympathisch oder unangenehm empfand und auch mit Mitleidsregungen oder Schuldgefühlen kämpfte. Gleichfalls in 10 Fällen ging dem Interview eine Serie verschiedener Behandlungen voraus. So befand sich eine 36jährige Patientin (maligne Hysterie) bereits seit 15 Jahren in ständigem psychotherapeutischem Arrangement. Ein anderer Extremfall, ein 30jähriger Patient, hatte 30 Ärzte vergeblich konsultiert. Die übrigen Merkmale waren nicht so regelmäßig vertreten, vielleicht auch in den Berichten nicht genau genug aufgeführt. Im ganzen gesehen hat dieser Typus etwas Labiles, Unzuverlässiges an sich, sowohl in seiner Objektbeziehung als auch im Umgang mit der Realität. Er wird häufig von äußeren und inneren Reizen überflutet, neigt zum Agieren und ist unkontrolliert. Diagnostisch verbergen sich hinter diesem Typus verschiedene Persönlichkeitsstrukturen und Syndrome, z. B. Persönlichkeitsdefekte im Bereich der Ich-Struktur, psychosegefährdete Zwangsneurose, anal-narzißtische Charakterstruktur mit Homosexualität, Perversionen, maligne Hysterie usw. Wenn man diesen Typus aus der Sicht des Interviews auf einen Nenner bringen wollte, könnte man sagen, diese Patienten sind so schwierig, weil in ihrer Persönlichkeitsstruktur die narzißtische Entwicklung des Selbst, des Ich, des Über-Ich oder des Ich-Ideals psychopathologisch deformiert ist. Es handelt sich um den sozial negativ zu wertenden auffälligen Teil der narzißtischen Neurosen, im Gegensatz zum „aufgeklärten“ Patienten, der die narzißtische Neurose im sozial positiven Sinn verkörpert.

Auch für diesen Typus ist die Bewertungsskala charakteristisch. Bei der Mehrzahl der Fälle läßt sich ein ausgeprägter Leidensdruck nachweisen, aber bei keinem einzigen eine überzeugende Krankheitseinsicht. Diese Patienten sind sehr schnell bereit zur Behandlung, haben aber eine sehr eigenwillige Vorstellung von ihr. Keiner von ihnen wurde im Interview als wirklich geeignet zu einer analytischen Behandlung bewertet. Von vornherein wurden 7 trotz ihres drängenden Anspruchs auf Hilfe abgelehnt. Bei 6 weiteren wurde ein Behandlungsversuch erwogen, von ihnen sind 2 tatsächlich eine geordnete Behandlung eingegangen. Ein Patient wurde von der Therapeutin als zu schwer zurückgewiesen. Dieser steht mit noch 3 anderen auf der Warteliste, die restlichen 2 gingen von sich aus nicht auf die bereits eingeleitete Behandlungsmöglichkeit ein.

Die Problematik dieses Typus liegt also trotz verschiedener äußerer Syndrome in der allen gemeinsamen *Psychopathologie ihres narzißtischen Charakters*, woraus ihre Unzuverlässigkeit, Unkontrolliertheit und Unfähigkeit zu einer konstanten Objekt- und beständigen Realitätsbeziehung resultiert.

Während der „anspruchsvolle“ Patient oft psychologisches Interesse bekundet, das aber vage bleibt und nicht innerlich gewachsen ist, imponiert der „aufgeklärte“ Patient mit seinem Intellekt, seiner Sensibilität und seinen psychologischen Kenntnissen, die er überzeugend ins Feld führen kann. In meinem Material war er nur viermal vertreten. Er hat nicht nur einen hohen narzißtischen Anspruch, sondern verfügt über narzißtische Befriedigungsmöglichkeiten, die seinem inneren Reichtum entsprechen; meist ist er sogar schöpferisch und erfolgreich. Er wäre der ideale Patient, wenn er nicht seinen *Narzißmus zu Abwehrzwecken* benötigte. In der Objektbeziehung selbst verfügt er nicht über genügend libidinöse und aggressive Reserven, er bindet sich vorwiegend narzißtisch. Alle 4 Patienten hatten ein echtes Leidensgefühl für ihre psychischen Probleme, Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft und schienen gut geeignet für eine analytische Behandlung. Sie werden von Kollegen gern übernommen, nutzen die Analyse zur Verstärkung ihrer narzißtischen Abwehr, lernen viel und sind doch im Grunde genommen schwer zu behandeln; denn es ist außerordentlich problematisch, diese gekonnte narzißtische Abwehr zu durchdringen, die hinter ihr liegenden infantilen Konfigurationen freizulegen und ihr Erleben für eine nicht-narzißtische Objektbeziehung aufzuschließen. Sie sind also durchaus Problem-Patienten und wissen es im Grunde genommen selbst sehr genau; obwohl sie ihre Abwehr aus strukturellen Gründen so schwer aufgeben können, weil diese nämlich in unbewußten Omnipotenzphantasien im Bereich des Ich-Ideals fest verankert ist.

Probleme der Technik

Noch einmal blicken wir zurück auf die mannigfaltigen Gestalten, in denen sich Patienten dem Interviewer präsentieren und in deren Gewand sie ihre unbewußten seelischen Phänomene inszenieren, und halten fest, mit welchen technischen Mitteln der Interviewer ihnen begegnet, um ein Verständnis für die unbewußten Prozesse des Patienten zu erlangen und ihn gegebenenfalls für eine Behandlung zu gewinnen.

Wenn wir berücksichtigen, daß das lebhafteste Interesse für die Erstuntersuchung den faszinierenden Erlebnissen unseres psychoanalytischen Alltags entspringt, in dem wir uns fortwährend mit dem Unbewußten des Menschen auseinandersetzen, können wir uns nicht dazu berufen und auf Grund unserer Ausbildung auch nicht befähigt fühlen, die psychologischen Grundlagen dieser komplizierten Gesprächssituation auf einer breiten Basis zu erörtern, sondern konzentrieren uns ganz gezielt auf die Sicht des psychotherapeutischen Spezialisten, der dieses Gespräch zur Klärung einer besonderen Fragestellung unternimmt und sich dadurch in seiner individuellen Technik von anderen Interviewern in zweierlei Hinsicht unterscheidet: Der psychoanalytische Denkprozeß führt zu einer „ungewöhnlichen“ Interpretation der Informationsdaten und damit zu Ergebnissen, die sich mit anderen nicht unmittelbar vergleichen lassen. Die psychoanalytische Technik erlaubt die Strukturierung einer Situation, deren Erfassung ausschließlich von einem Wahrnehmungspotential abhängig ist, das sich nur im längeren Umgang mit unbewußten Phänomenen ausbildet. Nach unserer Meinung erhalten wir erst durch die Integration dieser beiden Funktionen ein annähernd zuverlässiges Bild von den seelischen Prozessen, die wir beurteilen wollen. *M. Balint* (1961) hat diese Absicht mit folgenden Worten beschrieben:

„Für den Arzt besteht das erste Ziel darin, eine Atmosphäre zu schaffen, in welcher der Patient sich aussprechen oder doch so viel von sich preisgeben kann, daß der Arzt sicher sein kann, auf Grund seiner Beobachtungen zu einer relativ zuverlässigen Beurteilung des Zustandsbildes und der Fähigkeit des Patienten, mitmenschliche Beziehungen einzugehen, gelangt zu sein. Sein zweites Ziel ist die Entscheidung darüber, ob in diesem Fall überhaupt etwas, und wenn ja, was getan werden sollte. Drittens will der Arzt dem Patienten helfen zu sehen, daß seine Beurteilung und seine Empfehlungen sich logisch aus dem ergeben haben, was im Interview geschah — und nur dem entspricht, was im Leben des Patienten geschehen ist und noch geschieht. Wenn das erreicht wird, kann das eine vernünftige Grundlage für die richtige Entscheidung bilden, welche Art von Therapie für diesen Fall in Frage kommt. Vom *Patienten* her gesehen, sollte das Interview ihm das eindrucksvolle Erlebnis vermitteln, daß ihm hier Gelegenheit gegeben wird, sich zu eröffnen, verstanden zu werden und Hilfe zu erhalten, sich und seine früheren und jetzigen Probleme in einem neuen Licht zu sehen. Diese neue Einsicht sollte ihn befähigen — und das ist das zweite Ziel —, möglichst selbst zu entscheiden, was er als nächsten Schritt tun und wie er diese Entscheidung ausführen sollte; wenn das über seine Kraft geht, dann sollte der Patient wenigstens imstande sein zu sehen, warum der Arzt sich so oder so entschieden hat, sollte die Entscheidung als eine sinnvolle annehmen und bei der Ausführung mithelfen“ (a. a. O. S. 231).

Die Evidenz, mit der das wahrgenommene unbewußte, dynamische Erlebnis des Interviews im Spiegel des Schicksals des Patienten betrachtet wird, formt die Erkenntnis, die eine Entscheidung zur Folge haben kann. Eine Entscheidung sowohl für den Untersucher, ob und mit welchen Mitteln er dem Patienten helfen kann, als auch für den Patienten, inwieweit er sich einer solchen Behandlung anzuvertrauen gedenkt. Diese relativ einfache Formel bedarf einer methodischen Aufschlüsselung.

Jedes Interview verfolgt ein Ziel, das eine jeweils modifizierende Rückwirkung auf die angewandte Technik hat. Im wesentlichen unterscheiden wir in der psychotherapeutischen Praxis zwei Zielvorstellungen:

1. eine wissenschaftliche, die ausschließlich der Erforschung umschriebener Krankheitsbilder dient;
2. eine diagnostische zur Prüfung psychotherapeutischer Ansatzmöglichkeiten.

Die Modifikationen der Technik, die bei einer rein wissenschaftlichen Untersuchung vorgenommen werden, sollen uns im vorliegenden Zusammenhang nicht weiter beschäftigen. In ihren Grundzügen sollten sie unter psychoanalytischer Sicht mit der therapeutischen Fragestellung übereinstimmen.

Der erste technische Schritt ist die Sammlung von Material, die Aufnahme von Daten. Die Relevanz des gewonnenen Materials steht in einem engen Verhältnis zu dem nächsten Schritt, seiner Verarbeitung. Diese Auswertung setzt konsequenterweise voraus, daß brauchbare Informationen aufgenommen wurden. Bereits an dieser Stelle der Entwicklung des Interviewverfahrens prallen verschiedene Auffassungen aufeinander. Eine Gruppe will einen möglichst vollständigen Katalog von analytisch verwertbaren Daten aufgestellt wissen und konstruiert zu diesem Zweck Datenschemen, die am Patienten abgefragt werden. Eine andere begnügt sich mit einer Auswahl von Informationen, die ihr wesentlich erscheinen. Diese Meinungsverschiedenheit ist aber nur eine scheinbare, denn sie beruht auf drei unterschiedlichen Einstellungen zum Untersuchungsverfahren, über die man sich vor seiner konkreten Anwendung Klarheit verschaffen sollte:

1. Wird das Interview von Unerfahrenen, unter Umständen von Hilfskräften oder vom Psychotherapeuten selbst durchgeführt?
2. Betrachtet man das Interview als eine formale Auskunftsquelle, oder sieht man in ihm einen dynamischen Prozeß?
3. Erfolgt die Datenbewertung bereits während des Interviews oder nachträglich in einem sekundären Aufarbeitungsprozeß, gegebenenfalls von einer zweiten Person?

Obwohl alle Alternativen Kompromisse zulassen, halten wir uns an folgende Überlegung. Als Psychoanalytiker erleben wir das Interview wie eine analytische Situation, in der das gesamte Informationsmaterial in ein dynamisches Geschehen eingebettet ist, das wir nicht durch unachtsames Abfragen zerstört wissen wollen. Ein möglicher Kompromiß wird von Kollegen praktiziert, die das Sammeln von Daten nach einem Abfragekatalog von Hilfspersonen durchführen lassen und von der eigentlichen Interviewsituation mit dem Psychotherapeuten abtrennen. Letzten Endes muß diese Alternative nach der Erwartung entschieden werden, was man bei der Aufarbeitung des Materials sichtbar machen möchte. Die Daten eines persönlichen Schicksals kann jeder erfahrene Psychotherapeut nachträglich analysieren und mit ihrer Hilfe die unbewußte Struktur eines Menschen klassifizieren. Unmöglich nachzuvollziehen bleibt aber das Erlebnis der persönlichen situativen Evidenz, das nur auftritt, wenn unbewußte dynamische Vorgänge im Hier und Jetzt mit denen des persönlichen Schicksals überzeugend verknüpft werden. Wir ziehen es deshalb vor, das Interview nur von Psychotherapeuten ausführen zu lassen, ihnen die Aufnahme und Bewertung der notwendigen Daten anheimzustellen, deren Reichtum und Vollständigkeit auf keinen Fall zu Lasten des unbewußten dynamischen Vorganges gehen darf. Die Verarbeitung der Daten läuft im wesentlichen schon während des Interviews ab und bereitet den ersten lockeren Vorstellungsrahmen auf. Seine definitive Struktur erfährt er durch die Einbeziehung der unbewußten Übertragungsthematik.

Erinnern wir uns an unser erstes Beispiel aus dem 5. Kapitel. Das persönliche Schicksal, Sohn eines verfolgten Vaters zu sein, ist von eminenter Bedeutung für das Verständnis des Patienten, weil dieser sich dynamisch in der Interviewsituation selbst als ein Verfolgter, d. h. als ein mit dem Schicksal des Vaters Identifizierter offeriert. Die Bewertung dieser biographischen Konstellation erfolgt also nicht nur auf Grund der psychoanalytischen Erfahrung, sondern auch der Wahrnehmung eines unmittelbaren, vom Patienten unbewußt dargestellten Übertragungsphänomens. Man muß seine Unruhe und Nervosität, gekoppelt mit dem Vertrauen auf die Hilfe der Eltern (Interviewer) gespürt haben, um dieses biographische Detail richtig einschätzen zu können.

Man kann also das Unbewußte des Patienten sekundär konstruierend erschließen oder es bis zu einem gewissen Grade primär erleben.

Wir haben in einem der vorhergehenden Kapitel (S. 353—368) die Bemühungen um das Verständnis des unbewußten Materialgehaltes dargestellt. Die vorbewußten Anteile der im Interview abgelaufenen Wahrnehmungen, die noch nicht in bewußte Vorstellungen integriert wurden, lassen sich nachträglich in einer Gruppendiskussion aufhellen — wir kommen darauf noch einmal zurück —, weil der Interviewer als Wahrnehmungsinstrument von eigenen unbewußten Übertragungsvorgängen beeinflusst wird. Es scheint

fast so, als ob die Vertiefung der unbewußten Struktur des Patienten in neuen analytischen Situationen mit dem Interviewer praktisch unendlich fortgeführt werden kann. In der Rolle des Interviewers müssen wir uns mit dem von uns als relevant erkannten Material bescheiden. Auch noch so perfekte Abfragekataloge können die Begrenztheit der menschlichen Fähigkeit, als Interviewinstrument Daten auf ihren unbewußten Gehalt zu sondieren, nicht wesentlich verbessern. Hier hilft nur ein ständiger Übungs- und Lernprozeß in der Auseinandersetzung mit unbewußten Vorgängen. Deshalb ist es auch sinnlos, diese Form von Interviews von nicht psychoanalytisch Geschulten vornehmen zu lassen.

Wie aus unserer Darstellung hervorgeht, lassen sich die nächsten technischen Schritte „Beobachtung des Verhaltens“ und „die spezifische Form der Wahrnehmung“, d. h. die Bewertung der unbewußten Dynamik im Hier und Jetzt der Situation nicht scharf von den ersten beiden absetzen. Diese Tatsache entspricht der alltäglichen analytischen Praxis, die unbewußte aktuelle Thematik des Hier und Jetzt im Spiegel der infantilen Vergangenheit, die Übertragung zum Analytiker im Licht der primären Objektbeziehung zu verstehen. Mit dieser Technik gelangen wir zu einer fokalen Hypothese. Wir nennen sie fokal, weil ihre Aussage durch die Zentrierung auf diese Situation mit diesem Interviewer begrenzt bleibt. Bei der Formulierung der fokalen Hypothese verwenden wir die Sprache der Objektbeziehung und werden damit der Ausgangslage gerecht, daß während des intimen Gespräches in einer künstlich geplanten Situation zwischen zwei Partnern etwas geschehen muß.

Der nächste technische Schritt ist die Transponierung der „äußeren“, dynamisch formulierten Objektkonstellation in die „innere“ Struktur des Patienten. Mit anderen Worten, der Konflikt in der Objektbeziehung wird als Strukturkonflikt formuliert. Von der inneren Gesetzmäßigkeit des Patienten her gesehen, läßt sich dieser Schritt auch anders definieren. Wir versuchen, die ablaufenden Prozesse im Interview von den inneren strukturellen Voraussetzungen des Patienten zu beleuchten. Dieser Strukturbegriff ist zunächst noch allgemein gefaßt, wenn wir von regulierenden Persönlichkeitsanteilen sprechen, die als etwas Gewordenes eine gewisse Dauerhaftigkeit und wenig spontane Neigung zur Veränderung aufweisen. Er enthält bereits den dynamischen, strukturellen und ökonomischen Gesichtspunkt der Psychoanalyse und leitet deshalb zu der Möglichkeit über, die inneren unbewußten Prozesse der Patienten in der Sprache der Metapsychologie zu beschreiben. Wir gehen bei diesem Schritt noch nicht über unsere fokale Gegebenheit hinaus, sondern versuchen, diese im strukturellen Sinne zu vertiefen.

An den beiden ersten Beispielen im Kapitel „Der strukturelle Gesichtspunkt“

punkt“ beeindruckte uns der Es-Über-Ich-Konflikt. Der erste Patient, der „verfolgte Künstler“, stand unter der Herrschaft seines verfolgenden Über-Ichs. Die Triebseite wurde durch Verdrängung und Verschiebung nach oben abgewehrt. Der „Schweiger“ demonstrierte averbal ziemlich ungeniert seine Triebbedürfnisse und konstellierte damit ein provokatorisches Verhalten gegen sein externalisiertes Über-Ich. Seine Ängste waren mit einer Schamreaktion vor dem Sprechen verknüpft, „man konnte mit ihm nicht sprechen“. Der Ansatz zur strukturellen Differenzierung des „Straßenbahners“ ging, seinem Angebot entsprechend, von einem Es-Ich-Konflikt aus. Der Analytiker spürte seine eigenen Tendenzen, die Rolle eines Hilfs-Ichs zu übernehmen, und konnte in dieser Position miterleben, wie diese durch aggressive Impulse des Patienten überschwemmt wurden. Ein neuer Stabilisierungsversuch des Ichs setzte danach ein in Form eines Zwangsrituals, an das sich der Patient erinnerte. Diese Formulierung ist natürlich nur möglich, wenn der Ablauf des Interviews nicht nur als eine zufällige Folge von Informationen, sondern als dynamisches Geschehen angesehen wird.

Bei diesem Vorgehen folgen wir einer orientierenden Richtung, strukturellen Differenzierungen nachzugehen. Wir waren bei den Konsequenzen, die wir aus diesem ersten Ansatz zogen, sehr zurückhaltend; denn zu einer strengeren Beurteilung müssen diese Bemühungen viel weiter vorgetrieben werden. Leider stoßen wir dabei auf eine Schwierigkeit, die wir nicht der Methodik des Interviews anlasten können, sondern die grundsätzlicher Natur ist. Die strukturelle Ausdifferenzierung einer Patientenpersönlichkeit gilt heute fast noch als wissenschaftliches Unternehmen, keinesfalls aber als tägliche Routine. Wir haben relativ viel Erfahrungen im Umgang mit den Triebchicksalen hinsichtlich ihrer psychosexuellen Fixierung, ihrer Neutralisierung und konflikthafter Besetzung autonomer Ich-Funktionen, der Beteiligung der Abwehrmechanismen und der Funktion des Über-Ichs, aber die Bestimmung der normalen und pathologischen Erscheinungsformen des Narzißmus, das Verständnis für die Beziehungen der Instanzen des Selbst, des Körper-Ichs und des Ich-Ideals bereiten uns noch sehr große Mühe. Zweifellos wird die weitere klinische Differenzierung dieser Strukturanteile zu neuen wichtigen Erkenntnissen beitragen. Auch dieses Faktum können wir an den vorgetragenen Beispielen demonstrieren.

So war etwa der erste Patient ein namhafter Künstler, der aus seiner Tätigkeit eine gesunde Portion narzißtischer Befriedigung entnehmen konnte. Er lebte sozusagen in dieser narzißtischen Welt. Im Interview wirkte er von dieser Seite her farbig, sympathisch, voller reicher Möglichkeiten. Der unbewußte Anteil seines Ich-Ideals war aber offensichtlich noch erfüllt von infantil-magischen Hoffnungen, wie seine Erwartungshaltung bewies. Sein Symptom lokalisierte sich in einer Weise im körperlichen Bereich, die den Eindruck erweckte, als ob die Beziehung zum Körper-Ich fast wahnhaft deformiert war. Zu diesem gestörten Struktur-

anteil gehört wahrscheinlich auch die — in der Darstellung nicht erwähnte — Ablehnung, eigene Kinder zu besitzen, die der Patient mit seinem persönlichen Schicksal völlig unlogisch-rationalisierte.

Solche Überlegungen greifen auf bisher nicht beachtetes Material zurück und machen dadurch die Struktur des Patienten und damit auch die diagnostische und prognostische Beurteilung wesentlich übersichtlicher. Ganz sicher muß dieser Teil der strukturellen Differenzierung in der psychotherapeutischen Praxis eine viel größere Beachtung erfahren als bisher.

Mit dem Strukturbegriff kommen wir zu einem weiteren Problemkreis des Erstinterviews. Wir kennen die hysterische, zwangsneurotische, narzißtische und psychotische Struktur aus der täglichen Arbeit. Deshalb wissen wir auch etwas von dem gesetzmäßigen Aufbau dieser Strukturen, den spezifischen Abwehrformationen, den psychosexuellen Fixierungen, den vorherrschenden ödipalen oder präödipalen Konflikten. Darüber hinaus verfügen wir über Erfahrungen im therapeutischen Umgang mit ihnen, aber wie bereits festgestellt, sind sie für die klinische Praxis noch nicht genügend systematisch ausdifferenzierbar. Daraus ergeben sich grundsätzliche klinische Probleme.

So klagt zum Beispiel eine Patientin über ein Zwangssyndrom, hat aber keine typische Zwangsstruktur, sondern eine fast klassisch-hysterische. Der im Teil II beschriebene Patient wies auch ein massives Zwangssyndrom in seiner Anamnese auf, aber sicher bietet er keine typische Zwangsstruktur, sondern ist in die Gruppe der Borderlinefälle einzustufen. Ganz seltsam wird die klinische Bewertung bei den psychosomatischen Krankheitsbildern. Betrachten wir als Beispiel die Asthmapatientin (S. 457). Ihre Konflikte und ihre Struktur sind im ersten Ansatz ganz gut zu erkennen. Aber wie sollen wir dazu ihr führendes Symptom, das Asthma, einordnen?

Für diese Schwierigkeit können wir wiederum nicht die Interviewmethodik verantwortlich machen. Der Einsatz eines solchen Untersuchungsinstrumentes kann nur soweit zu Ergebnissen führen, als es das Fachwissen zuläßt. Dieses Fachwissen steht der Interviewtechnik zur Zeit noch in begrenztem Ausmaß zur Verfügung, um gerade diese strukturellen Feinheiten und ihre gesetzmäßigen Beziehungen zu leicht erkennbaren Symptomgruppierungen voll zu erfassen. Eine wichtige Aufgabe wäre es deshalb, das Interviewverfahren für eine leistungsfähigere Forschungstechnik auf dem Boden unserer bisherigen Kenntnisse auszubauen.

Mit diesem Problem der strukturellen Differenzierung ist aber noch eine weitere Schwierigkeit verbunden. Wir vermissen bei der Auswertung des Interviews klare Angaben für die Festlegung einer eindeutigen Indikation zu den verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden. Sicher kann man diese verstreut in der Literatur mit unterschiedlicher Auffassung ausfindig machen, aber immer noch ohne die allgemein verbindliche Über-

einstimmung für die tägliche Praxis. Sogar unter erfahrenen Analytikern schwankt die Indikation zu einer klassischen Analyse noch immer beträchtlich. Die strukturelle Differenzierung, das Kernstück der Aufarbeitung der Fokalhypothese, wirft somit eine Reihe von Fragen und Problemen auf, die nicht mit der Entwicklung des Erstinterviews als Methode allein zu lösen sind.

Wir gehen jetzt zum nächsten technischen Schritt über, der Überarbeitung der Hypothese unter Verwendung der vorliegenden Daten mit Hilfe der analytischen Erfahrung. An dieser Stelle geben wir die fokale Hypothese zugunsten der Möglichkeit einer breiteren Erfassung des Materials auf. Allein für diesen Zweck wirkt sich eine gute und möglichst vollständige Datensammlung lohnend aus. Einen gangbaren Weg haben wir oben in Form eines Experimentes beschrieben (S. 445—455).

Der letzte und praktisch sehr wichtige technische Schritt ist die Beurteilung der Veränderbarkeit dieses strukturellen Phänomens, von der der Erfolg der Therapie in großem Ausmaß abhängig ist. Mit ihm haben wir uns im gleichen Abschnitt ausführlich auseinandergesetzt.

Wir wenden uns jetzt konkret praktischen Fragen des Erstinterviews zu.

Wie lange dauert ein Erstinterview?

Bei dem Versuch, Anhaltspunkte für die Zeitdauer des Erstinterviews zu gewinnen, wurde uns noch einmal deutlich, welch hohen persönlichen Einsatz die Interviewsituation fordert. Dieser Anspruch besteht zu Recht, wenn wir bedenken, daß das Ergebnis nicht über einen kurzfristigen Eingriff, sondern über eine meist sehr langfristige, zeitraubende und folgenschwere Zusammenarbeit entscheidet. Hieraus läßt sich eindeutig ableiten, wie sinnwidrig und unbrauchbar für unsere Zwecke die klinische Gepflogenheit ist, mehrere Patienten hintereinander „anzusehen“. Es ist vielmehr notwendig, daß jeder Patient in einem für ihn reservierten Zeitraum untersucht wird. Terminvereinbarungen, die den benötigten Zeitraum ungestört garantieren, sind die unvermeidliche Voraussetzung dazu.

Im Interesse seiner Patienten muß sich der tätige Psychotherapeut gegen die oft aus anderer Sicht berechtigten Erwartungen wehren, den „dringenden“ Patienten schnell einmal anzuschauen. Der unangemeldet „hereinplatzende“ Patient kann deshalb im allgemeinen nur hinsichtlich „äußerer“ Fragen beraten werden. Um die von vornherein ungeeigneten oder noch nicht bereiten Patienten auszufiltern und nicht einen Zeitraum zu verlieren, auf den ein anderer Patient ungeduldig wartet, ist ein vorgeschobenes Selektionsverfahren günstig. Leider stellen wir immer wieder fest, daß der „überwiesene“ Patient — ein Problem für sich — sehr oft ungeeignet ist, weil der Arzt ihn mit ganz falschen Erwartungsvorstellungen in die Interviewsituation abschiebt und weil dem zumeist vom Arzt nicht aufgeklärten Patienten das Bewußtsein eines seelischen Leidens fehlt. Die Indikationsstellung zur Überweisung an den Psychotherapeuten bedarf noch einer sehr großen Aufklärungsarbeit nicht

zuletzt deshalb, weil es oft gerade die für die Psychotherapie geeigneten Patienten sind, die mit falschen Mitteln endlos lange behandelt werden.

Sind wir mit dem unbekannten Patienten allein und verfügen über genügend Zeit, dann kann sich die Interviewsituation ungestört vor unseren Augen entfalten. Wie lange können wir die obengenannten Funktionen erfüllen und emotional auf die Angebote des Patienten reagieren, ohne zu ermüden? Das wird von Untersucher zu Untersucher verschieden sein, weil es von vielen Faktoren wie Temperament, Charakter, Erfahrung, Neugier, wissenschaftlichen Interessen abhängig ist. Wie lange macht der Patient mit? Auch hier ist mit individuellen Unterschieden zu rechnen. Unter Berücksichtigung solcher Schwankungen ziehen wir unsere analytische Erfahrung hinzu, zumal wir durch sie mit einer bestimmten Zeitdauer vertraut sind.

Ein Erstinterview sollte nicht kürzer, aber auch nicht viel länger sein als eine Behandlungsstunde, weil sonst Konzentration, Merkfähigkeit und innere emotionale Bereitschaft nachlassen: Die Interviewsituation zerfließt, sie wird unübersichtlich, das noch erwartete Neue wird zwar wahrgenommen, aber nicht mehr richtig in den inneren Zusammenhang eingeordnet. Besser ist es, falls erforderlich, den Patienten noch einmal zu bestellen; bei dieser Gelegenheit kann auch die Wirkung des ersten Gesprächs beobachtet werden. Das Bedürfnis nach „mehr Material“ sollte man im Zaume halten. Es ist besser, sich mit dem zu beschäftigen, was man bereits gewonnen hat. Die zunehmende Zahl der Begegnungen mit dem Patienten mobilisiert Prozesse, die dem diagnostischen Ziel nicht mehr adäquat sind, sondern dazu führen, daß man in eine ungewollte therapeutische Beziehung hineinschlittert. Selbstverständlich wird immer ein individueller Spielraum bestehen bleiben. Diese Zeitvorstellung stimmt mit unseren praktischen Erfahrungen gut überein. Wie jedes Thema mit zunehmender Beschäftigung an interessanten Details und Perspektiven gewinnt, so auch die Zeitfrage. *M. Balint* (1961, S. 240) erwähnt zwei psychologische Faktoren, die die Zeitdauer entscheidend beeinflussen können.

„Der eine ist die *wissenschaftliche* und *emotionale Neugier* des Arztes, die ihre Befriedigung zu erhalten sucht, der andere sein *Sicherheitsbedürfnis*, das ihn bestimmt, so lange mit dem Interview fortzufahren, bis er das Gefühl hat, genug herausbekommen zu haben, um eine einigermaßen sichere Diagnose stellen zu können.“

Wie wird ein Erstinterview protokolliert?

Neben der Zeitdauer des Erstinterviews ist auch das Protokollieren mit einer Reihe praktischer Probleme verbunden, besonders wenn es sich darum handelt, mit Kollegen zusammenzuarbeiten. Hinter den rein formalen Ge-

sichtspunkten verbirgt sich ein wichtiger und keineswegs vollkommen geklärter Aspekt. Jeder Psychotherapeut hat offensichtlich mehr, als es bei Ärzten im allgemeinen zu beobachten ist, den Wunsch, mit einem Kollegen über einen Fall zu sprechen. Neben sachlichen Bedürfnissen spielen persönliche Momente mit. Wenn wir bei einem Patienten unser eigenes Unbewußtes in Resonanz mitschwingen lassen, werden Vorgänge angerührt, die wir trotz aller Vorsichtsmaßnahmen keineswegs immer unter Kontrolle halten können. Häufig werden sie uns selbst nicht sofort bewußt. In gemeinsamen Besprechungen mit Kollegen „wissen“ wir mehr von unseren Patienten, als wir anzunehmen bereit sind. Statt diese Schwäche schamvoll zu verdecken, bemühen wir uns, sie fruchtbar zu machen, indem wir über unsere Interviewpatienten in einer konstanten Arbeitsgruppe sprechen. Unberührt von der aktuellen Spannung der dynamischen Kräfte im Interview, benutzen die Kollegen unser Wissen und verhelfen uns zu Einsichten, die oft überraschend sind.

Aus Zeitgründen halten wir uns dabei möglichst an Aufzeichnungen, in denen sich dieses Wissen niederschlägt, bevor es durch eine sekundäre Bearbeitung überpflügt und sauber kultiviert worden ist. Der nur zaghaft anklingende subjektive Gefühlszustand des Interviewers sollte noch zwischen den Zeilen lesbar sein und auf die Einordnung in das Mosaik des Patientenporträts warten. Dieses Vorgehen kann zur Methode entwickelt werden, wenn es im integrierbaren Kontakt zu anderen Informationen bleibt und sich nicht aus unklaren Bedürfnissen verselbstständigt. Bei aller Kritik gegen unkontrollierte gefühlsbetonte Aussagen scheint uns umgekehrt die Gefahr größer, daß Aufzeichnungen nur eine tote Welt des Patienten widerspiegeln. Unsere naturwissenschaftliche Erziehung prägt tiefes und unberechtigtes Mißtrauen gegen eigene, induzierte Phantasie- und Gefühlsvorstellungen und macht damit unser leistungsfähigstes Instrument, die Einfühlung, stumpf. Selbstverständlich kann man ohne Aufzeichnungen auskommen, ohne sie über einen Patienten erfolgreich diskutieren und ein sehr lebendiges Bild von ihm erhalten, aber in einer Arbeitsgruppe und in der Praxis sind sie unbedingt notwendig, und ihr Fehlen kann überdies unangenehme rechtliche Folgen haben.

Was soll in einem Protokoll festgehalten werden?

Zunächst die wesentlichen biographischen Daten (Befragung), über die uns der Patient informiert, besonders soweit sie einen Zusammenhang zum Krankheitsgeschehen erkennen oder ahnen lassen. Als nächstes sein Verhalten im weiteren Sinne, seine Erscheinung, sein Auftreten, seine Art der Be-

richterstattung und seine Gesprächsführung, soweit sie kennzeichnend für seine Persönlichkeit sind (Beobachtung). Am Rande sei bemerkt, daß Einigkeit darüber herrscht, nicht in Gegenwart des Patienten mitzuschreiben, weil es ihn unnötig irritiert und uns zu sehr ablenkt.

Wann schreiben wir das Protokoll?

Gleich nach der Sitzung oder später? Diese Frage steht in enger Beziehung zur Erfassung der spezifischen Objektbeziehung (Übertragungssituation). Unmittelbar nach dem Interview ist diese im Untersucher noch wirksam. Zuerst sollten wir uns über das Ziel klarwerden, das die Aufzeichnung anstrebt. Sollte es ein abschließender Bericht sein, so ist in der Auseinandersetzung mit dem Interview eine gewisse Distanz sehr nützlich. Bleibt dagegen der abgefaßte Bericht noch unfertig, dient er vorwiegend als Material für eine Diskussion, so empfiehlt es sich, ihn aus dem unmittelbaren Erlebnis festzuhalten. Bei der Beschreibung der Objektbeziehung werden wir etwa von folgenden Fragen geleitet: Wie geht der Patient unbewußt mit dem Interviewer um? Welche Gefühle und Vorstellungen erzeugt er in ihm? In welcher Atmosphäre arbeitet der Interviewer mit diesem Patienten? Wie reagiert er auf ihn?

Diese aktuellen Übertragungsphänomene führen auf dem Hintergrund der übrigen Wahrnehmungen zu einer Hypothese von der Persönlichkeit des Patienten. Die Anteile seiner unbewußten Objektbeziehung, die als eingewohnte Verhaltensformen über die aktuelle Situation hinausweisen, liefern bereits aufschlußreiche Daten über seine ausdifferenzierte Struktur. Hilfreich für diese Formulierung ist die Überlegung, an welcher Stelle des Interviews sich der Untersucher emotionell angesprochen fühlte, d. h. welches die wichtigen Augenblicke im Interview waren, in denen die von uns beschriebene Grenzsituation wirksam wurde. Der Interviewer soll sich daran erinnern, welche Bemerkungen er gemacht hat, und noch einmal überlegen, wie der Patient direkt oder indirekt darauf reagierte und was sie für ihn, unabhängig von der Vorstellung, aus der heraus sie geäußert wurden, bedeuteten. Dieser Teil ist das Kernstück des Protokolls, das je nach den Bedürfnissen und Interessen um weitere Fragen ergänzt werden kann: Wie kam der Patient zum Interview? Welches waren seine angebotenen Motive? Womit und mit welchem Erfolg wurde er bisher behandelt? Im Kapitel über bestimmte Interviewsituationen haben wir diese Protokollnotizen bevorzugt ausgewertet. Am Schluß des Protokolls fassen wir in einer formelhaften Hypothese unsere Beurteilung der Untersuchungsergebnisse zusammen und überlegen, was mit dem Patienten geschehen soll.

Wir propagieren hiermit nicht einen idealen Protokollstil (den es vermutlich nicht gibt), sondern wollen nur demonstrieren, wie sich aus Überlegungen, Erfahrungen und Herausarbeitung uns wesentlich erscheinender Elemente der Interviewsituation mühelos Folgerungen ableiten lassen, die unter anderem auch in der Führung der Aufzeichnungen zum Ausdruck kommen. Die Sprache einer gemeinsamen Arbeitserfahrung findet hier ihren Niederschlag und kann von anderen nur übernommen werden, wenn ähnliche Anschauungen zu gleichgerichteten Interessen führen.

Welche Rolle spielt das Tonbandgerät?

In der Auffassung, daß die Interviewsituation mit allen ihren Anforderungen ein Mitschreiben unmöglich macht und damit sogar eine gewisse Verständnislosigkeit gegenüber der analytischen Aufgabe dokumentiert wird, sind sich wohl die meisten Autoren einig. Gill, Newman und Redlich setzen sich aus diesem Grunde sehr für Tonbandaufnahmen ein. Wir haben in dieser Hinsicht keine eigenen Erfahrungen. Zweifellos hat ein wörtliches Protokoll einen großen didaktischen und wissenschaftlichen Wert. Die psychologischen Schritte der Gesprächsführung, die wir im ganzen etwas vernachlässigt haben, lassen sich mit seiner Hilfe am besten studieren. Aus unserer Erfahrung mit Gruppen schätzen wir den dokumentarischen, didaktischen und wissenschaftlichen Gewinn wörtlicher Protokolle und benutzen die Aufnahmen, um unsere Hypothese am Material zu überprüfen. Ob sie aber eine echte Hilfe für unsere Bemühungen sind, unbewußte Vorgänge zu verstehen, möchten wir noch dahingestellt lassen.

Nach unserer Vorstellung ist das psychologische Verständnis nur der wichtige erste strukturierende Schritt, dem der zweite, der auf die Erfassung der unbewußten Dynamik des Patienten zusteuert, folgen muß. Dieser ist mehr optischer als akustischer Natur und hat eher den Charakter eines Bildes, das sich im Interviewer langsam wie auf einer Projektionsfläche konfiguriert. Dieses Bild läßt sich aus dem wörtlichen Protokoll nur sehr indirekt entwickeln und fordert in jedem Fall ein nachträgliches Gespräch mit dem Interviewer. Unabhängig vom *psychologischen* Wert einer solchen Tonbandanalyse bleibt die Frage offen, ob der Einsatz dieses objektiven und ins nachträgliche Zergliedern verweisenden Vorgehens den *psychoanalytischen Gewinn* wirklich garantieren kann. Unserem Arbeitsstil entspricht es mehr, den Interviewer statt des Tonbandes zu befragen, ihn als Prisma zu benutzen, das bereits bewußt oder noch unbewußt eine Gliederung der vom Patienten ausgehenden Aktivitäten vollzogen hat, die es sichtbar zu machen

gilt. Bei dieser Technik greifen wir auf alltägliche analytische Erfahrungen zurück, die wir in Kontrollstunden gewonnen haben.

Die Dynamik der Gesprächssituation im Spiegel einer Arbeitsgruppe

Wir verlassen jetzt die umschriebene Situation des Erstinterviews und gehen auf ein neues und unerforschtes Gebiet über, das zwar in unserem Alltag bereits eine große Rolle spielt, dem wir aber noch relativ unwissend gegenüberstehen. Die protokollierten Ergebnisse der Erstinterviews werden in unserem Arbeitskreis in einer ständigen *Interviewkonferenz* diskutiert. Abgesehen von dem Lernprozeß, den wir alle sehr zu schätzen wissen, beobachten wir in dieser Gruppe Spontanphänomene, die etwas mit dem Patienten zu tun haben müssen. Sie zeigen überwiegend affektiven Charakter, äußern sich in Lachen oder lähmender Nichtbeteiligung von Mitgliedern und verdichten sich häufig zu einer ausgeprägten Atmosphäre während der Diskussion eines bestimmten Patienten, die bei der Besprechung des nächsten wieder umschlagen kann. Manchmal treten sie als Fehlhandlungen des Interviewers in Erscheinung, an der die Mitglieder der Gruppe etwas sehr Bezeichnendes für den Patienten entdecken. In einer anderen Form machen sie sich als Fremdheitsgefühl bemerkbar, das der Interviewer während der Diskussion seines Patienten empfindet.

Wir wissen inzwischen, daß der Interviewer, gegenüber der Gruppe mit seinem Patienten identifiziert, diesen in der neuen Situation ungewollt repräsentiert und damit unbewußt eine Grenzsituation unter den veränderten Bedingungen konstellieren kann. Leider verfügen wir nicht über protokolliertes Material aus diesen Sitzungen, sondern sind zum Studium derartiger Phänomene auf die Protokolle unserer Ärztgruppen angewiesen, die regelmäßig mittels Tonband angefertigt werden. Wir benutzen dieses verfremdete Material, um wenigstens einen Gesichtspunkt herauszuarbeiten, der uns von wesentlicher Bedeutung für derartige Gespräche über Patienten erscheint. Wir gehen von der Vorstellung aus, daß eine Gruppe von mehreren Personen nicht über einen Patienten diskutieren kann, ohne ihren eigenen unbewußten Gruppenprozeß ins Spiel zu bringen, wenn sie einerseits genügend Spontaneität in der Gesprächsführung wahr, andererseits auch noch so sehr um wirklich sachliche Kontrolle bemüht ist. Die vom Patienten induzierten Spontanphänomene haben die unbewußte Interviewbeziehung passiert, werden vom Interviewer vor- oder unbewußt in die Konferenz eingeschleppt und entzünden sich am Prozeß der Gruppe. Sie sind das Differenzierungsprodukt einer Zweier- und einer Gruppenbeziehung.

Wir wollen jetzt diesen hintergründigen Prozeß, der zu Spontanphänomenen führen kann, am Protokoll einer Ärztgruppensitzung studieren.

In der Gruppe anwesend sind eine Ärztin (B), 5 Ärzte (C, D, E, F, G) und ein Analytiker (A). Die Ärztin, Frau Dr. B. berichtet:

Bei einer Hochdruckpatientin, die zur Zeit verschickt ist, hat sich der Blutdruck etwas gesenkt. Ihr Mann kam in die Praxis, völlig am Boden zerstört. Ich habe ihn beinahe nicht wiedererkannt, als er hereinkam, so war er dekompenziert. Er hat ein Aortenvitium; er bekam keine Luft und konnte nicht sprechen. Ich habe ihm gesagt, er müsse sofort ins Bett, aber er meinte, das ginge nicht, daran würden ihn seine Kinder hindern. Das Mädchen wäre überfordert, weil sie noch nebenbei eine Prüfung macht; der Sohn wäre furchtbar ungeschickt, so daß zu Hause ein sehr starkes Spannungsverhältnis entstanden ist. Nun hat sich doch erwiesen, die Frau darf gar nicht von zu Hause weg. Es geht alles drunter und drüber. Zu meinem Vorschlag, ihn einzuweisen, hat er strikt „nein“ gesagt, so daß ich mich gezwungen sehe, die Frau wieder herbeizuholen. Die Kur sollte noch 14 Tage verlängert werden, das kann ich aber jetzt nicht mehr verantworten. Er wird herumwursteln, bis sie wiederkommt; dann wäre er bereit, ins Krankenhaus zu gehen.

Unser Gedanke, daß die Frau nicht weggehen darf und sie alle nur funktionieren, wenn sie da ist, hat sich bestätigt. Er sagte: „Es gibt nur eins, daß mein Junge Urlaub macht und in Erholung geht.“ Ich sagte: „Wieso in Erholung geht? Urlaub machen und zu Hause zu packen!“ „Nein, das hat keinen Zweck, da komme ich nicht klar mit ihm.“ Im Moment ist da nicht viel zu tun. Er ist krank, jeder versucht sich am falschen Platz, er in der Hauswirtschaft, die Frau ist im Urlaub. Ich fragte dann: „Was sagt Ihre Frau eigentlich dazu?“ (als er sie am Wochenende besucht hat), aber sie hat es offensichtlich gar nicht richtig erkannt, hat nur gesagt: „Du siehst aber schlecht aus, was macht ihr denn zu Hause?“

D: Wäre da nicht einmal eine Gelegenheit, den Jungen richtig ranzunehmen?

B: Habe ich gesagt. Das Mädchen muß irgendwie zurechtkommen, und ihm muß man mal klarmachen, daß er mit anfassen muß. Ich stieß dabei auf völliges Unverständnis bei dem Vater, der dafür keinen Nerv hat, das ist völlig sinnlos.

D: Aber es ist doch eigenartig, daß der Vater die Gelegenheit nicht benutzt, ihm einmal zu zeigen, wie er sich selbst helfen muß.

B: Er hat Angst vor seiner Frau, daß der Haushalt verwahrlost ist, wenn sie wiederkommt, und sie dann sagt: „Siehst du, ich muß doch da sein, ihr drei allein, das geht nicht.“

E: Wer war der ursprüngliche Patient? Die Frau?

B: Zuerst er, dann brachte er seine Frau mit.

A: Aber es gibt doch einen gewissen Aufschluß darüber, welche Rolle die Frau in der Familie spielt. Wir haben gesagt, sie steht immer unter erhöhten Spannungen, und jetzt zeigt sich, daß die Spannungen in der Familie sind und sie diejenige ist, die die Spannungen in der Familie ausgleicht.

B: Dessen ist sie sich auch bewußt. — Jetzt hätte ich für mich die Frage, soll ich sie zurückholen, oder soll ich es sein lassen?

A: Damals war die Frau der Patient. Wir haben darüber gesprochen, daß sie verschickt werden soll, jetzt ist sie weg, und die Familie ist der Patient. Sie muß zurückkommen, um die kranke Familie wieder gesundzumachen.

F: Wenn die Frau es für richtig erachtet, zurückzukommen, ist es ihre Sache, denn sie muß sich ja nicht gegen ihren Willen dort behandeln lassen. Normalerweise, wenn zu Hause alles drunter und drüber geht und der Mann so krank ist, würde ich mir sagen, breche ich die Kur ab und gehe nach Hause.

B: Ich weiß nicht, ob sie das weiß. Sie hat nur gesagt: „Du siehst aber schlecht aus.“ Ob sie nun die ganze Tragik dieser Geschichte kennt, das weiß ich nicht. Die Kinder leben vollkommen für sich. Es geht jeder seiner Wege. Sie ist sehr fleißig, will ihre Prüfung machen, und der Junge will auch vorankommen. Sie belasten die Familie nur dadurch, daß sie eben nicht in der Familie mitmachen. Das macht die Spannungen.

F: Sie ergreifen Partei für den Mann, er ist der Kranke.

B: Sein Zustand ist lebensgefährlich.

A: Die Familie macht mit Ihnen etwas Merkwürdiges. Erst schicken Sie die Frau weg, zumindest haben Sie es auch erwogen, dann ist plötzlich nicht mehr die Frau der Patient, sondern die Familie, und die Frau muß wieder zurück.

B: Das hat ein Vertrauensarzt angeordnet, dem habe ich mich gefügt.

A: Die Frau hat nun nicht mehr einen solchen hohen Blutdruck.

C: Das belastende Moment ist doch eigentlich die Familie als Verband. Jetzt ist die Frau eliminiert, um einigermaßen in die Reihe gebracht zu werden. Jetzt spürt der Ehemann die doppelte Ration, die in der Familie an Belastung auftritt. Warum soll man es nicht einmal dazu kommen lassen, daß die Spannungen in der Familie geklärt werden?

B: Die Mutter schützt die Kinder, und jetzt schützt der Vater die Tochter, weil er sie für überfordert hält. Dabei ist aber anscheinend er der Überforderte.

A: Wir haben damals gesagt, als die Patientin zu Ihnen kam und erzählte, es wäre nun alles so harmonisch ...

B: Viel besser ...

A: ... da ging der Druck hoch, und wir haben gesagt, in der Ehe sind Spannungen, die sie sozusagen verdeckt in sich trägt. Jetzt ist sie weg, und die Spannungen werden sichtbar. Jetzt, sagt Herr C, müssen die Spannungen einmal ausgetragen werden und nicht wieder verdeckt werden, daß die Frau zurückkommt, die Spannungen in sich aufnimmt und damit die ganze Situation wieder harmonisiert. Für den Arzt ist die Frage natürlich berechtigt, soll ich die Frau wieder zurückholen, wo der Mann so gefährlich krank ist.

C: Aber, was hilft sie damit? Dann geht es dem Mann besser und der Frau wieder schlechter, dann sind sie beide im Gleichgewicht.

E: Lassen Sie doch einmal die Gesünderen etwas tun, das Mädchen kommt schon durch und der Sohn. In dem Alter waren wir alle Studenten und mußten uns auch durchschlagen!

C: Ich würde ihn kurzerhand einweisen — sofort.

B: Das hab ich ihm gesagt, aber er legt sich zunächst zu Hause hin. Er sagt: „So geht das nicht. Ich kann das nicht verantworten.“

E: Ich denke, Sie sollten mit dem Jungen einmal sprechen.

A: Die Kinder sind noch nie ein so sichtbares Problem gewesen wie jetzt.

B: Ich bin mir ganz bewußt, daß der Mann mit seiner Hartnäckigkeit, als ich ihm sagte, ich werde Ihrer Frau schreiben und sie zurückholen ...

C: Was hat er da gesagt?

B: Da hat er komischerweise nichts dagegen gehabt.

D: Sie werden von der Familie manipuliert. Die Frau wird verschickt, der Mann will Sie zwingen, sie wieder zurückzuholen.

B: Nun, zwingen nicht, er hat kein Sterbenswörtchen davon gesprochen. Er kam ziemlich niedergeschlagen.

F: Wenn man davon ausgeht, würde die Frau unter allen Umständen zurückkommen, wenn ihr irgend etwas an ihrem Mann läge.

B: Ja. — Deshalb hat mich auch diese verhältnismäßige Kühle gewundert. Nun weiß man ja nicht, ob es so war, wie er es schildert.

A: Es ist doch eine Patientenfamilie, die Sie in Psychotherapie haben?

B: Ja.

A: Von der Psychotherapie sieht man überhaupt nichts.

B: Ja.

A: Psychotherapeutische Probleme können Sie nicht angehen, weil die ganze Familie Sie ...

B: mit organischen Krankheiten fertigmacht,

A: Das ist doch das Problem der Patientin, daß sie die inneren Probleme nicht lösen kann, daß da solche Spannungen sind, die sie in ihrer Person verdecken muß, die sich nur äußern in organischen Erscheinungen. Und da kann man gar nichts machen; einer um den andern muß aus der Familie raus. Die Frau muß raus, weil sie krank ist. Jetzt muß der Mann ins Krankenhaus, der Sohn muß raus, weil er nicht richtig funktioniert. Und nachher bleibt nichts mehr übrig.

E: Wenn man nun schon an der Mutter und am Vater gearbeitet hat, könnte man auch einmal an den Jungen herangehen und ihn zur Raison bringen.

B: Aber wenn ich an den Jungen gehen will, muß ich den Vater einweisen und ihn seinem Schicksal überlassen.

E: Es kommt noch etwas dazu, es ist ja nicht nur das psychische Problem der einzelnen, sondern es liegt ja die Krankheit in der Gemeinschaft vor, in der Familie.

A: Was spiegelt sich in dieser Situation? Die Kinder sind verwöhnt, sie können ohne die Eltern nichts anfangen. Wir haben damals gesagt, die Ehe steht unter dem Eindruck, daß beide Ehepartner Waisenkinder gewesen sind, und offensichtlich versuchen sie, dieses Problem in der Ehe gemeinsam zu lösen. Ihre Kinder sollen keine Waisenkinder sein. Das ist jetzt die Situation, die sie herbeiführen. Die Kinder werden zu Waisenkindern, weil die Mutter ins Sanatorium und der Vater ins Krankenhaus muß. Die Situation der Waisenkinder, die sich selbst zu helfen wissen, ist für diese Kinder nicht realisierbar.

D: Wir wissen doch gar nicht, ob die Kinder die Situation nicht durchstehen werden. Sie werden doch von den Eltern nicht in die Situation hineingebracht.

A: Es ist doch das Problem: Sie sollen keine Waisenkinder sein. Die Frau muß zurück, oder der Mann muß dableiben. Auf keinen Fall darf man die Kinder sich selbst überlassen. Aber das ist das Schicksal, das die Eltern beide hatten; sie sind beide Waisenkinder gewesen.

Frau Dr. B. behandelt also seit längerer Zeit ein Ehepaar. Der Ehemann suchte sie zuerst wegen seiner Herzanfälle auf, dann folgte die Ehefrau mit einem Hypertonus unklarer Genese. Neben der medikamentösen Betreuung führte Frau Dr. B. mehrere Gespräche mit der Patientin, nach denen sich die gespannte Ehesituation wesentlich besserte, aber der Blutdruck der Patientin stieg stärker an. Die Ärztin hatte den Eindruck, daß die Spannungsentlastung zwischen den beiden Ehepartnern auf Kosten des Blutdruckleidens der Ehefrau eingetreten war. Trotz gewisser Bedenken stimmte sie deshalb einem Verschickungsvorschlag der vertrauensärztlichen Dienststelle zu. Während der Abwesenheit der Ehefrau dekompenziert das Herzleiden des Mannes akut und führt zu einer Konsultation bei Frau Dr. B., über die sie nun den Kollegen berichtet. Die ärztlich notwendig erscheinende Einweisung ins Krankenhaus wird vom Patienten mit Rücksicht auf seine beiden Kinder verweigert. Die Ärztin kommt dadurch in eine schwierige Konfliktsituation. Soll sie die Ehefrau, der es inzwischen besser geht, aus der Kur zurückholen, um den Mann ins Krankenhaus einweisen

zu können und damit ihrer ärztlichen Verantwortung nachzukommen, oder soll sie ihn zu Hause seinem Schicksal überlassen, um die Frau zu schonen, aber damit ein gefährliches Risiko eingehen?

Mit diesem Konflikt hat sie die Vorstellung des Patienten übernommen, die beiden Kinder auf keinen Fall alleinzulassen.

Die Gruppe geht nicht auf den Konflikt der Ärztin ein, sondern versucht zu klären, warum die schon fast erwachsenen Kinder auf keinen Fall alleinbleiben dürfen und inwieweit Spannungen zwischen Eltern und Kindern vorliegen. Sie identifiziert sich nicht mit der Ärztin und ihrem Konflikt, sondern nimmt gegenüber dem Angebot des Patienten eine andere Position ein. In der zweiten Phase des Gespräches mit den Kollegen übernimmt Frau Dr. B. immer mehr die Rolle der Patientin gegenüber der Familie. Sie tritt sozusagen an ihre Stelle, verkörpert damit für die Gruppe im „Hier und Jetzt“ das Problem der Patientin und spürt dabei deutlich die Forderungen, die an sie (die Patientin) herangetragen werden. Man wird sie zu Aktivitäten zwingen, die nicht mit ihrer eigentlichen Aufgabe übereinstimmen. Auf diese Weise gerät sie in das Spannungsfeld der Familie hinein. Am Ablauf der Diskussion können wir kaum noch unterscheiden, ob es sich um Schwierigkeiten in der Familie oder um in der Gruppe induzierte handelt. Wehrt sich Frau Dr. B. gegen die Forderungen der Familie oder gegen die der Kollegen?

Im letzten Abschnitt der Diskussion erkennt die Ärztin, in welcher Richtung sie psychotherapeutisch vorgehen könnte, aber im entscheidenden Augenblick versucht sie die Identifizierung wieder an die Patientin zurückzugeben und von der Gruppe eine Lösung ihres Problems als Ärztin zu erhalten. Die Vermutung liegt nahe, die Patientin habe seinerzeit aus dem gleichen Impuls die Ärztin aufgesucht, um ihr eigenes Problem an diese abzutreten.

Der innere Konflikt der Patientin, der sich in die Situation der Familie als Familienkonflikt projiziert, läßt sich aus dem Material dieser Diskussion etwa folgendermaßen formulieren: Aus dem frühen Erlebnis ihrer Kindheit, als Waisenkinder verlassen und schutzlos der Umwelt ausgeliefert zu sein, entwickeln sich in beiden Elternteilen, die beide Patienten der Ärztin sind, zwei konträre unbewußte Einstellungen, die das Familienleben bestimmen. (Vgl. unsere Auffassung vom „vorgeschickten Patienten“, nach der der Ehemann als Patient und die Ehefrau als Angehöriger aufzufassen wäre.) Einmal wollen sie ihre Kinder vor dieser schrecklichen Erfahrung bewahren, zum andern müssen sie aber in der Identifizierung mit dem Aggressor die Kinder in die gleiche furchtbare Situation bringen, in der sie selbst einmal waren (Identifizierung mit den eigenen Eltern). Dieser gefähr-

liche zweite Anteil des unbewußten Konfliktes wird von der ernsten Erkrankung beider Patienten repräsentiert. Gegen sie wird die Ärztin zu Hilfe gerufen. Der Konflikt in der Ärztin spiegelt die Hoffnungslosigkeit der Situation. Um die Krankheit behandeln zu können, müssen die Eltern aus der Familie entfernt werden. Dagegen wehrt sich der Vater entschieden, weil er als der verbliebene Elternteil die Kinder nicht auch noch verlassen kann; denn „Verlassen“ bedeutet für ihn in seiner inneren Situation, sie zu Waisenkindern zu machen. Andererseits bringt er sich aber damit in eine akute Lebensgefahr und setzt die Kinder erst recht der Möglichkeit aus, Waisenkinder zu werden. Kehrt die Mutter in die Familie zurück, so ist dieses aktuelle Problem zwar gelöst, aber die Krankheit der Mutter wird zu einer neuen Bedrohung werden. Die Verwöhnung der Kinder enthält ebenfalls beide Seiten des Konfliktes. Einerseits erfahren diese beständig, daß sie gute, fürsorgliche Eltern haben, andererseits sind sie der Gefahr, auch Waisenkinder zu werden, durch ihre Abhängigkeit besonders ausgesetzt. Die Realität, daß die Kinder fast erwachsen und selbständig sind, wird unter dem Einfluß der unbewußten Dynamik vollständig verkannt. Wir haben das Problem des Patienten auf der ersten Ebene in der Beziehung Arzt—Patient verfolgt. Jetzt begeben wir uns auf die zweite Ebene, auf die der Prozesse, die sich in der Gruppe abspielen, sich am Kontakt der Gruppe mit diesem Interviewer entzünden. Mit dieser neuen optischen Einstellung gehen wir noch einmal das ganze Protokoll durch.

Zunächst ein paar Bemerkungen: Diese Ärztegruppe trifft sich schon seit mehreren Jahren. Ihr Leiter schied aus äußeren Gründen aus dieser Gruppe aus, so daß sie mit dem Autor als zweitem Analytiker allein blieb. Diese Sitzung, in der drei Fälle diskutiert wurden, ist die erste nach dem Ausscheiden des Kollegen. Die Gruppe reagiert zu diesem Zeitpunkt äußerlich nicht auf diese bedeutsame Tatsache, sondern beginnt die Sitzung mit einem kurzen zwanglosen, aber sehr lebhaften Gespräch über Ärztekammerwahlen. Sie erregt sich über den Wahlmodus und den geringen Einfluß, den die Wähler auf die Zusammensetzung des Präsidiums haben. Danach beginnt Frau Dr. B. Sie hat das große Problem: Soll ich die Mutter der Familie wieder zurückholen, weil der Vater und die Kinder sich ohne sie nicht mehr zurechtfinden? Verschiedene Auffassungen werden dazu geäußert, d. h. das Problem des Patienten bricht sich im Spiegel des aktuellen Problems der Gruppe, mit dem sie völlig unbewußt umgeht, um den Patienten zu verstehen. Dieser Prozeß, hier als Verkörperung des Geschehens im Interviewer verstanden, läuft erstaunlich präzise, bis in alle Einzelheiten sichtbar vor unseren Augen ab. (Dr. X ist der ausgeschiedene Kollege, Dr. A der noch anwesende Analytiker.) Frau B. schildert ihre unbewußte Phantasie über die momentane Situation:

B: Dr. X ist weg, ihm geht es besser. Dr. A kam in die Sitzung, völlig am Boden zerstört. Ich habe ihn beinahe nicht wiedererkannt, als er hereinkam, so war er dekompenziert. Ich habe ihm gesagt, er müßte sofort ins Bett, aber er meinte, das ginge nicht, daran würden ihn seine „Kinder“ hindern. Das „Mädchen“ wäre überfordert, die „Söhne“ wären furchtbar ungeschickt, so daß hier ein sehr starkes Spannungsverhältnis entstanden ist. Nun hat sich doch erwiesen, Dr. X darf gar nicht von hier weg. Es geht alles drunter und drüber. Zu

meinem Vorschlag, Dr. A wegzuschicken, hat er strikt nein gesagt, so daß ich mich gezwungen sehe, Dr. X wieder herbeizuholen. Sein Fernbleiben kann ich jetzt nicht mehr verantworten. Dr. A wird herumwursteln, bis Dr. X kommt.

Unser Gedanke, daß Dr. X nicht weggehen darf und wir alle nur funktionieren, wenn er da ist, hat sich bestätigt. Dr. A sagte: „Es gibt nur eins, daß ‚meine Jungens‘ Urlaub machen und in Erholung gehen.“ Ich sagte: „Wieso in Erholung gehen? Urlaub machen und hier zupacken!“ „Nein, das hat keinen Zweck, da komme ich nicht klar mit ihnen. Im Moment ist da nicht viel zu tun.“ Jeder versucht sich am falschen Platz. Ich fragte dann: „Was sagt Dr. X eigentlich dazu?“ Aber er hat es offensichtlich gar nicht richtig erkannt, hat nur gesagt: „Du siehst aber schlecht aus, was macht ihr denn hier?“

D: Wäre da nicht einmal eine Gelegenheit, die „Jungens“ richtig ranzunehmen?

B: Habe ich gesagt. Das „Mädchen“ muß irgendwie zurechtkommen und ihnen muß man mal klarmachen, daß sie mit anfassen müssen. Ich stieß dabei auf völliges Unverständnis bei Dr. A.

D: Aber es ist doch eigenartig, daß Dr. A die Gelegenheit nicht benutzt, ihnen einmal zu zeigen, wie sie sich selbst helfen müssen.

B: Er hat Angst vor Dr. X, daß hier alles verwahrlost ist, wenn er wiederkommt, und dann sagt: „Siehst du, ich muß doch da sein, ihr allein, das geht nicht.“

A: Aber es gibt doch einen gewissen Aufschluß darüber, welche Rolle Dr. X in der „Familie“ spielt. Wir haben gesagt, er steht immer unter erhöhten Spannungen und jetzt zeigt sich, daß die Spannungen in uns sind und er derjenige ist, der die Spannungen bei uns ausgleicht.

B: Dessen ist er sich auch bewußt. Jetzt hätte ich für mich die Frage, soll ich ihn zurückholen, oder soll ich es sein lassen?

A: Wir haben darüber gesprochen, daß er weggehen wird, jetzt ist er weg, und wir sind der Patient. Er muß zurückkommen, um uns wieder gesundzumachen.

F: Wenn er es für richtig erachtet, zurückzukommen, ist es seine Sache, denn er muß ja nicht gegen seinen Willen dort bleiben. Normalerweise, wenn hier alles drunter und drüber geht und Dr. A soviel Schwierigkeiten hat, würde ich mir sagen, breche ab und gehe zurück.

B: Ich weiß nicht, ob er das weiß. Er hat nur gesagt: „Du siehst aber schlecht aus“. Ob er nun die ganze Tragik dieser Geschichte kennt, das weiß ich eben nicht. Die „Kinder“ leben vollkommen für sich. Es geht jeder seiner Wege. „Sie“ ist sehr fleißig, will ihre Prüfung machen und die „Jungens“ wollen auch vorankommen. Sie belasten die „Familie“ nur dadurch, daß sie eben nicht in der „Familie“ mitmachen. Das macht die Spannungen.

F: Sie ergreifen Partei für Dr. A.

B: Sein Zustand ist lebensgefährlich.

A: Die Gruppe macht mit Ihnen etwas Merkwürdiges. Erst schicken Sie Dr. X weg, zumindest haben Sie es auch erwogen, dann ist plötzlich nicht mehr er das Problem, sondern die Gruppe, und er muß wieder zurück.

B: Das hat ein Vertrauensarzt angeordnet, dem habe ich mich gefügt.

A: Er hat jetzt nicht mehr solche spannenden Probleme.

C: Das belastende Moment sind doch eigentlich wir als Verband. Jetzt ist Dr. X eliminiert. Jetzt spürt Dr. A die doppelte Ration, die in der Gruppe an Belastung auftritt. Warum soll man es nicht einmal dazu kommen lassen, daß die Spannungen in der Gruppe geklärt werden. Und Dr. X schützt die „Söhne“.

B: Dr. X schützt die „Kinder“, und jetzt schützt Dr. A die „Tochter“, weil er sie für überfordert hält, dabei ist aber anscheinend er der Überforderte.

A: Wir haben damals gesagt, als Dr. X zu Ihnen kam und erzählte, es wäre nun alles so harmonisch ...

B: Viel besser ...

A: ... da ging die Spannung hoch, und wir haben gesagt, in der Gruppe sind Spannungen, die er sozusagen verdeckt, in sich trägt. Jetzt ist er weg, und die Spannungen werden sichtbar. Jetzt, sagt Herr C, müssen die Spannungen einmal ausgetragen werden und nicht wieder verdeckt werden, daß er zurückkommt, die Spannungen in sich aufnimmt und damit die ganze Situation wieder harmonisiert. Für den Arzt ist die Frage natürlich berechtigt, soll ich ihn wieder zurückholen, wo Dr. A so gefährdet ist¹⁰.

C: Aber, was hilft Dr. X damit? Dann geht es Dr. A besser und Dr. X wieder schlechter, dann sind sie beide im Gleichgewicht.

E: Lassen Sie doch einmal die Gesünderen etwas tun, das „Mädchen“ kommt schon durch und die „Söhne“.

C: Ich würde ihn kurzerhand wegschicken — sofort.

B: Das hab' ich ihm gesagt, aber er bleibt zunächst in der Gruppe. Er sagt: „So geht das nicht. Ich kann das nicht verantworten.“

E: Ich denke, Sie sollten mit den „Jungens“ einmal sprechen.

A: Die „Kinder“ sind noch nie ein so sichtbares Problem gewesen wie jetzt.

B: Ich bin mir ganz bewußt, daß Dr. A mit seiner Hartnäckigkeit, als ich ihm sagte, ich werde Dr. X schreiben und ihn zurückholen ...

C: Was hat er da gesagt?

B: Da hat er komischerweise nichts dagegen gehabt.

D: Sie werden von der Gruppe manipuliert. Dr. X wird verschickt, Dr. A will Sie zwingen, ihn wieder zurückzuholen.

B: Nun, zwingen nicht, er hat kein Sterbenswörtchen davon gesprochen. Er kam ziemlich niedergeschlagen, Dr. X ist weg.

F: Wenn man davon ausgeht, würde Dr. X unter allen Umständen zurückkommen, wenn ihm irgend etwas an Dr. A läge.

B: Ja. — Deshalb hat mich auch diese verhältnismäßige Kühle gewundert. Nun weiß man ja nicht, ob es so war, wie er schildert.

A: Es ist doch eine Gruppe, die an Ihrem Fall Psychotherapie studiert.

B: Ja.

A: Von der Psychotherapie sieht man überhaupt nichts.

B: Ja.

A: Psychotherapeutische Probleme können Sie nicht angehen, weil die ganze Gruppe Sie ...

B: mit konkreten Tatsachen fertigmacht.

A: Das ist doch das Problem des Dr. X, daß er die inneren Probleme nicht lösen kann, daß da solche Spannungen sind, die er in seiner Person verdecken muß, die sich nur äußern in konkreten Erscheinungen, und da kann man gar nichts machen. Psychotherapeutisch ist da nichts zu machen, einer um den andern muß da aus der Gruppe raus. Dr. X muß raus, weil er voller Spannungen ist; jetzt muß Dr. A weg; die „Söhne“ müssen raus, weil sie nicht richtig funktionieren; und nachher bleibt nichts mehr übrig.

E: Wenn man nun schon an der „Mutter“ und am „Vater“ gearbeitet hat, könnte man auch einmal an die „Jungens“ herangehen und sie zur Raison bringen.

¹⁰ Es ist hochinteressant zu beobachten, wie der Analytiker vollkommen in diesen Prozeß eingefangen ist und aus ihm heraus versucht, gemeinsam mit der Gruppe das Problem zu lösen.

B: Aber wenn ich an die „Jungens“ gehen will, muß ich Dr. A wegschicken und ihn seinem Schicksal überlassen.

E: Es kommt noch etwas dazu, es ist ja nicht nur das psychische Problem der einzelnen, sondern es liegt ja die Problematik in der Gemeinschaft vor in der Gruppe.

A: Was spiegelt sich in dieser Situation? Die „Kinder“ sind verwöhnt, sie können ohne die „Eltern“ nichts anfangen. Wir haben damals gesagt, die Ehe steht unter dem Eindruck, daß beide Ehepartner Waisenkinder gewesen sind, und offensichtlich versuchen sie, dieses Problem in der Ehe gemeinsam zu lösen. Ihre Kinder sollen keine Waisenkinder sein. Das ist jetzt die Situation, die sie herbeiführen. Die Kinder werden zu Waisenkindern, weil Dr. X und Dr. A weg müssen. Die Situation der Waisenkinder, die sich selbst zu helfen wissen, ist für diese „Kinder“ nicht realisierbar.

D: Wir wissen doch gar nicht, ob die „Kinder“ die Situation nicht durchstehen werden. Sie werden doch von den „Eltern“ nicht in die Situation hineingebracht.

A: Es ist doch das Problem: Sie sollen keine Waisenkinder sein. Dr. X muß zurück, oder Dr. A muß dableiben. Auf keinen Fall darf man die „Kinder“ sich selbst überlassen. Aber das ist das Schicksal, das die „Eltern“ beide hatten, sie sind beide Waisenkinder gewesen. Es ist doch interessant zu sehen, wie hautnahe die Probleme des Patienten unseren Problemen sind. Wir haben hier die Situation einer Familie, in der (verschiedene lachen befreit) die Mutter der Familie, die hier die zentrale Rolle spielt, aus der Familie weg ist. Es ist nur noch der Vater da und die Kinder, die sich nicht allein helfen können. Die Frage ist, sollen wir die Mutter zurückholen? Sollen wir beide Eltern wegschicken? Die Kinder sich selbst überlassen? Müssen die Kinder es jetzt lernen, endlich allein fertigzuwerden? Das ist doch unsere Situation, in der wir uns hier befinden!

B: Ich habe das Problem auf diesen Sonnabend verschoben, das muß ich ganz ehrlich zugeben.

Wir sind inzwischen davon überzeugt, daß es sich hier nicht um Zufälligkeiten handelt. Ein wesentliches Kennzeichen dieser Arbeitsgruppe besteht darin, daß die Ärzte aus ihren zahlreichen Fällen einen scheinbar beliebigen auswählen, den sie im Seminar vortragen. Sie können ihn unbewußt dem Gruppenprozeß anpassen. Frau Dr. B betonte zum Schluß: „Ich habe das Problem auf diesen Sonnabend verschoben, das muß ich ehrlich zugeben.“ Die unbewußte Thematik, die sich in dieser Sitzung manifestiert, ist leicht herauszuschälen. Es handelt sich um Verlassenheitsängste beim Weggang eines Elternteils. Der Konflikt besteht aus der Tendenz, den verlorenen Elternteil wieder zurückzuholen oder den zweiten in einer Identifizierung mit dem Aggressor auch abzustoßen, um selbständig zu werden. Die gefährlichen Impulse drohen die Gemeinschaft zu zerstören. Ohne ins Detail zu gehen, überprüfen wir an Bandausschnitten, ob sich in den beiden folgenden Fällen die Thematik fortsetzt.

G: Das Mädchen, das wir neulich schon besprochen haben, rief mich am Mittwoch an und fragte: „Herr Doktor, kann ich Sie dringend heute sprechen, ich muß fort.“ „Gut, kommen Sie gegen ...“ „Meine Eltern wollen von meiner Sache gar nichts mehr hören, ließen sie durch die Schwester bestellen. Ich kann meine Geschwister auch nicht mehr belasten. Mein Verlobter ist ja nun ausgezogen, dafür habe ich gesorgt, aber er ist maßlos eifersüchtig; er will immer wissen, wo ich bin usw. Er will unbedingt bald heiraten. Heute morgen habe

ich mit ihm gesprochen; unter diesem Aspekt kann ich nicht.“ Er will hingehen, um ihre Sachen bei ihren Eltern herauszuholen, aber mit ihnen sprechen will er nicht. Es sieht recht merkwürdig aus. Obwohl er auch früher Frauen hatte — zu einer intimen Beziehung ist es wohl auch zwischen diesen beiden nicht gekommen.

A: Trotz der Verlobung?

F: Obwohl sie bei ihm im Hause jetzt wohnt?

G: Nein, nein. Er ist jetzt ausgezogen, er ist raus. Nun hat sie gesagt, sie könne es nicht mehr aushalten, sie könne doch nicht gegen die Eltern an. Es käme ihm nicht in den Sinn, daß sie sich um die Eltern kümmere. Er verlangt von ihr, daß sie gerichtlich gegen die Eltern vorgeht. Unter diesen Aspekten kann sie die Ehe nicht schließen, sondern muß sie hinausschieben, das geht nun nicht anders; dazu hat sie sich inzwischen durchgerungen. Nun hat sie die Bitte an mich herangetragen, ihr zu sagen, was sie machen solle.

B: Das tut sie schon dauernd, läßt sich verschicken. Wir sind übereingekommen, daß sie erwachsen werden muß — auch von dem Frauwerden her gesehen.

D: Die Situation hat sich insofern etwas verändert: Wir waren das letzte Mal zu einer Einsicht gekommen, daß sie mit dem Vater sprechen müßte. Damals wußte sie nicht ein und aus, und sie will jetzt von dem Mann weg. Sie ist anscheinend auf dem richtigen Wege. Es fragt sich nur, ob sie diesen Weg auch schafft.

G: Es wäre natürlich denkbar.

E: Wenn sie dann vor die Eltern hintritt und sagt: „Ich muß meine Freiheit haben!“ und zugeben kann, daß sie einen falschen Weg gegangen war, dann hat sie beides.

G: So habe ich auch mit ihr gesprochen, habe ihr nichts in den Mund gelegt, „wenn Sie einen Fehler machen, ist es Ihr eigener Fehler. Sie können aus dieser Situation nur heraus, wenn Sie Sie selbst werden; von außen kann man da nichts machen!“ Was wir hier besprochen haben, habe ich ihr dargelegt: daß sie im Verlobten den Vater gesucht hat, der genauso tyrannisch ist wie ihr eigener Vater. Das hat sie zweifellos auch eingesehen, aber aus der Situation wäre sie selbst nicht herausgekommen, weil sie sofort in ihre Abhängigkeit gegenüber dem Vater, in der sie nicht Frau ist, zurückfällt. Und diesen Schritt, den sie tun mußte, daß sie auch den Eltern gegenüber ihr Recht behauptet als Frau, als zukünftige Frau, den habe ich ihr darzulegen versucht. Sie wird immer noch von anderen hin- und hergeschoben. Ich fand das sehr gut, daß sie sagt: „Das will ich mir noch überlegen.“ Das geht doch in die Richtung, die wir wollen.

A: Ja, das wollen wir auch nicht kritisieren, sondern verstehen. Warum braucht diese Patientin für diesen Schritt, den Sie als positiv ansehen, warum braucht sie dazu die Hilfe eines so viel älteren Verlobten? Dazu wäre noch die Frage zu stellen: Wie sieht eigentlich Ihr Verhältnis zu der Patientin aus? Sie sagten vorhin selbst: Sie steht jetzt zwischen zwei Feuern, dem Vater und dem Verlobten. Warum müssen Sie sie rausnehmen in ein Sanatorium? Weil diese Situation sie überfordert? Es sieht doch so aus, als ob sie mit Hilfe ihres Verlobten ihr Problem lösen will.

B: Warum kann die Verlobung auch nicht weiter vorangetrieben werden? Warum kann sie nicht den Mann heiraten?

G: Sie will nicht, weil sie nicht mit den Eltern gerichtliche Auseinandersetzungen haben will.

B: Warum kann sie nicht eine Lösung finden, daß sie den Mann heiratet und nicht gegen die Eltern vorgeht?

G: Das geht nicht; sie will nicht von dem Mann abhängig sein.

B: Haben Sie sie denn gefragt, ob sie den Mann liebt?
(Mehrere reden durcheinander, unverständlich.)

D: Das ergibt sich doch aus ihrem Verhalten, daß sie ihn nicht richtig liebt. Wenn sie ihn nämlich richtig lieben würde, dann würde sie es anders machen, selbstverständlich.

G: Selbstverständlich.

D: Daß sie das Elternhaus wieder so richtig findet und seine Eifersucht so unangenehm und seine Mutter, das sind ja alles Dinge, die zeigen, daß sie ihn nicht richtig liebt.

E: Wir kennen doch die Entstehungsgeschichte. Es war eine Ersatzlösung, nicht um ihre Liebe zu erfüllen, sondern um gegen ihre Eltern ihr eigenes Recht durchzusetzen.

Ein junges Mädchen will sich von den Eltern trennen, um erwachsen zu werden. Sie benötigt dazu die Hilfe eines älteren und erfahrenen Mannes. Sie kommt dabei in eine Situation, in der sie den Entschluß faßt, ihr Problem allein aus einer Distanz heraus zu lösen. Sie steht zwischen zwei Fronten; von der einen hat sie sich bereits getrennt, von der zweiten muß sie sich noch distanzieren, um zu sich selbst kommen zu können, wiederum genau das Problem der Gruppe, das sie innerlich unbewußt beschäftigt. Die Einzelheiten dieses Prozesses sind ebenfalls am Protokoll abzulesen. — Die dritte Falldiskussion in der gleichen Sitzung:

D: E. ist 28 Jahre, hat eine schwerste Neurodermitis, wie ich sie noch nicht gehabt habe — juckt am ganzen Körper. Sie war mehrmals in renommierten Bädern verschickt, 3 Monate in einer Hautklinik. Dort hat sie so viel Cortison erhalten, daß sie ein Mondgesicht bekam. Sie hat sich das abgewöhnt, aber sie braucht jeden 3. Tag für 15,— DM Salben. Es ist ganz typisch, sie hat schon als Säugling Ekzem und als Kleinkind vorübergehend neurodermatische Erscheinungen gehabt. Das jetzige Ekzem ist vor 6 Jahren in dieser Schwere aufgetreten, wie sie in ihrer Heimat mit ihrem Beruf anfang. Ich habe schon immer das Gefühl gehabt, daß hier etwas Psychisches dahintersteckt und habe auch gebohrt. Da kam immer heraus: Das ist wohl so, wenn man sich aufregt; aber von wirklichen Konflikten wollte sie nichts wissen. Ich stand wie vor einer Mauer, aber plötzlich hat diese Mauer ein Loch bekommen, und zwar, weil ich nun endlich einmal etwas machen wollte. Ich habe schon unendlich viel getan, was man bei der Neurodermitis nur machen kann. Da habe ich sie einmal zu einem bestimmten Kollegen geschickt — privat; der hat gesagt, es liegt eine innere Unruhe vor. Das Wort hat sie beeindruckt. Da habe ich gedacht: Jetzt willst du noch einmal rangehen. Als sie zu mir kam, habe ich das Wort von der inneren Unruhe benutzt, und das war offensichtlich der Schlüssel für das Türchen. Jetzt plötzlich hat sie mir doch erzählt von den Konflikten, noch nicht alle. Der Vater ist Akademiker, die Mutter hat sie noch nicht preisgegeben, aber zur Zeit, als die erste schwere Attacke auftrat, die sie zum Teil auf die Unruhe der Ausbildung zurückführt, waren auch noch zwei Männer da, die sie beunruhigt und interessiert haben. Der eine, der sich wohl ernsthaft interessierte, hatte aber in der Familie eine schwere asthmatische und Ekzembelastung, genau dasselbe, was sie ja nun auch hat, und da hat sie mit Recht davon Abstand genommen. Der andere, den sie offenbar sehr gern gehabt hat, war verheiratet, und das ging auch auseinander. Jetzt ist sie hier und hält in ihrer Firma Lehrvorträge, wie man mit Geräten umzugehen hat. Sie hat hier einen Verlobten, der kommt ab und zu einmal mit in die Sprechstunde, wartet auf sie, holt für sie Rezepte, auch wesentlich älter, sieht aber sehr nett aus — stattlich. Er ist mächtig eifersüchtig, was völlig grundlos ist, wenn man sie so kennt. Diese Eifersucht führt zu unangenehmen Streitigkeiten. Ich habe sie gefragt: „Warum heiraten Sie denn nicht?“ „Ja, wegen der Krankheit.“ Das ist die Situation. Sie hat eine konstitutionelle Veranlagung, die ist ja wohl immer bei diesen Menschen da, aber sie wird aktiviert durch Konflikte, die da mitspielen.

B: Die Unruhe.

D: Und auch die Abwehr der Heirat, sie will nicht heiraten.

E: Sie hat gesagt: ich habe das Ekzem, ich kann nicht heiraten.

D: Jawohl.

B: Weil sie hautkrank ist — und doch hat sie Verkehr mit ihm, was ist da der Unterschied in der Ehe? Was ist das für ein Unterschied, wenn er sie körperlich mit ihrer Krankheit genau kennt? Dann können sie doch auch heiraten!

D: Könnten heiraten, ja.

B: Das ist doch kein Grund.

E: Das ist der äußere, aber eine innere, geistig-seelische Gemeinschaft hat sie nicht mit ihm.

A: Das ist das Problem der Pat., sie bietet eine Oberfläche, ihre Haut, an der ständig herumgearbeitet wird; jetzt haben Sie die Vorstellung: ich muß hinein, muß bohren. Wo Sie bohren, ist die Tür, hinter der Sie Sexualität vermuten, Kontakte mit Männern, die Probleme enthalten.

E: Sie hat doch sicher noch mehr Probleme, vielleicht sind es nicht primär sexuelle.

B: Er ist eifersüchtig.

F: Aber warum heiratet sie nicht?

B: Ich meine das Wort „Unruhe“, da müßte man noch mehr hervorheben. Sie haben herausbekommen, daß sie unruhig ist, aber warum sie unruhig ist . . .

D: Das wissen wir nicht. Das ist auch so: Diese Patientin ist ja nicht bereit, aus sich herauszugehen; das war ja ein ganz überraschender Erfolg, daß sie überhaupt mit dieser Unruhe etwas angefangen hat. Sie kommt seit Jahren. Es müssen doch Konflikte sein!? Wie war es denn, als es angefangen hat? Es kann sein, daß ich da gedacht habe: Es ist etwas mit Männern los. Aber sie hat nur sehr unwillig diese beiden Freier präsentiert.

F: Sie bestrafte sich selbst wegen des Kontaktes mit den beiden Männern.

D: Das wäre auch möglich.

B: Sie sagen: „Wenn man nach innen geht, damit identifizieren Sie etwas Sexuelles!“ Nichts anderes?

A: Ich weiß nicht, was innen und außen ist. Ich sehe nur, daß offensichtlich keine Beziehungen zwischen innen und außen bestehen. Daß innen Sexualität ist, entnehme ich der Aussage von Herrn D., der gebohrt und das Loch gefunden hat. Über die innere Unruhe ist er zu den sexuellen Kontakten mit Männern gekommen; das Loch, in dem er bohrt, ist ihre Weiblichkeit. Er will wissen, was erlebt diese Patientin als Frau mit Männern.

B: Man könnte auch noch andere Bezirke ansprechen: Sie hat einen Geschlechtsverkehr, der anstößig ist. Sie schämt sich, wenn der Mann kommt. Wie ist es mit der Kinderfrage?

D: Ich weiß nicht.

A: Wir machen jetzt das mit Herrn D., was er mit der Patientin macht. Es ist alles unklar, und wir versuchen noch mehr zu bohren, noch mehr herauszuholen, wir wollen immer noch mehr wissen. Mit dem, was wir wissen, können wir nichts anfangen. Herr D. kennt die Patientin schon viele Jahre. Er weiß, wie sie aussieht. Er hat sie zu einem Kollegen geschickt, was ihm plötzlich einen Schubs gegeben hat. Was ist das eigentlich? Wenn sie jahrelang mit ihr zusammen sind und dann kommt ein Kollege und gibt Ihnen ein Stichwort, und dieses Wort öffnet etwas in Ihrer Beziehung. Das alles interessiert uns nicht. Wir wollen immer noch mehr von Herrn Dr. wissen.

D: Wir wissen nicht genug, um etwas beurteilen zu können.

A: Warum wissen wir nicht genug, warum muß ein anderer erst etwas Wichtiges sagen?

F: Wir wissen nicht, ob es bei dem Mann, der so viel älter ist, nicht auch so ist. Sie präsentiert nur ihre Haut.

E: Das könnte doch sehr gut sein, denn die Patientin hat Ihnen sehr viel gesagt: „Ich kann jetzt noch nicht, ich bin ja krank“. Sie hat die Haut auch als Schutz, um sich selbst keine Konsequenzen abzuverlangen. Wahrscheinlich steckt noch viel mehr dahinter.

D: Daß sie zum ersten Mal gewisse Konflikte nicht mehr abgelehnt hat.

C: Aber sie legt größten Wert darauf, die Verbindung aufrechtzuerhalten und führt mit ihm eine wilde Ehe.

D: Ja.

B: Obwohl sie sie ablehnt.

C: Also ist ihr das doch ein besonderes Bedürfnis. Das neue Auftreten war doch, als sie die Bindung mit den beiden Männern aufnahm. Sie hat geflissentlich geschwiegen, als Sie sie da befragt haben über ihr Innenleben. Das ist eine Scham gewesen, oder sie kann ihr Verhältnis nicht ändern, obwohl sie es als einen Makel empfindet.

D: Die Eifersucht. Er quält sie trotz seiner Gutmütigkeit mit seiner Eifersucht.

E: Aber sie gibt doch sehr viel aus, um ihre Haut zu erhalten. Dahinter sitzt die Unruhe und viel mehr.

Es handelt sich um eine Patientin (Gruppe), die eine Beziehung zu zwei Männern (Analytikern) hatte, sich aber für keinen von beiden entscheiden konnte, weil gewichtige Gründe eine Verbindung unmöglich machten. Dieses innere Problem gab die Patientin preis, als ein zweiter Kollege in der Behandlung hinzugezogen wurde. Allein mit einem Mann (Arzt, Verlobter, Analytiker) kann die Patientin (Gruppe) einfach keine befriedigende Beziehung entwickeln. Die Eifersucht des derzeitigen Partners muß als Symptom dafür aufgefaßt werden, daß in der Phantasie der Patientin (Gruppe) immer noch ein anderer Mann im Spiel ist. Die Gruppe demonstriert in der Identifizierung mit der Patientin die unfruchtbare Beziehung zu einem Mann, indem sie die Thematik der Patientin nicht versteht: Es fehlt der zweite, der das entscheidende Stichwort gibt, um einen Schritt voranzukommen.

Wie bereits festgestellt, sprechen wir von einer Prismafunktion der Gruppe (des Interviewers), durch die bisher noch unsichtbare Zusammenhänge zu einem neuen „Bild“ vereinigt werden. Die vom vortragenden „Interviewer“ mitgeführten Aktivitäten des Patienten brechen sich im Prisma der Gruppe. Dabei bestätigt sich die bereits erwähnte Tatsache, daß der Therapeut, der den Kontakt mit dem Patienten gehabt hat, viel mehr von ihm „weiß“, wenn das „Bild“ vom Patienten unter einem etwas anders zentrierten organisierenden Prinzip neu strukturiert wird.

Unser kleines Experiment zeigt sehr anschaulich, wie sich die Wahrnehmung nach zwei Blickrichtungen orientieren kann: Einmal zur Arzt-Patient-Beziehung, zum anderen zur Gruppe. Wir können uns ganz gezielt darauf einstellen, das Problem des Patienten oder das der Gruppe zu verstehen. Die Funktion des Prisma liefert ein dynamisch zentriertes, aus verschie-

denen Quellen integriertes Bild. Darüber hinaus taucht die berechtigte Frage auf, ob nicht falsche optische Eindrücke entstehen, ob nicht das wirkliche Problem des Patienten durch die Einbettung in das der Gruppe verändert, in seinem Schwerpunkt verlagert oder in seiner Bedeutung verkannt wird. Man könnte fast mit Sicherheit voraussagen, das „Bild“ vom Patienten würde in einer anders zusammengesetzten Gruppe mit dem gleichen Interviewer oder mit der gleichen Gruppe, aber einem anderen Interviewer jeweils andere Züge aufweisen. Demnach untersuchen wir mit unserem Instrument weder den Patienten noch die Gruppe, sondern den Patienten in seiner Beziehung zu diesem Interviewer, diesen Interviewer in seiner Beziehung zu dieser Gruppe usw. Letztlich handelt es sich um ein Übertragungs-Gegenübertragungsphänomen, das zum Verständnis des Patienten verhelfen oder dieses auch stören und blockieren kann. Wir möchten vermuten, daß die Gegenübertragung der Gruppe, d. h. die in ihr mobilisierte unbewußte Phantasie, im dritten Beispiel unserer Sitzung störend in Erscheinung getreten ist.

Am Ende unserer Auseinandersetzung mit dem Erstinterview stehen wir vor der neuen Forschungsaufgabe, den Patienten als unbewußtes induziertes Phänomen in einem weiteren Beziehungsrahmen zu studieren. Nach unserem momentanen Eindruck könnte das Erstinterview als konkrete Begegnung zwischen Patient und Erstinterviewer ein Teil einer umfassenderen Erstuntersuchung sein. Die Bearbeitung dieser schwierigen, aber außerordentlich reizvollen Aufgabe wurde inzwischen von unserer psychologischen Abteilung aufgegriffen (*Vogel, Jappe, John*, 1964): „Wie die Testuntersuchung eingebettet ist in den Gesamtvorgang der Erstuntersuchung, so beziehen ihre Ergebnisse ihre volle Relevanz erst aus ihrem Stellenwert innerhalb dieses Gesamtrahmens... Als heterogenes Übertragungsfeld ist die Testuntersuchung besonders geeignet, selbst bei weitgehender Ähnlichkeit der Befunde, eine solche Gegenposition gegenüber dem Interviewbericht zu bilden. Heterogen ist das Übertragungsfeld dadurch, daß in ihm die zunächst analysefremde Experimentalsituation zur Brechung eines analytisch verstandenen Beziehungsspektrums wird.“

Der Stellenwert der Testuntersuchung und ihrer Ergebnisse wird davon abhängen, wieweit ihre Heterogenität zum Anlaß einer neuen Integration wird.“

Zum Abschluß blicken wir auf die verschiedenen Bemühungen zurück, den Patienten in seiner psychischen Struktur zu verstehen. Zunächst begegnen wir ihm in der räumlich und zeitlich umschriebenen „Grenzsituation“ des Erstinterviews. Diese aktuelle Beziehung haben wir von verschiedenen Seiten dargestellt und die Funktionen des Untersuchers hervorgehoben, die

er in diesem ersten Gespräch ausübt. Darüber hinaus beachten wir sehr genau, wie der Patient sich bei der Untersuchung einführt; wie er auf den ersten Kontakt reagiert (Thema des Zweitinterviews); welche Gefühle er im Interviewer hinterläßt usw. Unter diesen erweiterten Beobachtungsbedingungen prägt sich die psychische Struktur des Patienten im Interviewer aus, zeichnet sich gleichsam in einem nach innen gerichteten Wahrnehmungsvorgang weiter ab, wie ein belichteter Film im Entwickler- und Fixierbad „negative“, d. h. noch nicht direkt sichtbare Umrisse gewinnt. Anders ausgedrückt mobilisieren die Angebote des Patienten einen Wahrnehmungsprozeß, der im Zusammenspiel zwischen Erlebnis und Erinnerung im Vorbewußten des Untersuchers abläuft.

Die Erfahrung hat uns in der Auffassung bestärkt, daß die weitere Konturierung dieser psychischen Struktur möglich ist, wenn der Patient als induziertes psychisches Phänomen unter einem neuen organisierenden Prinzip, z. B. in einer Arbeitsgruppe, sichtbar gemacht wird (in der Fortführung unseres Photogleichnisses wird in der Gruppe „vom Negativfilm im Interviewer“ ein Bild kopiert, das aus den verschiedensten Gründen von wechselnder Qualität sein kann). Neben der klinisch-wissenschaftlichen Evidenz, die wir mit Hilfe bestimmter Mittel in der Darstellung des letzten Kapitels angestrebt haben, beeindruckt uns besonders das in der Situation selbst auftretende Evidenzerlebnis, dem wir anfangs sehr mißtrauisch gegenüberstanden. Das noch nicht gelöste Problem liegt in den Bedingungen, unter denen diese Induktion einigermaßen regelmäßig stattfinden kann. Unser Weg führte uns, wie erwähnt, in die Arbeitsgruppe, da sich nach der Struktur unseres Hauses das Teamgespräch von selbst anbietet. Mit den Schwierigkeiten, die sich uns auf diesem Wege entgegenstellen, haben wir unsere Darstellung ausklingen lassen. Wir sind nicht unglücklich darüber, daß wir, statt alle Fragen zu beantworten, neue komplizierte Probleme aufgerollt haben, weil diese uns anregen, die Arbeit mit der notwendigen Neugier fortzusetzen.

Summary

Introduction and Part I: The group of psychoanalysts working at the Sigmund Freud Institute of Frankfurt/Main, when pooling their experiences with outpatients, were impressed by the fact that almost regularly in the circumscribed situation of the initial interview unconscious phenomena would emerge.

A first difficulty in evaluating these observations is the unexpected abundance and the numerous layers of data which have to be arranged in some kind of order if one wants to form a picture of the patient and within that relatively sketchy frame

discern the specific weight of the emerging unconscious gestalt phenomena. How this can be done (and might be taught) is shown by rendering the verbatim discussions of a group of relatively unprepared investigators (students, trainees of the Sigmund Freud Institute, general practitioners).

Part II: As a result of their experiments the group came to the conclusion that in view of the many-layered material they ought to focus on some special center of crystallization. One reason supporting such a procedure is the fact that the initial interview in psychotherapy is a "Grenzsituation", a situation in which questioning and observations are no longer serving the discovery of mere facts, but become part of the *interview dynamics*. At some crucial point in the initial interview the unconscious conflicts converge in a focal conflict due to the spontaneous transference developing in the doctor-patient relationship. By verbalizing this conflict the analyst gives the answer to the question of what has happened in this situation. Three short case reports are given for illustration.

The dynamic focus can then easily be traced into the finer branchifications of the personality structure. What the patient expresses of his personality is the answer to the question which are the specific phenomena he elaborates in the here and now situation. This gives us a relatively stable structural frame to be filled with the various up to now ununderstandable data. Moreover the model allows to deduce metapsychological concepts for a scientific elaboration of the individual case.

By relating the actual unconscious dynamics emerging in the interview with the patient's personality structure, we detect, in the continuous flow of one or several interviews, a process which is by no means accidental but is determined by analyzable elements. Rigidity or resilience of structure is demonstrated by two clinical examples. The observation focusses on unconscious micro-action precasting the configurations and dynamics to be expected in a subsequent treatment.

Part III: As contrasted to this approach of differentiating the personality structure of the individual patient, another method we are investigating is that of generalisation. Certain groups of patients will shape the interview situation in a typical way dependent on their unconscious motivations or expectations. This seems to allow the derivation of certain types which again would permit predictions as to suitability for treatment, outcome etc. This approach is still in a pilot stage.

When re-examining the technical problems of their study the investigators were struck by a recurring observation. In the regular interview conferences the interviewed patient tended to "reappear as an induction phenomenon". This problem is presented in the unbiased experimental situation of a group consisting of general practitioners. They came to the conclusion that they were faced with an interaction between the patients's unconscious conflict introduced by the reporting interviewer by way of his identification with his patient, and the unconscious group process. It is suggested that this phenomenon might be employed as a new center of integration permitting a deeper understanding of the patient in question.

(Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Hermann Argelander, Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/Main, Myliusstr. 20.)

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, F. (1935): The Problem of Psychoanalytic Technique. *Psa. Quarterly* IV.
- Balint, M. und E. (1961): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern und Stuttgart (Huber/Klett).
- Coleman, J. V. (1949/50): The Initial Phase of Psychotherapy. *Bull. Menninger Clinic* 13/14.
- Deutsch, F. (1939): The Associative Anamnesis. *Psa. Quarterly* VIII.
- und W. F. Murphy (1955): The Clinical Interview. New York (Intern. Univ. Press).
- Fenichel, O. (1954): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York (W. W. Norton).
- Freud, S. (1904): Die Freudsche psychoanalytische Methode. *Ges. Werke*, Bd. V. Frankfurt (S. Fischer).
- (1905): Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Ges. Werke*, Bd. V.
- (1905): Über Psychotherapie. *Ges. Werke*, Bd. V.
- (1912): Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewußten in der Psychoanalyse. *Ges. Werke*, Bd. VIII.
- (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Ges. Werke*, Bd. XI.
- (1923): „Psychoanalyse“ und „Libidotheorie“. *Ges. Werke*, Bd. XIII.
- (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Ges. Werke*, Bd. XV.
- (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. *Ges. Werke*, Bd. XVI.
- (1940): Abriß der Psychoanalyse. *Ges. Werke*, Bd. XVII.
- Fromm-Reichmann, F. (1959): Intensive Psychotherapie. Stuttgart (Hippokrates).
- Gill, M.; R. Newman; F. C. Redlich (1954): The Initial Interview in Psychiatric Practice. New York (Int. Univ. Press).
- Glover, E. (1955): The Technique of Psychoanalysis. New York (Int. Univ. Press).
- Greenacre, P. (1961): A Critical Digest of the Literature on Selection of Candidates for Psychoanalytic Training. *Psa. Quarterly* XXX.
- Greenson, R. R. (1961): (Report) The Selection of Candidates for Psychoanalytic Training. *J. Amer. Psa. Ass.* 9.
- Heimann, P. (1957/58): Zur Dynamik der Übertragungsinterpretation. *Psyche* 11.
- (1964/65): Bemerkungen zur Gegenübertragung. *Psyche* 9/9.
- Hoffer, W. (1956): Transference and Transference Neurosis. *Int. J. Psa.* 37.
- Klauber, J. (1961/62): Der Psychiater in der internistischen Abteilung. *Psyche* 15.
- Knight, R. P. (1952): Evaluation of Psychotherapeutic Techniques. *Bull. Menning. Clin.* 16.
- Van der Leeuw, P. J. (1964): Über Auswahlkriterien für die Zulassung zur Ausbildung zum Psychoanalytiker. *Jahrb. der Psa.* III.
- Lubersky, L. (1953/54): Selecting Psychiatric Residents: Survey of the Topeka Research. *Bull. Menning. Clin.* 17/18.
- Meyers, H. L. (1955/58): The Therapeutic Function of the Evaluation Process. *Bull. Menning. Clin.* 19/20.
- Mitscherlich, A. (1954): Hindernisse in der sozialen Anwendung der Psychotherapie. *Psyche* 8.
- Parin, P. (1958/59): Die Indikation zur Analyse. *Psyche* 12.
- (1960): Die Gegenübertragung bei verschiedenen Abwehrformen. *Jahrb. der Psa.* I.
- Powdermaker, F. (1948): Techniques of the Initial Interview and Method of Teaching them. *Amer. J. Psychiat.* 104.
- Rapaport, D. (1958): Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart (Klett).
- Reich, W. (1958): Character Analysis. London (Vision Press).
- Sachs, H. (1925): Metapsychological Points of View in Technique and Theory. *Int. J. Psa.* 6.
- (1947): Observations of a Training Analyst. *Psa. Quarterly* 16.
- Schroeder, T. (1925): The Psychoanalytic Method of Observation. *Int. J. Psa.* 6.
- Stekel, W. (1950): Technique of Analytic Psychotherapy. Liveright Publ. Co.
- Sullivan, H. S. (1951): The Psychiatric Interview. *Psychiatry* 14.
- (1952): The Psychiatric Interview. *Psychiatry* 15.
- Vogel, H.; G. Jappe und G. John (1964): Die Testuntersuchung als spezifisches Übertragungsfeld. Arbeitspapier zum Symposium „Übertragung und Gegenübertragung“ des 1. Frankfurter psychoanalytischen Kongresses, Oktober 1964.