

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

HERMANN ARGELANDER, FRANKFURT A. M.

DAS ERSTINTERVIEW IN DER PSYCHOTHERAPIE *

II

Das Erstinterview als Grenzsituation

Bei der Beschäftigung mit dem psychotherapeutischen Erstinterview stoßen wir immer wieder auf zwei verschiedene Erfahrungsbereiche, deren Integration große Schwierigkeiten bereitet:

Der erste ist mit dem Begriff Interview im allgemeinen verbunden. Er umfaßt die Vorstellungen und Fragen, die sich zum Beispiel bei der Erörterung der ärztlichen Anamneseerhebung oder der soziologischen Befragung ergeben. Die Diskussion der mit ihr verbundenen Probleme ist hinreichend bekannt. Wir wollen in diesem Zusammenhang nur ein Charakteristikum des Problemkreises hervorheben. In der allgemeinen Interviewsituation wird ebenfalls ein Gespräch entwickelt und der gemeinsame Kontakt auf diese Ebene begrenzt. Das Gespräch selbst wird so gelenkt, daß aus ihm die notwendigen Informationen entnommen werden können, die mit der Zielsetzung verbunden sind. Im allgemeinen beziehen sich die Informationen auf objektive Tatbestände, d. h. die Situation muß so gehandhabt werden, daß diese nicht durch subjektive Momente in ihrer Aussagekraft vermindert oder entwertet werden. Ohne auf nähere Einzelheiten einzugehen, kann man festhalten, daß der Interviewer zwei Techniken beherrschen muß, die Befragung und die Beobachtung.

Der zweite Erfahrungsbereich, das situative Geschehen in der psychoanalytischen Begegnung, wird nach völlig anderen Vorstellungen inszeniert. Alle Verhaltensanweisungen, die der Analytiker beachten muß, stehen im Dienst der Erzeugung und Erhaltung eines prozeßhaften Geschehens, das vom Patienten her entwickelt wird und in das alle anderen Informationen integriert werden. Das subjektive Erleben soll zur vollen Entfaltung gelangen, aber auf die Gesprächsebene beschränkt bleiben.

Bei der Berücksichtigung dieser beiden Voraussetzungen sind wir gezwungen, im psychotherapeutischen Erstinterview Informationen aus zwei verschiedenen Quellen aufzunehmen. Die Situation soll uns den Zugang zu beiden ermöglichen. Damit befinden wir uns in einer Grenzsituation. Be-

* Teil I dieser Arbeit im Maiheft, S. 341—368.

fragung und Beobachtung werden so gehandhabt, daß sie den Ansatz einer unbewußten Objektbeziehung in ihrer flüchtigen dynamischen Wirkung nicht behindern. Die anschließende Formulierung dieser unbewußten Interaktion sollte eine Integration mit den Ergebnissen der beiden obengenannten Funktionen möglich machen.

Wir wollen nun die Grenzsituation am Beispiel der Befragung näher erläutern. Befragung heißt in unserem Zusammenhang nicht, daß alle Informationsdaten erfragt werden müssen. Es handelt sich vielmehr um biographische Daten, wie man sie auf Fragen nach der Person erhält, wobei Zusammenhänge mit Symptomen, Charaktereigentümlichkeiten usw. transparent werden können. Natürlich werden auch direkte Fragen gestellt. Sie können zwar noch im Dienst einer orientierenden Information stehen, viel häufiger haben sie aber eine dynamische Bedeutung und entstammen einer sich verdichtenden Vorstellung vom Wesen des Patienten. Wenn es zum Beispiel dem Untersucher aufgefallen ist, daß der Patient nichts von seinem Vater erzählt hat (Funktion der Beobachtung des Verhaltens), kann er ihn zu einem bestimmten Zeitpunkt direkt nach ihm fragen. Mit dieser Frage wird aber nicht mehr nur die Information um einen wichtigen Punkt ergänzt, sondern der Patient wird mit einer dynamischen Tatsache konfrontiert: Wenn er in dieser Situation, die einem besonderen Zweck dient, nichts von seinem Vater berichtet, so muß es hiermit eine besondere Bewandnis haben.

Wir sind an einer Stelle des Interviews angelangt, an der sich die Grenzsituation im obengenannten Sinne abzeichnet. Dieses Moment kann sich früh einstellen, so daß der ausschließlich informatorische Teil der Befragung nur einige Minuten dauert, kann aber auch sehr spät auftreten.

Ein Patient berichtet 50 Minuten lang von seinen Lebensdaten. Der Interviewer fühlt sich frustriert, hat das Gefühl, nichts zu verstehen und empfindet plötzlich ein großes Bedürfnis zu rauchen. Er bietet dem Patienten ebenfalls eine Zigarette an und beide rauchen. Der Patient schweigt eine Zeitlang und beginnt spontan, eine Erinnerung zu berichten, die mit Rauchen in einem Zusammenhang steht. Der Sinn seiner Aussage lautet: Das Bedürfnis, in einer Situation rauchen zu wollen, entspricht einer inneren Unsicherheit, außerdem stellt es eine Entweihung dar. In diesem Moment ist ein gefühlsmäßiger Kontakt hergestellt. Der Patient kann dem Untersucher verständlich machen, daß er Daten vermitteln muß, weil er Angst vor der Befriedigung von Bedürfnissen hat, die eine persönliche Unsicherheit verraten; dadurch frustriert er den Analytiker so sehr, daß dieser sich eine eigene Befriedigung verschaffen muß. Der Patient empfindet seine Überlegenheit und bringt sie auch zum Ausdruck. Er ist nun nicht mehr in der Gefahr, als der Unsichere angesehen zu werden, denn das ist jetzt der Interviewer, den er zum Eingeständnis seines Bedürfnisses gezwungen hat. Unter dieser Bedingung kann er eine neue Beziehungsform eingehen, kann mitrauchen und benötigt die reine Datenvermittlung nicht mehr als Abwehr. Gleichzeitig lassen sich zwei Abwehrmechanismen beobachten: die Identifizierung mit dem Angreifer (ich bringe den andern dazu, seine „gefährlichen“ Bedürfnisse zu verraten) und die Idealisierung (durch Rauchen wird eine Situation entweihet).

Die Entwicklung unseres Themas und das Beispiel lassen drei Funktionen in der Grenzsituation sichtbar werden: Befragung, Beobachtung und eine spezifische Form der Wahrnehmung. Welche seelischen Vorgänge werden mit der letzten Funktion erfaßt? Sicher gehören sie zu unserem zweiten Erfahrungsbereich und haben etwas mit dem prozeßhaften Geschehen zu tun, das wir in einer langen Analyse erleben. Wir halten fest, daß es sich hier um ein Übertragungsphänomen im Sinne eines projektiven Geschehens handelt, zunächst sehr komplexer Natur, aber reduzierbar auf bestimmte Wurzeln infantiler Bedürfnisse, ihre Abwehr und ihre Verarbeitung. Aus der psychoanalytischen Erfahrung wissen wir, daß innere seelische Abläufe in einer Objektbeziehung (nach außen) projiziert werden und in dieser wahrgenommen und erlebt werden können. Dazu ermöglichen wir dem Patienten in der Erstinterviewsituation den Ansatz zu einer Objektbeziehung und lassen diese in Form, Inhalt und Dynamik von seiner spezifischen Persönlichkeit gestalten. Seine Spontaneität wird in dieser Richtung voll gewahrt. Unser Aussehen, Alter, Geschlecht, Charakter, Temperament u. a. m. sind konkrete situative Stimuli, die den Untersuchten anregen, bereitliegende innere Gefühle, Erwartungen, Konflikte, Vorstellungen und Phantasien auf den Untersucher zu übertragen.

Diese flüchtigen Vorgänge offenbaren, wie oben gesagt, einen außerordentlich komplexen Charakter, wenn wir versuchen, sie einzufangen und zu beschreiben. Sie entziehen sich dem Bewußtsein des Patienten und werden von ihm zunächst als fremd erlebt. Ihre Differenzierung kann man auf Grund der folgenden Überlegung versuchen: Im Rahmen der Objektbeziehung lassen sich von der Situation her gesehene radikale beschreiben, die primären, einfachen psychischen Tendenzen entsprechen und genetisch in der Vergangenheit des Patienten zu suchen sind. Unter dem Einfluß eines ökonomischen Prinzips entwickeln sie im Laufe des Lebens ihre definitive Komplexität im Rahmen der strukturellen Differenzierung. Der aktuelle projektive Vorgang deutet diese seelischen Abläufe an, die aus der mobilisierten unbewußten Erlebniswelt des Untersuchten stammen. Wenn sie unter einem sehr starken inneren Druck stehen, können sie sich auch spontan in der Situation manifestieren, ohne auf konkrete Stimuli angewiesen zu sein. Wir trennen diese projektiven Phänomene scharf von dem bewußten, realitätsgerechten Verhalten des Patienten gegenüber den Angeboten der Situation und versuchen deshalb, diese möglichst überschaubar zu halten, um die projektiven Elemente besser erfassen zu können.

In unserem Beispiel hat der Patient Tendenzen, eigene Bedürfnisse zu befriedigen. Seine Ängste haben in diesem Zusammenhang aber eine sehr spezifische Färbung: Die Angst, unsicher zu erscheinen und die Angst, eine Situation zu „entweihen“. Die Hintergründe dieser

spezifischen Färbung der Ängste können wir im einzelnen noch nicht verstehen, weil sie etwas mit der Persönlichkeitsstruktur des Patienten zu tun haben. Aber wir sind bereits in der Lage, *die Dynamik zu formulieren*: Der Patient verhält sich sachlich trocken und wirkt damit frustrierend auf Gefühle. In der Objektbeziehung des Interviews provoziert er den Partner (statt sich selbst), eigene Bedürfnisse zu befriedigen. Damit ist die innere Gefahr für ihn behoben. Der „andere“ hat seine Unsicherheit verraten und die Situation „entweicht“; dem Patienten selbst kann dieses Gefürchtete nun nicht mehr zustoßen.

Der Übertragungsakt geschieht unbewußt, setzt Aktivitäten frei, die im Interviewer zunächst unbewußte Reaktionen hervorrufen. Die Manifestation dieser Reaktionen nennen wir Gegenübertragung (modifiziert gegenüber der verbreiteten analytischen Auffassung, daß Gegenübertragung gleichzusetzen ist der Übertragung des Analytikers auf den Patienten). Sie sind Trefferwirkungen im unbewußten Bereich der angesprochenen Person, in diesem Fall des Interviewers, die unmittelbar von den Wurzeln des Übertragungsgeschehens ausgehen. Wir unterscheiden damit den unbewußten Projektionsvorgang als Reaktion auf äußere situative Reizangebote oder sogar als spontanen Vorgang im Sinne der Übertragung von dem unbewußten Reaktionsprozeß im Interviewer, der durch die Wirkungen des unbewußten Übertragungsgeschehens ausgelöst wird. Wir wissen aus der Erfahrung, daß die wirksamen Wurzeln der Übertragung sich erst in einem langandauernden Prozeß herauschälen und direkt sichtbar werden. Dazu ist ein regressiver Prozeß notwendig, den wir Übertragungsneurose nennen, der aber nur unter den Bedingungen einer langen analytischen Kur oder eines regressiven Krankheitsgeschehens erfolgt. Im Erstinterview können wir deshalb nur gewisse Einblicke in das noch sehr komplexe Geschehen erhalten.

Wir haben das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen bewußt vereinfacht und sind nicht auf die aktuelle Diskussion der Psychoanalyse zu dieser Frage eingegangen, um nicht einen komplexen Vorgang zu früh mit schwierigen theoretischen Auffassungen zu belasten, die von der Auseinandersetzung mit dem Erstinterview abschrecken könnten. Hierhin gehört auch die Differenzierung der Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgänge nach Abwehrformationen und abgewehrten infantilen Inhalten, wie sie *Parin* (1960) herausgestellt hat. Seine Beispiele lassen erkennen, daß zu dieser feineren Differenzierung andere Zeiträume und Entwicklungen innerer Prozesse notwendig sind, als sie uns im Interview zur Verfügung stehen.

Aus unserer Definition der Übertragung und Gegenübertragung ergeben sich zwei technische Einstellungen zur Erfassung des unbewußten situativen Geschehens. Der Untersucher kann sich einmal mit dem unbewußten Verhalten des Patienten identifizieren, mit seinen in der Projektion wirkenden

Aktivitäten, zum anderen aber mit den Reaktionen in sich selbst, die von diesen unbewußten Aktivitäten hervorgerufen werden. Die Identifizierung erfolgt einmal mit dem Subjekt, zum anderen mit dem Objekt, einmal mit der Übertragungsaktivität des Patienten, zum anderen mit den eigenen Gegenübertragungsreaktionen. Diese tastenden Identifizierungsversuche im Dienste der Aufgabe, den Patienten zu verstehen, sind Antworten auf die Frage: „Was macht er mit mir?“ bzw. „Was geschieht mit mir?“

Jetzt können wir die dritte Funktion der spezifischen Form der Wahrnehmung genauer formulieren. Ihre Spezifität liegt darin, daß die Wahrnehmung aus einem identifikatorischen Vollzug erfolgt. Dieser ist die Grundvoraussetzung für die Möglichkeit, einen anderen Menschen wirklich zu verstehen. Für das „berufsmäßige“ Verstehen (*M. Balint*) müssen wir aber noch die weitere Forderung erheben, daß diese Identifikation zurückgenommen wird, daß man nicht aus ihr heraus handelnd in die Situation eingreift, sondern sie selbst zum Gegenstand der Untersuchung macht, um eine Antwort auf die obengenannten Fragen zu erhalten. Wir bewegen uns damit in einem bekannten psychoanalytischen Erfahrungsraum.

Neben der Übertragung des Patienten spielt auch die Übertragung des Untersuchers eine große Rolle. Was erwartet er von der Untersuchung? Ist er am Interview interessiert? Oder empfindet er es als lästige Pflicht? Auf viele solcher und ähnlicher Übertragungseinstellungen, die durchaus eine unbewußte Determinierung haben, reagiert der Patient mit Gegenübertragungsreaktionen. Die Kunst des Analytikers besteht darin, aus diesem Netz von Übertragung und Gegenübertragung den für den Patienten spezifischen Konflikt herauszuarbeiten und ihn in seiner aktuellen Macht im Ansatz dynamisch wirksam werden zu lassen. Niemand ist in der Lage, auf einen frechen, aufdringlich und selbstbewußt auftretenden Patienten mit einer gleichen inneren Gefühlseinstellung zu reagieren, wie z. B. auf einen hilflosen, leidgeprüften und opferbereiten Menschen, um nur zwei grobe Beispiele zu erwähnen. Es ist bekannt, daß Interviewer von jeweils verschiedenen Patientenstrukturen in differenter Weise angesprochen und in ihrem therapeutischen Leistungspotential beeinflusst werden. „Während also eine begriffliche Unterscheidung zwischen Übertragung und Gegenübertragung möglich ist, sind sie im aktuellen Erleben untrennbar miteinander verschmolzen. Ohne Zweifel zeigt sich das Übertragungspotential bei den ersten Zusammenkünften mit dem Patienten oder während der Probenanalyse am augenfälligsten, wie *Gitelson* bewies.“ (*Heimann*, 1964/65, S. 488.)

Zunächst wollen wir uns darüber einigen, daß wir bei der Bearbeitung solcher Übertragungspänomene von der psychischen Oberfläche ausgehen (*Freud*).

Nach dem eingangs Gesagten sind wir uns bewußt, daß dieses Oberflächliche ein Kondensationsprodukt ist, das aus sehr vielen Geschehensanteilen zusammengesetzt ist⁴. Oft handelt es sich dabei um unauffällige Ereignisse, die dem Außenstehenden primär nicht zugänglich sind. Das soll ein kleines Beispiel illustrieren:

Eine Patientin berichtet über ihre Probleme. Plötzlich hat der Untersucher den spontanen Gedanken, daß die Patientin eigentlich mehr weibliche Züge erkennen läßt, als sie auf den ersten Blick zeigte. In diesem Augenblick knickt die Patientin im Sitzen etwas ein und verschränkt dabei, ihre Brust verdeckend, beide Arme. Gleichzeitig taucht unmittelbar in der Situation ihr Symptom auf. Sie sagt, daß sie von einer Art Lähmung überfallen wird und einfach nicht mehr denken kann. Für den Analytiker ist dieser Augenblick gefühlsmäßig der entscheidende im ganzen Interview. Er läßt sich dynamisch in folgender Weise formulieren: Ich werde von einer akuten Lähmung überfallen, wenn sich in mir die Tendenz durchsetzt, einem Mann meine weibliche Seite zu zeigen. Diese muß ich sofort durch eine Gegenaktion abwehren.

Bei unserem Beispiel ist es zunächst nicht wesentlich, ob die Patientin auf eine Übertragung des Analytikers reagiert oder ob der spontane Gedankengang des Interviewers bereits eine Übertragungsfolge der unbewußten Aktivität der Patientin ist. Entscheidend ist, was sich zwischen diesen beiden Personen ereignet und wie der Interviewer sich von der Bedeutung dieses Vorgangs emotionell ansprechen lassen kann. Diese häufig unauffälligen Ereignisse wollen wir an drei ausführlicheren Beispielen darstellen:

Fall 1: *Der verfolgte Künstler*

Der Patient befindet sich im mittleren Lebensalter. Er wirkt sympathisch, sein Verhalten ist zwanglos und offen. Seinem künstlerischen Beruf entsprechend ist er farbig, aber geschmackvoll und unaufdringlich gekleidet. Man spürt sofort, daß dieser Patient über sich selbst nachgedacht hat und seinem inneren Wesen ein reflektierendes Verhalten entspricht. Um so erstaunlicher ist, was er zu berichten hat. Zunächst versucht er es ins Lächerliche zu ziehen, wird dann aber immer ernster, lehnt sich fortwährend atemholend nach hinten zurück und gibt schließlich spontan zu, daß er sich trotz der Lächerlichkeit seines Problems außerordentlich beunruhigt fühlt. Manchmal glaube er schon, verrückt zu werden, habe depressive Verstimmungen und denke auch an Selbstmord. Er wisse genau, daß er solche Gedanken niemals in die Tat umsetzen würde. Seinen Bericht beginnt er mit der Bemerkung: „Ich muß Ihnen etwas bekennen.“ Seit seinem 15. Lebensjahr habe er als Folge einer Operation eine kleine knorpelige Verdickung in einer Narbe an der linken Ohrmuschel (diese ist kaum sichtbar). Die Verdickung störe ihn seit einem Vierteljahr so intensiv, daß er sich in einem Lokal immer so hinsetze, daß er den anderen Gästen die rechte Kopfseite zuwende. Außerdem verkrieche er sich seit diesem Zeitpunkt förmlich zu Hause und habe keine Lust,

⁴ Wie wir das Ausgehen von der Oberfläche verstehen möchten, läßt sich an einem Vergleich demonstrieren: Jeder Erfahrene wird bei der Untersuchung eines Gewebsschnittes unter dem Mikroskop mit einer schwachen Vergrößerung beginnen, um sich über die Herkunft des Gewebes, die Lage und Beziehung eines pathologischen Prozesses zu seiner Umgebung zu orientieren, bevor er mit stärkerer Optik in die feinere Struktur des eigentlichen Herdes eindringt. Je mehr die zunehmende Vergrößerung Einzelheiten sichtbar machen kann, um so kleiner wird der überschaubare Raum und damit die strukturelle Übersicht. Der fortschreitende Wahrnehmungseindruck von der „Oberfläche“ in die feineren Details einzelner Elemente bleibt während des Differenzierungsprozesses durch die aufeinanderfolgenden Bilder kontinuierlich erhalten. Wie der Anfänger sich ständig versucht fühlt, möglichst schnell die stärksten Optiken zu benutzen, um recht viel zu sehen, so ergeht es dem Psychotherapeuten, wenn er seinen Wahrnehmungsapparat vorschnell auf Einzelheiten einstellt, ehe er ihren Bedeutungsgehalt aus dem Stellenwert innerhalb des inneren strukturellen Gefüges ermittelt hat. Die Kunst besteht nicht allein darin, möglichst viel zu sehen, sondern das Wahrgenommene richtig zu interpretieren.

andere Menschen aufzusuchen. Wenn er sich einem gesellschaftlichen Kontakt nicht entziehen könne, fühle er sich sehr überanstrengt, könne kaum noch richtig arbeiten und empfinde ein Nachlassen seiner künstlerischen Produktivität. Eine weitere Veränderung in seinem Leben sei ihm aufgefallen, er besuche jetzt gern seine Mutter und Schwiegermutter, fühle sich förmlich zu ihnen hingezogen, was um so bemerkenswerter sei, als er seine Schwiegermutter bisher nicht habe ausstehen können.

Wir lassen uns durch die Lächerlichkeit des Anlasses zu dem veränderten Erleben des Patienten nicht irritieren. Aus seinem Bericht entnehmen wir zwei wichtige Tatsachen:

1. Ein phobisches Verhalten, das sich ursprünglich nur darauf beschränkt, den Mitmenschen nicht die linke Kopfseite zuzuwenden, sich aber dahingehend ausdehnt, mitmenschliche Kontakte überhaupt zu vermeiden.
2. Ein Rückzug zu den „Müttern“. Frau, Mutter und Schwiegermutter sind die Kontaktflächen, auf die sich der Lebenskreis des Patienten immer mehr einengt. Kontakte zu anderen, „fremden“ Menschen werden angstbesetzt erlebt.

Wir spüren jetzt deutlich, wie der Patient unruhiger wird. Er beugt sich über den Tisch und trommelt mit den Fingern auf die Tischplatte. Nun hat er sein Bekenntnis, von dem er anfangs sprach, abgelegt und erwartet eine aktive Gegenleistung vom Arzt, die ihn von seinem Leiden befreit. Das dahinterliegende Übertragungsmodell ist deutlich erkennbar, wenn wir genau auf das folgende achten. Nach einer Pause, in der weiter nichts erfolgt als die schweigende Dokumentation des Analytikers, ihm weiter interessiert und aufgeschlossen zuzuhören, fährt der Patient spontan fort: Als Kind habe er abstehende Ohren gehabt. Diese Mitteilung wirkt auf uns wie ein Signal. Die lockere Aufmerksamkeit zentriert sich jetzt unmittelbar auf diesen Punkt, der eine Verbindung von dem aktuellen Krankheitserlebnis zu der kindlichen Vergangenheit herstellt. Er fährt fort: Ein Lehrer sagte einmal zu ihm, er müsse doch mit seinen abstehenden Ohren wie ein Segelflugzeug durch die Luft fliegen können. Diese kränkende Bemerkung sei für ihn der Anlaß gewesen, sich den Eltern mitzuteilen und sie zu bitten, ihn von diesem kränkenden Übel befreien zu lassen. Die Eltern konsultierten sofort einen Arzt, der die erwähnte Operation durchführte. Wir spüren, wie der Patient mit dieser Bemerkung unbewußt in der gleichen sicheren Erwartungsvorstellung an den Interviewer herantritt. Auch hier hat er sein Bekenntnis abgelegt und erwartet vom Arzt eine Beseitigung seines Übels. Der Patient liefert den Beweis dafür, indem er nach einer Pause fortfährt: „Aber diese Dinge liegen so weit zurück, daß sie kaum etwas mit meinem jetzigen Leiden zu tun haben können.“

Obwohl wir seinen Widerstand gegen die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen diesen beiden Aussagen respektieren, muß er doch spüren, wie interessiert und aufgeschlossen wir ihm jetzt zuhören. Er berichtet deshalb weiter von seiner Jugend, von seinem Elternhaus und dem schrecklichen Ereignis, das einen Schatten auf sein junges Leben warf. Sein Vater wurde im Dritten Reich aus politischen Gründen verfolgt. Seine Zugehörigkeit zum Korpsstudententum war äußerlich in Form einer großen Mensurnarbe auf der linken Wangenseite sichtbar. Jetzt verstehen wir den Zusammenhang mit dem auf der linken Gesichtseite des Patienten aufgetretenen Störungsmerkmal, das er vor anderen verbergen muß. Handelt es sich doch auch bei ihm um eine Narbe. Der Vater wurde nach einer längeren Inhaftierung wieder entlassen. Er versuchte sein Schicksal, ständig beobachtet und mißtrauisch verfolgt zu werden, mannhaft zu ertragen. Dabei wurde er aber sehr scheu und wagte nicht mehr, sein Haus und seine Familie zu verlassen.

Der Patient identifiziert sich in seiner Krankheit mit dem verfolgten Vater: Er muß sein verräterisches Mal verstecken und genauso scheu zu Hause bleiben wie dieser. Alle Begegnungen mit andern Menschen sind angstbesetzt. Die Binnenwelt des Patienten ist ausgefüllt mit einer unbewußten, durch äußere Umstände tragisch verdichteten Auseinandersetzung mit dem Vater, die — soweit wir es bisher erkennen können — zu einer Identifizierung ausschließlich mit dem gefährdeten und verfolgten Vater geführt hat.

Der Interviewer spürte das Wirksamwerden der Grenzsituation in dem Augenblick, als der Patient seine „Beichte“ beendet hatte, schwieg und sich ihm erwartungsvoll zuwendete. Hier

zentrierten sich die verschiedenen Erlebnisvektoren des Patienten auf einen Fokus: Das unmittelbare situative Geschehen mit seinen affektiven Komponenten (Bekanntnis, Hoffnung und Angst); die bedrohlichen gegenwärtigen Umwelterfahrungen; die Erinnerungen an den verfolgten Vater; das Trauma der abstehenden Ohren und die mit diesen Themen verknüpften unbewußten infantilen Phantasien. Die oberflächliche Übertragungsdynamik wurde im Zusammenhang mit den abstehenden Ohren unmittelbar verbalisiert: „Wenn ich den Eltern von meinem Übel Mitteilung mache, werden sie mir helfen und es aktiv beseitigen lassen.“ Der Patient verhält sich wie ein verfolgtes Kind, das in seiner Not von einer mächtigen Person Hilfe erfleht. Sie soll das Übel entfernen. Dieses Material läßt sich in tiefere Ebenen verfolgen, man ahnt die Über-Ich-Problematik, die Kastrationsangst, die verdrängte Aggression gegen den Vater mit den damit verbundenen Schuldgefühlen, die Verschiebung des Symptoms von unten nach oben usw.

Fall 2: *Der Schweiger*

Ein knapp 20jähriger Patient sucht wegen seiner Hemmungen mit Erythrophobie einen Arzt auf, der ihn zu uns überweist.

Auf direktes Befragen gibt er nur einige spärliche biographische Daten an: Er war zwei Jahre alt, als der Vater im Krieg fiel. Die Mutter mußte nach dem Tode des Vaters arbeiten gehen. Infolgedessen blieben der Patient und sein 1½ Jahre älterer Bruder dem alten Großvater oder, besser gesagt, sich selbst überlassen. Er fühlte sich immer gehemmt und wurde deshalb in der Schule von anderen Kindern gehänselt, worauf er mit Erröten reagierte. Später trat dieses Symptom auf, wenn er einem Mädchen auf der Straße begegnete. Seine Versuche, zum Tanzen zu gehen, scheiterten regelmäßig; denn er mußte das Tanzlokal verlassen, weil er sich so stark gehemmt fühlte und Angst vor dem Rotwerden hatte. Nun beschloß er, Mutter und Bruder zu verlassen in der Hoffnung, daß sich seine Störungen in der Fremde bessern würden. Zur Zeit arbeitet er als Handwerker in einer Firma, offensichtlich zur Zufriedenheit seines Meisters. Er bewohnt gemeinsam mit einem andern Mann ein Zimmer und versteht sich mit ihm soweit gut, daß dieser ihn manchmal zum Ausgehen mitnimmt. Seine inneren Nöte kann er ihm aber nicht anvertrauen, womit er wohl ausdrücken will, daß er keinen wirklichen persönlichen Kontakt zu ihm hat.

Fassen wir die spärlichen Daten zusammen. Ein junger Mensch, der mit 2 Jahren den Vater verloren hat, dessen Mutter arbeiten gehen mußte, um den Lebensunterhalt für die Familie zu verdienen, wächst mit einem 1½ Jahre älteren Bruder zusammen auf. Fast können wir vermuten, daß diese Beziehung zum Bruder die einzig tragende in seinem Leben war; denn in der Fremde gestaltet er nach diesem Vorbild seinen Beziehungsrahmen. In Gegenwart anderer Menschen fühlt er sich gehemmt, weil er Angst hat zu erröten. In Gemeinschaften ist er ein Außenseiter.

Der Patient betritt scheu und gehemmt das Zimmer und spricht so leise und schüchtern, daß man ihn kaum verstehen kann. Sein Anliegen drückt er mit einer Geste aus, indem er den Überweisungszettel des Arztes vorweist. Aufgefordert, Platz zu nehmen, setzt er sich und schweigt. Auf die Frage, was ihn herführe, antwortet er, er habe so furchtbare Hemmungen und fügt sofort hinzu: „Wie kann ich diese loswerden?“

Der Patient ist mittelgroß, dunkelhaarig. Er hat einen kurzen modernen Haarschnitt und trägt modische graue Hosen mit eleganten schwarzen Slippers. Sein weißes, am Halse geöffnetes Hemd kontrastiert mit einem grünschillernden, langhaarigen Pullover. In der Hand hat er einen langen Regenschirm, der in seiner Hülle wie ein Spazierstock wirkt und mit einer grauen, hochaufragenden Lederkrücke und einer langen, vernickelten Metallspitze versehen ist. Beim Sitzen hält er den Schirm zwischen den Beinen und blickt auf ihn, sein vasomotorisch pastöses Gesicht nach unten gesenkt. Unentwegt spielt er in vorgebeugter Stellung mit dem Reißverschluß der Hülle, sagt aber spontan überhaupt nichts. Es war keine verlegen-ängstliche Spannung zu spüren, wie man hätte vermuten können. Auf Fragen gibt er knappe, klare Antworten, versinkt aber sofort wieder in Schweigen. Auf die Frage, ob er sich vor der Reaktion des Interviewers fürchte, wenn er von sich selbst spräche, nickt

er zustimmend und fühlt sich offensichtlich verstanden: Ja, er habe immer Angst, von anderen ausgelacht zu werden. Dann fällt er wieder in sein Schweigen zurück und beschäftigt sich erneut so selbstversunken mit seinem Reißverschluss, daß der Analytiker zu ihm sagt, seinem Eindruck nach fühle der Patient sich immer ausgeschlossen und beschäftige sich sehr viel mit sich allein. Auch das bestätigt der Patient, nur einen Augenblick sein Schweigen unterbrechend. Wir können in diesem Augenblick deutlich erkennen, wie sich unsere Grenzsituation an diesem Patienten manifestiert.

Fall 3: *Der Straßenbahner*

Der dritte Patient ist etwa 25 Jahre alt, mittelgroß und schmalgliedrig. In einem länglichen Gesicht stehen die braunen Augen dicht beieinander. Seine Kleidung erscheint unauffällig, etwas farblos, aber sauber und korrekt. In seinem Verhalten wirkt er deutlich ängstlich, hilfsbedürftig, anklammernd. Er zeigt einen Brief von seinem ehemaligen behandelnden Arzt vor. In diesem Schreiben verweist der Kollege den Patienten an uns und gibt ihm zugleich einige ermutigende Ratschläge. Der Patient klagt über Kontakt- und Arbeitsstörungen und beginnt sofort, diese an einem Beispiel zu demonstrieren: Er stürze sich voller Interesse auf einen Zeitungsartikel, müsse aber nach wenigen Sätzen feststellen, daß er das Gelesene gar nicht richtig wahrnehme. Ähnlich erginge es ihm mit Menschen. Er könne einfach keine sinnvolle Aktivität entfalten und spüre im Kontakt mit anderen ganz deutlich, wie er sich durch sein Verhalten immer mehr von ihnen entferne, ja, sie befremde. So sei er in seinem Leben immer ein Außenseiter gewesen. In seinem jetzigen neuen Arbeitsverhältnis, in dem er als Angestellter tätig ist, beginnen die Schwierigkeiten schon wieder. Es sei für ihn ein besonderes Ereignis, wenn Menschen entgegen seiner sonstigen Erfahrung freundlich zu ihm sind. Allerdings habe er sofort Angst, daß er diese Freundlichkeit durch sein absonderliches Wesen zunichte mache.

Nebenbei erwähnt er einen zwei Jahre jüngeren Bruder, der sehr aktiv, aufgeschlossen und tüchtig ist und ihn morgens aus dem Bett treibt, wenn er sich, seinen Gedanken hingeeben, nicht entschließen kann aufzustehen. Immer wieder bringt er ihn mit anderen Menschen zusammen. Der Kritik an seinem Verhalten entnimmt er, daß man auf die Dauer nicht mit ihm zusammensein könne, weil er etwas Kaltes und Gefühlloses habe.

Der Untersucher hatte den Eindruck, daß der Patient hier ein Stückchen Einsicht erkennen ließ, indem er diese Meinung der anderen als zutreffend akzeptierte. Unklar blieb, was diese Einsicht gefühlsmäßig für diesen Patienten bedeutete. Gleichzeitig aber verstärkte sich im Analytiker das Gefühl der Hilfsbereitschaft, das auch die Einstellung des behandelnden Arztes und des Bruders kennzeichnet.

Der Patient berichtete gar nichts von seinen Eltern. Beim Nachdenken darüber fiel dem Interviewer auf, wie wenig persönlich Emotionelles die etwas umständlichen Aussagen des Patienten enthielten, wie sie sogar mit einer gewissen Monotonie vorgetragen wurden. Dieser Eindruck verstärkte sich, als der Untersucher ansetzen wollte, die fehlenden Daten zu erfragen und dabei bemerken mußte, daß der Patient ihn gar nicht zu Worte kommen ließ. An dieser Stelle fragte sich der Untersucher: Was macht der Patient eigentlich mit mir? Hellhörig geworden, wurde es ihm klar, daß der Patient ständig auf ihn einredete und dabei eine besondere Eigenheit beim Sprechen hatte. Er zerriß nämlich den Satz in einzelne Worte, die voneinander getrennt, zerstückelt erschienen. Für einen kurzen Moment hatte der Analytiker das Gefühl, wie von einem Maschinengewehr beschossen zu werden.

Als ob der Patient diese Gefühlsveränderung im Untersucher gespürt hätte, begann er ein neues Thema: Einmal habe er mit einem Klassenkameraden eine tätliche Auseinandersetzung gehabt (der Untersucher spürte ganz deutlich, wie sich jetzt die Grenzsituation einstellte); mitten in dieser Auseinandersetzung sei er weggelaufen, habe sich zu Hause ans Fenster gesetzt und angefangen, von allen Straßenbahnen, die er beobachten konnte, die Nummern zu notieren. Der Patient zeigte in diesem Augenblick starke affektive Reaktionen. Schamhaft und scheu berichtete er von einem fast wahnhaften Zwangsverhalten: Im Laufe der Zeit habe er sämtliche Straßenbahnen registriert, darüber hinaus auch alle Fahrscheine

gesammelt und ihre Nummern mit denen der einzelnen Straßenbahnen verglichen usw. Zu seinem großen Kummer seien eines Tages einige Straßenbahnen an einen Nachbarort abgegeben worden. Bei einer passenden Gelegenheit, die ihn zu diesem Ort führte, habe er aus den inzwischen neugestrichenen Wagen „seine“ zu erkennen versucht. Ferner sei er mit einzelnen Wagen gefahren und habe unter den Bänken nachgesehen, ob er seine Wagen an den alten Nummern identifizieren könne. Um nicht durch sein Verhalten aufzufallen, suchte er es so einzurichten, daß man ihn für einen Straßenbahner hielt, der eine amtliche Funktion zu erfüllen hatte.

Dann begann er zu weinen und fuhr unter großer Scham fort: Mit einzelnen Wagen habe er unbedingt fahren müssen, weil er bei diesen ausgesprochen erotische Gefühle gehabt habe.

Als der Interviewer die Überlegung anstellte, was der Patient eigentlich in ihm erzeuge, wurde die Grenzsituation spürbar. Die Beobachtung des Gesprächsablaufes und der unbewußten Beziehungsgestaltung läßt in ihrem gemeinsamen Nenner folgende Hypothese zu: Der Patient darf sich nur als hilfloses Kind erleben, muß aber die Zuwendung des anderen immer wieder selbst zerstören, weil er solche Angst vor seinen Gefühlen hat. Diese darf er nur an Dingen erleben, die er vorher vollkommen unter seine Kontrolle gebracht hat, wie z. B. die Straßenbahnen.

Diese Formel stellt eine mögliche Fokalhypothese des Erstinterviews dar, die das Übertragungs- und Gegenübertragungsverhalten mit den angebotenen Daten integriert.

Befragung, Beobachtung und die spezifische Form der Wahrnehmung verschafften dem Untersucher den Eindruck, daß es sich hier um einen affektiv schwer gestörten Menschen handelt, der eine bestimmte Form der Objektbeziehung und ein fast wahnhaftes Zwangssystem benötigt, um sich gegen seine Gefühlswelt zu behaupten, die er in anderer Weise nicht unter seine Kontrolle bringen kann.

Wir wollen jetzt noch einmal den Vorgang der Integration von Daten mit dem Ansatz der unbewußten Objektbeziehung zu einer aktuellen dynamischen Konstellation an unseren Beispielen in dem Bereich, der sich als Oberfläche anbietet, durchgehen:

Unser „verfolgter Künstler“ macht einen zwiespältigen Eindruck. Er ist sympathisch, angenehm offen, aber auch unruhig und getrieben. Er beginnt das Interview mit einer Beichte und hofft, das an seinem Körper gefährlich Sichtbare würde analog der Erfahrung mit seinen Eltern von ihm genommen werden. In dieser Phase ist er vertrauensvoll und voller Hoffnung, wie in der Lebensperiode „Schulzeit“, als er (nach seiner Erinnerung) zum ersten Male Bedrohliches erlebte. Diese Phase endet mit Wirksamwerden der Grenzsituation. Als der Untersucher sich abwartend schweigsam verhält, nimmt seine Unruhe zu, er trommelt auf die Tischplatte. Seine Aussagen bekommen über den informatorischen Gehalt hinaus einen neuen Sinn, wenn wir die integrative Funktion einschalten: „Sie sitzen hier so ruhig und tun nichts. Meine Eltern haben sofort etwas unternommen.“ Die Darbietung biographischer Daten nimmt die Form einer Kritik an: „Nun können Sie sehen, was aus mir wird. Ich werde zu einem Verfolgten und gehe einem unausweichlichen Schicksal entgegen.“ Unter der Optik der Grenzsituation verwandeln sich scheinbar objektive Daten in Aussagen über die unbewußte Bewegung

in der gegenwärtigen Situation und führen in tiefere Persönlichkeitsschichten. Bei der Auswertung dieser gleichen Daten unter anderen Bedingungen verlieren sie aber ihren situativen Charakter als Oberflächenphänomene.

Der „Straßenbahner“ klagt anfangs über die besondere Form seiner Kontaktstörung und stimuliert dabei im Interviewer Gefühle der Hilfsbereitschaft. Als der Interviewer seine eigenen Gefühle zu einem späteren Zeitpunkt überprüft (Was macht der Patient eigentlich mit mir?), kann er die Kontaktstörung unmittelbar miterleben. Er spürt in sich selber die „Auseinandersetzung“ mit dem Patienten und dessen Rückzug zu seinen geliebten Straßenbahnen an seinen verbalisierten Erinnerungen und versteht plötzlich, daß der Patient auf diese Weise versucht, seine Gefühle unter Kontrolle zu bringen.

Die integrative Funktion, angesetzt an dem Material, das durch die Befragung, Beobachtung und die spezifische Form der Wahrnehmung gewonnen wurde, komponiert eine Oberflächenstruktur des Patienten, die an diese einmalige Situation gebunden ist (ihr fokaler Charakter), aber eine umfassende Aussage über den Patienten zuläßt und als einmal strukturiertes Netz die Einstellung einzelner Details gestattet, ohne den Zusammenhang mit dem Gesamtportrait des Patienten zu zerreißen. Diese gestaltete Oberflächenstruktur ist die Antwort auf die Frage: Was geschieht unbewußt in dieser Situation? Die Persönlichkeitsbeschreibung bleibt so oberflächlich offen, daß sie möglichst viele Daten über den Patienten aufnehmen und in dieser Schicht verarbeiten kann. Ohne das Wirksamwerden der Grenzsituation ist diese Auswertung ihrer Konzeption nach nicht möglich.

Auf diesem Wege wird die Wahrnehmung des Interviewers geschult, unbewußte Prozesse wahrzunehmen, ihrer Entfaltung beizuwohnen und sich an ihrer Strukturierung so zu beteiligen, daß die wesentliche Integrationsarbeit bereits während des Interviews geleistet werden kann. Wenn dem Untersucher diese Bemühungen gelingen, wird er häufig durch Evidenzerlebnisse belohnt. Dadurch wird das Interviewverfahren zwar nicht leichter, aber fruchtbarer, technisch sauberer und erlebnisreicher, wovon Untersucher und Patient gleichzeitig profitieren.

Die Arbeit an der Oberflächenstruktur enthebt uns der planlosen Suchaktion nach den einzelnen spezifischen Konflikten des Patienten, deren Verständnis naturgemäß nur ein Teilverständnis bleiben kann. Der Untersucher allein kann die wichtige Vorarbeit leisten, wenn er die Grenzsituation erkennt. Eine Diskussion auf dieser Basis ist keine Suchaktion mehr, sondern ein detailliertes Eingehen auf Einzelheiten zur Vertiefung des Verständnisses. Außerdem erlaubt das Erkennen der dynamischen Bewegung im Interview mit ihrer Beziehung zu den Lebensdaten eine sichere Einstellung zur Indi-

kation und Prognose, weil der Patient mit dem Interviewer ein Stück psychotherapeutische Arbeit leistet, und der Untersucher ihn wie bei einer Probezeit beobachten kann.

Der strukturelle Gesichtspunkt

In den vergangenen Abschnitten haben wir die Funktion des Erstinterviews auf das Ziel ausgerichtet, seelische Vorgänge wahrzunehmen und zu verstehen. Unsere nächste Aufgabe besteht darin zu prüfen, auf welche Art und Weise wir dem Patienten helfen können. Sie wirft eine Reihe neuer Fragen auf: Wie steht es bei diesem Patienten mit seiner Krankheitseinsicht? Seinem Genesungswillen? Seiner Ich-Kapazität? Der Funktion seiner Instanzen und ihrer dynamischen Bedeutung für sein Verhalten? Diese Fragen kreisen um das schwierige Problem der Persönlichkeitsstruktur des Patienten. Mit Struktur sind an dieser Stelle Persönlichkeitsanteile gemeint, die eine gewisse Dauerhaftigkeit und wenig spontane Tendenz zur Veränderung aufweisen. Wir gehen dabei von der Voraussetzung aus, daß der psychotherapeutische Eingriff die Persönlichkeitsstruktur verändern soll. Es handelt sich um die innere strukturelle Ordnung, die sich nach ökonomischen Gesichtspunkten aus der Anlage und der Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Einflüssen im Laufe des Lebens geformt hat. Wir zitieren dazu *Rapaport* (1958, S. 47): „(Die) Erklärung eines Verhaltens (muß) — um irgendeinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können — dessen Platz innerhalb des funktionellen und strukturellen Gerüsts der Gesamtpersönlichkeit spezifizieren . . . und daher Feststellungen über das *Maß* und die *Art* der Beteiligung aller relevanten verbegrifflichten Aspekte der Persönlichkeit an dem jeweiligen Verhalten einschließen.“

Mit dieser neuen Blickrichtung gehen wir wieder von dem aktuellen Erlebnis der Erstinterviewsituation aus, versuchen jetzt aber, auf die innere Gesetzmäßigkeit zu achten. Dieser Ansatz leitet zu der im nächsten Kapitel zu behandelnden Frage über, inwieweit diese innere Gesetzmäßigkeit, die Handeln und Verhalten steuert, sich als elastisch und damit korrigierbar oder als starr und unkorrigierbar erweist. Natürlich finden wir in unserer Interviewsituation auch hier nur Hinweise zum Verständnis des strukturellen Aufbaues. Betrachten wir zunächst unseren ersten Patienten, den „verfolgten Künstler“:

Mit ihm können wir uns darüber verständigen, daß er etwas Fremdes in sich verspürt. Wir können es gemeinsam mit ihm erörtern. Gleichzeitig erleben wir sein Problem im Kommunikationsvorgang affektiv mit. Trotz starken Schamgefühls überwindet er sich unter dem zunehmenden Leidensdruck, etwas von sich aufzuzeigen. Zugleich aber hofft er, man könne dieses

Fremde, Häßliche, wie seinerzeit die abstehenden Ohren, durch einen aktiven Eingriff beseitigen. Hinter dem Übertragungsbedürfnis steht die positive Erfahrung mit den Eltern. Diesem Patienten ist es völlig bewußt, daß es hier nicht mehr um eine operative Beseitigung des Knötchens geht, sondern daß sich in seinem Innern etwas Unfaßliches abspielt.

Für uns kommt es jetzt darauf an, den Affektgehalt auf die eigentliche Quelle zurückzuführen, um den Konflikt des Patienten besser zu verstehen. Die Aktivität der Umwelt (sehen) muß in seine eigene (zeigen) zurückverwandelt werden, ebenfalls die Verschiebung auf den Körperteil Ohr an seinen ursprünglichen Platz am Körper; denn man braucht sich nicht zu schämen, wenn man seine Ohren zeigen will, sondern nur, wenn man etwas offenbart, was allgemein schamhaft verborgen wird. Die ursprünglich affektbesetzte Formel muß demnach heißen: Ich möchte so gern etwas von meinem Körper zeigen, was ich aber andererseits schamhaft verbergen muß. Der Wunsch bleibt dem Patienten unbewußt, statt dessen möchte er dem Therapeuten verständlich machen, daß er etwas verbergen muß, weil er fürchtet, die anderen Menschen könnten es sehen. Der bedrohliche Anteil des Geschehens, der von der Umwelt ausgeht, das Gefühl, verfolgt zu sein, ist sein Problem. Das aktive Moment wird demnach als von der Umwelt ausgehend erlebt, dem er passiv ausgeliefert ist. Sein aktiver Anteil, der das Verhalten der Umwelt auslöst, sein Bedürfnis, etwas zu zeigen, bleibt verborgen. Der Wunsch nach der Realisierung dieses andrängenden Bedürfnisses beschwört die Gefahr herauf, die er mit allen Mitteln vermeiden möchte.

In diesem Sinne beginnt er das Interview mit der Bemerkung: „Ich muß Ihnen etwas beichten“, etwas gestehen, was Verfolgung und Bestrafung nach sich zieht. Er ist trotz seines ansprechenden Äußeren innerlich unruhig, nervös, verhält sich wie ein Verfolgter, hat Angst, sich vor dem anderen zu entblößen. Dieser manifeste Übertragungs Ausdruck entspricht seinem Symptomerlebnis, die anderen könnten etwas bei ihm sehen. Aber er hat auch die Hoffnung, nach der Beichte erlöst zu werden. Es besteht kein Zweifel, daß der Patient in dem manifesten Erleben seines Symptomeschehens vom Über-Ich beherrscht wird, das alles sieht und ihn verfolgt. Seine Hoffnung wird von dem Erlebnis gespeist, die guten Eltern würden das „Böse“, Verfolgung Auslösende, entfernen lassen und ihn von diesem aufreibenden Konflikt befreien. Ein Stück der strukturellen Differenzierung dieses Patienten wird damit sichtbar, ohne daß man über die Quantität, das Ausmaß seiner Verwurzelung und damit die therapeutische Beeinflußbarkeit schon Sicheres sagen könnte.

Zum besseren Verständnis vergleichen wir ihn mit dem „Schweiger“ und

lassen uns von dem leiten, was wir vom ersten Patienten gelernt haben. Unser zweiter Patient ist ganz auf „Zeigen“ eingestellt, sowohl in seinem Äußeren als auch in seinem Verhalten. Er hält seinen langen, auffallenden Schirm zwischen den Beinen und ist ausschließlich mit dem Reißverschluss der Schirmhülle beschäftigt. Er zieht ihn etwas herunter — dahinter wird der Schirm sichtbar — und wieder hinauf. Er nestelt unentwegt an ihm herum. Das kann er ohne Scham tun; denn der symbolische, leicht erkennbare Gehalt seines Tuns bleibt ihm selbst verborgen. Er hat kein Gefühl für das, was er so auffällig tut, und offensichtlich auch keine Angst und kein Schamgefühl. Der erste Patient würde das nicht tun, so meinen wir; denn bei seinem guten Geschmack würde er sich nicht so auffällig kleiden. Er hat eine größere Lebenserfahrung, eine höhere soziale Stellung und ist reifer und älter. Wenn wir aber genau achtgeben, entdecken wir, daß auch unser zweiter Patient eine ausgesprochene Schamreaktion hat. Er kann vor Scham nicht sprechen und hat Angst, sich mit dem, was er sagt, lächerlich zu machen, besonders bei der Äußerung persönlicher Gefühle. Diese Angst beherrscht ihn so stark, daß nichts außer ein paar informatorischen Daten zu erhalten ist und er wohl sein ganzes Leben lang mit keinem Menschen ein offenes Gespräch geführt hat. Er ist ganz allein mit sich selbst, und es sind keine Eltern da, die ihm helfen könnten, keine Mutter, in deren Geborgenheit er sich hätte zurückziehen können.

Wir ziehen daraus die Schlußfolgerung: Mit dem ersten Patienten kann man sprechen, mit dem zweiten nicht. Mit ihm sprechen heißt, ihn fortwährend in panische Ängste versetzen.

Der zweite Patient hat eine andere Persönlichkeitsstruktur als der erste. Rein äußerlich haben beide zumindest in bezug auf ihre Sprache und ihr Verhalten ein verschiedenes Integrationsniveau. Der erste konnte sich trotz seines Konfliktes als Persönlichkeit entfalten, im Beruf ist er ein produktiv schöpferischer Mensch und verfügt über dauerhafte Objektbeziehungen, er ist begabt und kann mit seiner Begabung umgehen. Im Gespräch vermag er einen psychologischen Zusammenhang seiner Motivationen erkennen zu lassen. Ihm ist klar, daß seine Art, die Umwelt zu erleben, einer Reaktion auf innere Konflikte entspricht. Er weiß ferner, daß er die äußere Realität in einer von ihm ohnmächtig erlebten Art und Weise verfälscht, und kann sich dagegen nicht wehren. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei unserem zweiten Patienten. Er kann seine seelischen Konflikte kaum verbalisieren. Wieweit er fähig ist zu erkennen, daß seine Gefühle die Realität verfälschen, wissen wir nicht. Zusammenfassend können wir sagen, daß der „verfolgte Künstler“ über ein besser differenziertes Ich verfügt, wenn auch dessen Funktionen im Moment durch die Krankheit behindert sind. Man erkennt

zwar die regressiven Tendenzen, doch wirkt das Krankheitsereignis wie ein akuter Einbruch. Die strukturelle Konfliktebene liegt zwischen dem Es und dem Über-Ich, das emotionelle Verhalten wird dabei weitgehend vom Über-Ich bestimmt. Der Patient verdrängt seine primären Triebwünsche und lebt in ständiger Angst vor einem auf die Umwelt projizierten Über-Ich.

Vom zweiten Patienten, dem „Schweiger“, können wir das nicht sagen. Sein Leben ist von seiner Krankheit vergiftet. Über seine innere Struktur erfahren wir kaum etwas Konkretes. Was mag sich hinter diesem Schweigen abspielen? Das manifeste Verhalten dieses Patienten ist eine „ungenierte“ Darstellung seiner sexuellen Bedürfnisse, wenn ihm auch der Vorgang als solcher unbewußt bleibt. Eigentlich müßte man ihm sagen, daß er nicht so geschmacklos herumlaufen und sich so unanständig benehmen könne. Dieses Gefühl bringt uns seinem strukturellen Persönlichkeitsaufbau etwas näher. Auch dieser Patient hat in der Übertragung einen Über-Ich-Anteil externalisiert, den er ständig provoziert und dessen Eingriff er fürchtet. Diese Angst muß der Interviewer gespürt haben; denn er hat ihn nicht mit Worten ermahnt, sondern ihn innerlich bedauert und genauso resigniert wie der Patient selbst. Die konflikthafte Besetzung der Sprache als ein permanent strukturierter Faktor, und die Hoffnungslosigkeit im Umgang mit dieser Blockierung spiegelt sich im Gegenübertragungsverhalten des Interviewers und in der Lebensgeschichte des Patienten wider. Dieser Patient erscheint schwerer gestört als der erste, doch sind wir uns dessen nicht ganz sicher; denn die erdrückende Massivität eines strukturellen Faktors bedeutet noch nicht, daß er unkorrigierbar ist.

Der „Straßenbahner“ führt sich hilflos anklammernd ein und weckt im Interviewer die Bereitschaft, ihm zu helfen und aktiv für ihn einzutreten. Diese Gefühlsbeziehung wird aber schnell in Frage gestellt und schlägt in eine aggressive Auseinandersetzung um, die völlig unterschwellig abläuft und nur emotional zu erkennen ist. Aus dieser Beziehung flieht der Patient in eine Zwangsvorstellung, in der er Fahrzeuge kontrolliert. Keiner seiner geliebten Wagen darf verlorengehen. Hilflloses Anklammern, destruktives Wegstoßen und sinnloses Fortlaufen zeigen innere unbewußte Vorgänge an, die der Patient nicht kontrollieren kann. Seine prägenitalen Bedürfnisse sind ungeformt und die monotonen primitiven Aggressionen von Unruhe und Angst begleitet. Sie lassen sich nicht in einer Beziehung stabilisieren, sondern beanspruchen ihrerseits die Abwehr bis zur panischen Flucht und Wendung zu toten Objekten. Hilfs-Iche verleihen ihm eine vorübergehende, aber immer wieder ins Schwanken geratende Anpassungsmöglichkeit. Versuche, Objektbeziehungen zu gestalten, stehen im Dienst eines elementaren narzißtischen Bedürfnisses, die gestörte Ich-Integration zu vollziehen und

dem Ich-Zerfall entgegenzuarbeiten. Der Patient ist den äußeren Lebensbedingungen gegenüber vollkommen unangepaßt und kann keine stabilere Persönlichkeitsstruktur bilden, die ihm einen gewissen Halt gibt und eine Atempause verschafft.

Wir können folgende minimale Grundthese formulieren: Das psychoanalytische Erstinterview ist eine Grenzsituation. Wie in einem allgemeinen Interview werden in ihm Daten vermittelt. Darüber hinaus soll der Ansatz einer unbewußten Objektbeziehung sichtbar werden, die mit Hilfe der *spezifischen Wahrnehmungsfunktion* Informationen über die aktuelle psychische Situation des Patienten liefert. Die Integration der Daten beider Quellen ermöglicht uns annäherungsweise eine fokale Hypothese. Diese läßt sich zum Ansatz eines strukturellen Gesichtspunktes, d. h. zu einer inneren, diese fokale Interviewsituation bedingenden und erklärenden Gesetzmäßigkeit weiterentwickeln.

Mit Hilfe der analytischen Erfahrung kann man in einer sekundären Überarbeitung diese Hypothese unter Verwendung der Daten vertiefen, die sich dem ersten Integrationsversuch entziehen. Sie werden auf ihren unbewußten psychologischen Gehalt geprüft und, wenn möglich, entsprechend neu formuliert. Der Zugang zum Patienten wird dadurch verbreitert, geht aber über das einmalige Erlebnis des Erstinterviews hinaus. Die fokale Hypothese ist das Ergebnis des Einsatzes eines rein psychoanalytischen Instrumentes, nämlich der psychoanalytischen Technik. Die Richtigkeit der Aussage steht und fällt mit der Fähigkeit des Untersuchers, dieses Instrument sauber zu handhaben. Darin liegt die Begrenzung, der fokale Charakter; denn sie orientiert sich von der Oberfläche her und kann nur soweit vordringen, wie es das situative Geschehen zuläßt. Die sekundäre Datenverarbeitung verliert sofort diesen situativen Kontakt und damit die situative Evidenz. Sie erhält aber ihre Qualität als sichere Aussage durch die allgemeine analytische Erfahrung und das Integrationsvermögen des Interviewers. Deshalb ist sie eher ein kontemplativer als ein unmittelbar emotioneller Prozeß. Das Ergebnis ist zwar insgesamt unsicherer und unverbindlicher, dafür aber breiter und möglicherweise tiefer.

Wenden wir diese Feststellung auf unseren Patienten I an: Der Vater verkörpert die Gefahr, der Rückzug zu den Müttern die Hoffnung. Wie können wir diese dynamische Formel unter strukturellen Gesichtspunkten verstehen? Wenn wir unsere psychoanalytische Erfahrung heranziehen, könnten wir z. B. unterstellen, daß Vater und Mutter hier Repräsentanten für „männlich“ und „weiblich“ sind. Das würde bedeuten, die männliche Identität ist gefährlich, die weibliche „voller Hoffnung“. Die Verbindung dieser Formel mit den biographischen Daten führt zu folgenden Überlegungen: Als es dem

Patienten von seiner Umwelt her bewußt wurde, daß er abstehende Ohren (einen erigierten Penis) hat, ließ er dieses Übel von seinen Eltern beseitigen. Wir vermuten, der Patient hat eine spezifische Angst vor Erektionen, die in seiner infantilen unbewußten Phantasie als „fliegen können“ zum Ausdruck kommen. Die Narbe am Ohr bleibt verräterisch, genau wie beim Vater die Mensurnarbe. Die Angst vor der Erektion wandelt sich in Angst vor dem Männlichen schlechthin. Dieser Versuch, die infantile Situation mit den vermuteten Ängsten nachzuzeichnen, legt den berechtigten Verdacht nahe, daß der Patient, strukturell gesehen, weiblich identifiziert ist, in dieser weiblichen Identifikation als Künstler „voller Hoffnung“ schafft und sympathisch und angenehm „offen“ wirkt. Der aktuelle Konflikt mobilisiert die männliche Identifikation in ihm, läßt ihn nicht zur Ruhe kommen, weil diese ihren Ursprung in einer drohenden, aggressiven Haltung (Erektion) hat und nach der Beseitigung des „Übels“ zu einem Stück latenter Homosexualität verarbeitet wurde, d. h. genau genommen, auf eine Periode starker Hingabe an den bewunderten männlichen Vater zurückgeht, der seine Narbe im Gesicht als Zeichen seiner Männlichkeit stolz zur Schau trägt und so mächtig ist, daß er dem Patienten sofort helfen kann. Die Narbe ist in diesem Sinne überdeterminiert, sie ist ein Zeichen der Männlichkeit und Weiblichkeit zugleich. In Verdichtung mit dem bereits entwickelten Thema „zeigen“ läßt sich eine neue Angst beschreiben: Der Patient darf sich nicht öffentlich zeigen, weil man ihm an seiner Narbe ansehen könnte, daß er homosexuell ist, und deshalb fühlt er sich bei Frauen sicherer. Die Mobilisierung seiner latenten Homosexualität wäre dann der Anlaß zum jetzigen Krankheitseinbruch. Die Vertiefung der Oberflächenstruktur etwa in dieser Weise läßt sich beliebig weit fortsetzen und in die Verzweigungen der Persönlichkeit verfolgen. Ihre Zuverlässigkeit ist abhängig von der Fähigkeit, die Oberfläche zunächst richtig zu gestalten und von ihr ausgehend die psychotherapeutische Erfahrung einzusetzen. Im Verlauf einer solchen Arbeit treten neue Zusammenhangsbilder auf, und das Material offenbart über die situative Evidenz hinaus seine überdeterminierte Vielschichtigkeit.

Als Kontrast soll eine andere Auswertungsmöglichkeit an einem Beispiel illustriert werden. Es handelt sich dabei um einen Versuch, der gemeinsam mit unserer psychologischen Abteilung (*H. Vogel, G. Jappe, G. John*) begonnen wurde.

Die 23jährige Sekretärin kommt auf eigene Initiative zu uns mit der Bitte, ihr bei der Überwindung ihres merkwürdigen Symptoms zu helfen. Sie fühlt sich von Windgeräuschen beunruhigt, besonders wenn sie sich in geschlossenen Räumen befindet. Zunehmend wird sie von panischen Ängsten gepackt, die sie nur dann ertragen kann, wenn andere Menschen bei ihr sind. Zwanghaft muß sie hinhorchen, wie der Wind um das Haus streicht und durch

die Ritzen der Türen und Fenster pfeift. Das Symptom besteht etwas länger als ein Jahr und hat sich in letzter Zeit zunehmend verstärkt.

Die Patientin ist schlank, hat ein schmales Gesicht, in dem eine etwas grobe Mundpartie und große, leicht basedoide Augen hervortreten. Sie trägt einen Pagenhaarschnitt und wirkt im ganzen mit ihren schmalgliedrigen Händen grazil und sympathisch. Dabei gibt sie sich ruhig und distanziert, ohne erkennbare affektive Resonanz gegenüber dem Untersucher. Das Interesse, das sie sofort zu wecken versteht, geht nicht von ihr selbst aus, sondern von ihrem originellen Symptom.

Die Patientin ist die drittjüngste von zahlreichen Geschwistern⁵. Der Vater starb in ihrem 7. Lebensjahr. Auffallenderweise kann sie überhaupt nichts mehr von ihm erinnern. Im Vordergrund des Familienlebens stand die „tolle“ Mutter, die ausschließlich für ihre Kinder lebte und für sie ein unantastbares Ideal verkörpert. In den letzten Jahren wohnte die Patientin noch mit ihrem älteren Bruder, zwei jüngeren Schwestern und der Mutter zusammen. Vor etwa 1½ Jahren traten bei der Mutter Störungen des Appetits auf, sie nahm kontinuierlich an Gewicht ab und mußte mehrmals ins Krankenhaus. Sie starb ganz plötzlich. Nach ihrem Tode blieben die vier jüngsten Geschwister zusammen und behielten die räumliche Einteilung der Wohnung bei. Die Patientin bewohnte zusammen mit ihrem Bruder das eine, die Schwestern das andere Zimmer. Darüber hinaus versuchten sie gemeinsam, den Wunsch der Mutter zu erfüllen, nach dem alle die höhere Schule besuchen und studieren sollten. Nur die Patientin mußte — noch zu Lebzeiten der Mutter — ihre Schulausbildung aus äußeren Gründen abbrechen. Deshalb ist sie diejenige, die im Berufsleben steht, die Ausbildung der übrigen Geschwister zum Teil mitfinanziert und für die Wohnung und den Haushalt aufkommt. Bei dieser zuerst auftauchenden Thematik hat die Patientin unter Verzicht auf die Verwirklichung ihrer eigenen Ansprüche die Stelle der Mutter eingenommen. Bei näherem Zusehen erscheint die Situation aber sehr spannungsreich. Die Geschwister haben Schuldgefühle, weil die Patientin sich für sie aufopfert. Die Patientin versucht, diese Gefühle zu überspielen, leidet aber darunter, daß sie nicht so sein kann, wie die Mutter es ihrer Meinung nach gewesen ist. Zeitweilige Verstimmungszustände kann sie nur schwer kontrollieren und glaubt auch, daß sie sich der Mutter gegenüber am meisten von allen Geschwistern habe gehen lassen. Mit diesen lebt sie angeblich in einem harmonischen Verhältnis, alle unterstützen sich gegenseitig und nehmen aufeinander Rücksicht. Manchmal zankt sie sich aber mit dem Bruder, wenn er ihr klarzumachen versucht, daß sie die Geschwister tyrannisiert. Auch das zweite anklingende Thema: „Sie schläft mit ihrem Bruder zusammen“, erscheint ihr ganz natürlich und selbstverständlich. Als sie spürt, wie der Interviewer an dieser Schilderung haftet, wird sie nachdenklich und beendet das Interview mit der Feststellung, daß sie vor fremden Menschen Angst habe und sich schon Gedanken darüber mache, wie es sein wird, wenn die Geschwister in absehbarer Zeit aus dem Hause gehen.

Nach dem Tode der Mutter nahm sie an Gewicht ab, und nach einem halben Jahr begann ihre „Windphobie“. Um mit ihren schrecklichen Ängsten fertig zu werden, scharf sie ihre Geschwister im Anfall um sich.

Die Grenzsituation zeichnete sich im Interview nur undeutlich ab, lediglich ein untergründiger Kampf war spürbar, in dem die Patientin ihre Ansicht zu behaupten versuchte, daß es ganz selbstverständlich und natürlich sei, für die Geschwister zu sorgen und mit dem Bruder zusammen zu schlafen. Sie erinnert sich in diesem Zusammenhang, daß wohl „die Leute auch schon darüber Bemerkungen gemacht haben, aber das sei ihr ganz unverständlich und habe für sie keine Bedeutung“. Da es dem Untersucher schwerfiel, über

⁵ Genauere Angaben werden aus Diskretionsgründen vermieden.

das Interview eine fokale Hypothese zu formulieren, haben wir⁶ den Versuch gemacht, den strukturellen Gesichtspunkt unabhängig von der Dynamik der Situation zu entwickeln. Dieser Versuch will keineswegs den Anspruch erheben, als Methode zu gelten.

Die Versuchsanordnung bestand darin, alle Fakten zu sammeln, die für diese Patientin besonders spezifisch waren und von einem angenommenen Durchschnitt in auffälliger Weise abwichen. Wir gingen dabei von folgendem Frageschema aus:

- I. Welche im Interview *mitgeteilten* Daten zeigen eine Einschränkung oder Besonderheit
 1. des körperlich-seelischen Allgemeinzustandes?
 2. der mitmenschlichen Beziehungsformen?
 3. des Verhältnisses zur sozialen Umwelt?
- II. Welche im Interview *beobachteten* Daten zeigen eine Einschränkung oder Besonderheit
 1. des körperlich-seelischen Allgemeinzustandes?
 2. der mitmenschlichen Beziehungsformen?
 3. des Verhältnisses zur sozialen Umwelt?

Nachdem wir die Fakten gesammelt und geordnet haben, folgt nun die sekundäre Bearbeitung: die *Interpretation* der Fakten aufgrund analytischer Erfahrung. Dieser zweite Schritt orientiert sich zwar an den Daten, gibt aber Einfällen und Phantasien ziemlich viel Spielraum, eine Fehlerquelle, die durch den dritten Schritt, den der Integration des Materials, eventuell wieder etwas ausgeglichen werden kann. Ohne diese Zwischenstufe bleiben die Faktoren psychologisch irrelevant. Wir gehen der Reihe nach vor (s. die Tafel auf S. 448):

1 a) *Körperlich-seelischer Allgemeinzustand*

I. Vorübergehende Gewichtsabnahme beim Tode der Mutter:

Zurücktreten des passageren körperlichen Symptoms hinter die sich nicht im körperlichen Bereich manifestierende Konfliktverarbeitung.

Identifizierung mit der kranken Mutter aus Selbstbestrafung und Schuldgefühlen.

Ablehnung der Weiblichkeit.

Betonte Herabsetzung ihrer weiblichen Anziehungskraft, zusätzliche Abwehr gegen Inzest, da die externe Kontrolle durch die Mutter entfällt.

Abwehr der Schwangerschaft.

Einschränkung des Idealbildes der Mutter.

Rückfall in das Kleinkindstadium.

⁶ gemeinsam mit den genannten Psychologen. Auf die Wiedergabe der Datenauswertung der psychologischen Testuntersuchung wurde mit Rücksicht auf das Thema dieser Arbeit verzichtet.

Einschränkung und Besonderheiten gegenüber einem angenommenen Normverhalten

448

Hermann Argelander

I. Soweit aus mitgeteilten Daten ersichtlich

1. Körperlich-seelischer Allgemeinzustand
Vorübergehende Gewichtsabnahme beim Tode der Mutter.

--- --
Nimmt nicht die Stellung ein, die ihrer Be-
gabung entspricht.
Patientin hat eine „Windphobie“.

Patientin hat weder sexuelle noch bestän-
dige freundschaftliche Beziehungen.

Keine erkennbaren beständigen freund-
schaftlichen Beziehungen.

Patientin ist Vollwaise. Verzichtet auf die
Verwirklichung ihrer eigenen Möglichkei-
ten zugunsten der Geschwister.

Idealisiert die Mutter. Hat keine Erinne-
rung an den verlorenen Vater. Braucht die
ständige Nähe ihrer Geschwister. Schläft
mit dem Bruder in einem Zimmer.

Scheut den Kontakt mit fremden Menschen.

--- --
Überbetonung des Wertes der eigenen Fa-
milie. Keine sichtbare Beziehung zu ande-
ren Wertwelten.

Widerspruch zwischen grazil-weiblichem
Erscheinungsbild und burschikosem Auf-
treten. Wirkt studentenhaft.

--- --
--- --

Zeigt keine emotionalen Probleme. Gibt
sich äußerlich gut angepaßt, vernünftig,
sachlich, nüchtern und tüchtig.

Vermeidung einer Differenzierung in zwei
Geschlechter. Kameraderie.

--- --

Kritik und Unzufriedenheit mit sich selbst
und mit der unter I 3. angeführten Rolle.

Erweckt die Vermutung auf phobische
Ängste in bezug auf ihr Verhältnis zum
Bruder; denn

Die Leute reden über ihr gemeinsames
Schlafzimmer.

--- --
--- --

a) Körperliches Erscheinungsbild:

b) Körperfunktionen:

c) Intellektuelle Funktion:

d) Emotionelle Funktion:

2. Mitmenschliche Beziehungsformen

a) Gegengeschlechtlich:

b) Gleichgeschlechtlich:

c) Zur eigenen Person:

3. Verhältnis zur sozialen Umwelt

a) Nähere Beziehungspersonen:

b) Weitere Umwelt:

c) Berufswelt:

d) Kulturelle Wertwelt:

II. Widerspruch zwischen grazil-weiblichem Erscheinungsbild und burschikosem Auftreten; wirkt studentenhaft:

Verkörperung der männlichen und weiblichen Geschwister in der neutralen Rolle des Studenten, damit unbewußte Erfüllung des mütterlichen Wunsches.

1 c) *Intellektuelle Funktion*

I. Nimmt nicht die Stellung ein, die ihrer Begabung entspricht:

Versuch, sich mit dem Idealbild von der Mutter zu identifizieren. Ablehnung der Idealvorstellung der Mutter von ihren Kindern.

Vermeidung der Kindesrolle.

Reaktionsbildung gegen auf die Geschwister gerichtete Aggression.

Als Sekretärin Beibehaltung einer vom Mann abhängigen Rolle.

1 d) *Emotionelle Funktion*

I. Patientin hat eine Windphobie:

Verschiebung des Affektes von einem Menschen auf ein überfallartiges, unvermeidbares, geräuschbetontes Naturereignis, das hauptsächlich zu Hause auftritt und mit dem sie die Geschwister um sich scharf.

Wiederholung des Urszenenerlebnisses durch Wiedervereinigung der Eltern nach dem Tod, dadurch eventuelle Mobilisierung ihrer eigenen sexuellen Bedürfnisse, besonders im Hinblick auf den Bruder.

Assoziierung des Coitus mit analen Vorgängen durch Teilregression (Flatus-Wind-Phobie).

II. Zeigt keine emotionalen Probleme. Gibt sich äußerlich gut angepaßt, vernünftig, sachlich, nüchtern und tüchtig:

Offenbar mit einem Teilaspekt der Mutter identifiziert, nämlich mit dem, der die Aufgaben des Vaters übernommen hatte.

2 a u. b) *Mitmenschliche Beziehungsformen*

I. Patientin hat weder sexuelle noch beständige freundschaftliche Beziehungen:

Durch asexuelles Verhalten Ungeschehenmachen der phantasierten sexuellen Vereinigung der Eltern, die sie als ein von ihr nicht beeinflussbares Geschehen nicht ertragen kann.

Unfähigkeit, Zweierbeziehungen aufzubauen, da sie diese nicht gegen andere behaupten kann.

(Vater hat sie verlassen.) Angst, erneut verlassen zu werden. Daher Vermeidung von Beziehungen zu Männern. Fehlen jeder Erinnerung an den Vater = Vater muß tot bleiben.

Verleugnung des Vorhandenseins von Männern aus der Identifikation mit der Mutter, für die es nach Vaters Tod keine Männer mehr gab.

Fehlen sexueller Kontakte; denn es dürfen keine weiteren Kinder entstehen.

Unbewußtes Auftreten von Gefühlen in der Beziehung zum Bruder durch die Inzestschranke abgesichert.

II. Vermeidung einer Differenzierung in zwei Geschlechter. Kameraderie:

Verhaftung an den Gruppenverband der Familie, wo männliche und weibliche Mitglieder auf gleicher Ebene stehen. Vermeidung der Paarbildung, die den haltbietenden Gruppenverband der Familie sprengen würde.

Verleugnung der geschlechtlichen Differenzierung der Eltern und damit ihrer sexuellen Gemeinschaft, von der die Kinder ausgeschlossen sind.

2 c) *Zur eigenen Person*

I. Patientin ist Vollwaise. Verzichtet auf die Verwirklichung ihrer eigenen Möglichkeiten zugunsten der Geschwister:

Aus Identifikation mit der Mutter.

Aus Schuldgefühl und Wiedergutmachungsbedürfnis der gegen Mutter und Geschwister gerichteten Aggression.

Narzisstischer Gewinn durch Partizipation am Familienideal.

Werterhöhung als Überwindungsversuch des Penisneides.

Durch äußerliche Verzichthaltung erreichte Machtposition in der Familie als Ersatz für den Zwang, ihre wahren Gefühle unterdrücken und ins Gegenteil verkehren zu müssen.

II. Kritik und Unzufriedenheit mit sich selbst und mit der unter I 3. angeführten Rolle:

Internalisierung des Ambivalenzkonfliktes gegenüber der Mutter und Wendung des negativen Anteils gegen die eigene Person.

Unerfüllbarkeit des narzisstischen Vollkommenheitsideals, Vater und Mutter zugleich zu sein. Unfähigkeit, das Ideal des mütterlich-sorgenden Aspektes zu verwirklichen. Narzisstische Kränkbarkeit in der verfehlten Verfolgung ihres Omnipotenzideals, aber nicht in der verfehlten Erfüllung ihrer Rolle als Frau.

3) *Verhältnis zur sozialen Umwelt*

I. Idealisiert die Mutter, hat keine Erinnerung an den verlorenen Vater. Braucht die ständige Nähe ihrer Geschwister. Schläft mit dem Bruder in einem Zimmer:

Verleugnung der enttäuschenden, ‚schlechten‘ Mutter und der gegen sie gerichteten Aggression durch Idealisierung.

Befriedigung ihrer Abhängigkeitsbedürfnisse und Vermeidung der Verlassenheitsängste im Anfall durch Projektion der Mutter auf die Geschwister.

Möglichkeit mit dem Bruder in einem Zimmer zu schlafen durch Verdrängung ihrer ödipalen Wünsche. Befriedigung unbewußter sexueller Bedürfnisse ohne bewußte Schuldgefühle auf Grund stabiler Abwehr.

Scheut den Kontakt mit fremden Menschen:

Norwendigkeit, Menschen zu kontrollieren; z. B. in der Familie durch die Machtposition, die sie sich geschaffen hat. Außerhalb der Familie Angst vor ihren dort nicht mehr kontrollierbaren aggressiven wie auch libidinösen Bedürfnissen.

II. Erweckt die Vermutung phobischer Ängste in bezug auf ihr Verhältnis zum Bruder; denn die Leute reden über ihr gemeinsames Schlafzimmer:

Durch das Schlafen mit dem Bruder Realisierung der sonst vermiedenen Paarbildung und Projektion des gefährlichen Anteils (Gruppensprengung) auf die weitere Umwelt.

3 d) *Kulturelle Wertwelt*

I. Überbetonung des Wertes der eigenen Familie. Keine sichtbare Beziehung zu anderen Wertwelten:

Die Erschließung anderer Wertwelten würde die Infragestellung der benötigten Wertübersteigerung der Familie im Sinne einer narzisstischen Kränkung bedeuten.

Der dritte Schritt besteht darin, die Interpretationsmöglichkeiten zu integrieren:

Zu 1 a)

haben wir aus I sieben und aus II eine Aussage zu überprüfen. Da die Interpretationen in II aus einem anderen Wahrnehmungsbereich stammen, stellen sie eine gewisse Vergleichsmöglichkeit dar. Die Gegenüberstellung von I und II in 1 a) führt zu einer aufschlußreichen Tatsache. Bei I ist ein zeitlich zurückliegendes und überwundenes Symptom angesprochen, in II ein zur Zeit sichtbares Erscheinungsbild der Patientin. Wir können davon ausgehen, daß es sich damals um einen Lösungsversuch im Zusammenhang mit dem Tode der Mutter gehandelt hat, während das unter II angesprochene

Erscheinungsbild eine unter den psychisch-ökonomischen Bedingungen der Patientin vollzogene Lösung darstellt. Die Patientin hat den Wunsch der Mutter — zu studieren — unbewußt erfüllt. Sie ist mit der Kindrolle identifiziert. In I erscheint die Auseinandersetzung mit der Mutter als passagerer aktueller Prozeß im körperlichen Bereich. Sie identifiziert sich mit der kranken Mutter aus Schuldgefühl, weil sie negative Gefühle gegen diese Mutter hat. Dies drücken im einzelnen die unter I gesammelten Themen aus: Sie lehnt die Mutter als attraktive Frau ab, die mit ihrem Manne sexuelle Kontakte hat und ihr neue Geschwister zumutet. Im Gegensatz zu ihrer bewußt idealisierenden Vorstellung haßt sie diese Mutter mit ihren vielen Kindern. Ihr Tod realisiert diese gefährlichen unbewußten Wünsche, die im körperlichen Symptom passager autoplastisch verarbeitet werden.

Die zusammenfassende Formel für 1 a) könnte folgendermaßen lauten:

A. Ich bleibe unbewußt ein folgsames Kind der Mutter, indem ich ihren Wunsch erfülle und eine Studentin darstelle, weil ich keine so attraktive Frau sein darf wie sie, die sich dem Mann hingibt, von ihm Kinder bekommt und sich um alle diese Kinder kümmert.

Zu 1 c)

Unter 1 a) haben wir die unbewußte Lösung der Patientin kennengelernt, 1 c) zeigt uns dagegen ihren bewußten Lösungsversuch. Die Formel könnte lauten:

B. Ich will die Mutter sein, für die Geschwister sorgen und vergessen, wie man mich gekränkt hat und welchen Neid ich auf meine Geschwister empfand.

Zu 1 d)

I und II haben wieder einen polaren Charakter. Während ihr Verhalten stärkere emotionelle Bewegungen vermissen läßt, zeigt unser Interpretationsversuch unter I alle gefährlichen emotionalen Elemente im Symptom vereint. In ihrem manifesten Verhalten ist sie mit einem Teilaspekt der Mutter identifiziert, die nach dem Tode des Vaters für die vielen Kinder tüchtig zu sorgen hatte. Diese Identifikation hat ausgesprochenen Abwehrcharakter gegen die unter I angeführten und von der Patientin als gefährlich erlebten unbewußten Phantasien, die nach der Modalität des Symptoms „Angst vor Geräuschen des Windes“ um Primärszenenphantasien kreisen.

Das Unsichtbare des Windes und die damit verbundene akustische Zentrierung, seine Unkontrollierbarkeit und Unbeeinflussbarkeit, sein ständig überraschend zu erwartendes Auftreten und die Verlassenheitsängste sind Kennzeichen dieser primären Phantasie. *Fenichel* schreibt hierzu (1954, S. 206):

„Es gibt zahlreiche Phobien, die bestimmte Landschaften, Witterschwankungen, Licht- und Schattenwirkungen, Tageszeiten usw. zum Inhalt haben. Ihre Sammlung und detaillierte Beschreibung würde uns vieles lehren, nicht nur über die in Frage stehenden Projektionen, sondern auch über die historischen Verknüpfungen zwischen der infantil-sexuellen Erregung und den Gefühlen, die dann später projiziert werden. Wahrscheinlich enthalten viele Phobien vor Dunkelheit oder Zwielficht Erinnerungen an die Primärszene.“

Die Formel zu 1 d) könnte lauten:

C. Ich muß vernünftig und tüchtig sein, um für die verlassenen Kinder sorgen zu können. Meine Gefühle, die durch das Zusammenleben mit dem Bruder ständig stimuliert werden, muß ich „unterdrücken“, weil ich sie nicht kontrollieren kann. Sie kommen aber angst-erregend von außen als unvermeidbares Naturereignis wieder auf mich zu. Mit diesem sexuellen Anspruch an mich als Frau kann ich mich nicht identifizieren. Die im Tod vereinigten Eltern dürfen tun, was solche Geräusche und Ängste hervorruft, die ich aber allein, ohne Geschwister, nicht ertragen kann.

Zu 2 a) und b)

II stellt ihre möglichen mitmenschlichen Beziehungen im Verband der Familie dar, gibt gleichzeitig die hauptsächlichen Abwehrpositionen, die Verleugnung der geschlechtlichen Differenzierung und ihre Folgen an. I liefert zu diesem Thema eine Reihe von unbewußten Motiven: Ich muß durch mein asexuelles Verhalten ungeschehen machen, was ich bei anderen nicht ertragen kann. Wenn ich mich mit einem Mann einlasse, wird er mich verlassen, wie ich es beim Vater erlebt habe. Dabei kommt mir das Vorbild der Mutter zu Hilfe, die ja auch keine Männer brauchte. Sie hatte genug an ihren Kindern. Das hat den großen Vorteil, daß keine neuen Kinder entstehen.

Die Formel zu 2 a) und b) könnte lauten:

D. Ich habe nur Gefühle für meine Geschwister, für meine Familie. Somit existieren für mich keine geschlechtlichen Probleme. Es wäre furchtbar, bei anderen Sexualität erleben oder meine eigene gegen andere behaupten zu müssen oder von einem Mann mit den Folgen alleingelassen zu werden, nämlich mit meiner geweckten Sexualität und mit Kindern.

Zu 2 c)

Während 2 a) und b) die Auseinandersetzung mit der Außenwelt darstellen, schildert 2 c) ihre Konflikte mit sich selbst. Sie ist mit sich unzufrieden, weil sie sich selbst ambivalent gegenübersteht wie der Mutter. Einerseits verschafft es ihr ein Wertgefühl, wie die ideale Mutter zu sein, andererseits hindert sie jedoch ihr Haß auf die Mutter an einem vollbefriedigenden narzißtischen Erleben. Ein Teil dieses Hasses kommt in ihrem tyrannischen Verhalten gegen die Geschwister zum Ausdruck und verbreitet eine Atmosphäre von Schuldgefühlen. Diese gespannte Situation verhilft ihr aber zu dem Gefühl, eine zentrale Rolle zu spielen und damit eine Macht-

position innezuhaben. In dieser Rolle ist sie ein Glied der familiären Gemeinschaft und bezieht daraus einen narzißtischen Gewinn, gleichzeitig aber auch einen Schutz gegen gefährliche innere Regungen, die projektiv von außen kommen und sie bedrohen; denn sie ist voller Neid auf die Mutter, die den Vater für sich beanspruchte, und auf die Geschwister, die die Mutter für sich haben wollten. Im Verlauf der weiteren psychosexuellen Entwicklung wandelten sich diese Regungen vermutlich zum Penisneid auf die Brüder, Eifersucht usw.

Die Formel zu 2 c) könnte lauten:

E. Weil ich nicht wie die Mutter sein kann, bin ich mit mir selbst unzufrieden und fühle mich dadurch ständig beeinträchtigt. Dieses Gefühl kann ich nur überwinden, wenn ich bestrebt bin, wie die Mutter zu sein und auf meine Bedürfnisse zu verzichten. Ich muß durch persönlichen Verzicht wiedergutmachen, was ich durch Neid und Eifersucht zerstören möchte, und kann stolz sein, einer solchen Familie anzugehören. Ich brauche aber die Machtposition, um wenigstens eine Kontrollmöglichkeit zu haben und ein Stückchen Befriedigung zu erleben.

Zu 3 a)

Offensichtlich stoßen wir in II wieder auf ihren zentralen Gefühlskonflikt, der durch Verdrängung der libidinösen Objektbesetzung und Verleugnung der Realität ihrer „Schlafzimmersituation“ abgewehrt erscheint, sich aber doch insgeheim, wie das Gerede der Leute zeigt, manifestiert. Das Böse liegt für die Patientin nicht in ihrer provokatorischen Handlung (vielleicht ihre Form des Windmachens), sondern im unberechtigten Gerede der Leute. Von dieser Konfliktseite erhält die Beziehung zur Mutter als ödipaler Rivalin einen neuen Zuschuß aggressiver Besetzung, der durch weitere Idealisierung abgewehrt wird. Der Vater, als ursprüngliches ödipales Objekt, verfällt der Amnesie. Die Identifizierung mit der prägenitalen Mutter, die nur für Kinder da ist, sichert sie vor dem Aufflammen der ödipalen Rivalität.

Zu 3 b)

Die Beziehung zur weiteren Umwelt wird von dieser Entwicklung bestimmt. Soweit sie sich nicht in einen familiären Verband einordnen läßt oder ihren Idealen anschließt, verliert sie an konkreter Bedeutung und wird diffus gefährlich.

Zu 3 d)

Bei der Auseinandersetzung mit anderen Wertwelten läuft sie Gefahr, ihre Phantasie von der idealen Familie zu verlieren. Deshalb drängt sie von sich aus in den Schoß der Familie zurück.

Die Formel zu 3 a—d) könnte lauten:

F. Ich kenne nur meine Familie und fühle mich bei ihr geborgen wie im Schoß der Mutter.

Alles übrige (in mir und außerhalb der Familie) ist böse, gefährlich und muß vermieden werden. Von meinem Vater weiß ich nichts. Was die Leute von mir und meinem Bruder reden, entspringt nur ihrer eigenen Boshaftigkeit. Ich behaupte mein selbstgewähltes Aschenputtel-dasein. Für mich kommt aus der Umwelt nicht der Prinz, der mich erlöst, sondern die Umwelt gefährdet mit diesem Anspruch die von mir gewählte Rolle. Ich fühle mich von der Tatsache bedroht, daß meine Geschwister aus natürlichen Gründen bald das Heim verlassen werden.

Als letzten Schritt betrachten wir jetzt unsere Formeln A bis F, die in vorsichtiger Weise eine Zusammenfassung der Interpretationen darstellen, ohne einzelne Details zu sehr herauszustreichen. Wir geben sie in einer veränderten Reihenfolge wieder und ordnen sie nach Fragen:

Wie erlebt sich die Patientin bewußt?

Ich will wie die Mutter sein, für die Geschwister sorgen und vergessen, wie man mich ge-kränkt hat und welchen Neid ich auf meine Geschwister empfand (B). Ich muß vernünftig und tüchtig sein, um für die verlassenen Kinder sorgen zu können (C). Ich habe nur Gefühle für meine Geschwister, für meine Familie (D). Weil ich nicht wie die Mutter sein kann, bin ich mit mir selbst unzufrieden und fühle mich dadurch ständig beeinträchtigt. Dieses Gefühl kann ich nur überwinden, wenn ich bestrebt bin, wie die Mutter zu sein, und auf meine Bedürfnisse verzichte (E). Ich kann stolz sein, einer solchen Familie anzugehören (E). Ich kenne nur meine Familie und fühle mich bei ihr geborgen wie im Schoß der Mutter (F).

Was manifestiert sich unbewußt bei der Patientin?

Ich bleibe unbewußt ein folgsames Kind der Mutter, indem ich ihren Wunsch erfülle und eine Studentin darstelle, weil ich keine so attraktive Frau sein darf wie sie, die sich dem Mann hingibt, von ihm Kinder bekommt und sich um alle diese Kinder kümmert (A). Ich brauche aber die Machtposition, um wenigstens eine Kontrollmöglichkeit zu haben und ein Stückchen Befriedigung zu erleben (ihre Tyrannei) (E).

Was verdrängt die Patientin?

Meine Gefühle, die durch das Zusammenleben mit dem Bruder ständig stimuliert werden, muß ich „unterdrücken“, weil ich sie nicht kontrollieren kann. Mit diesem sexuellen Anspruch kann ich mich als Frau nicht identifizieren (C). Ich muß durch persönlichen Verzicht wiedergutmachen, was ich durch Neid und Eifersucht zerstören möchte (E). Von meinem Vater weiß ich nichts (F).

Was verleugnet die Patientin?

Somit existieren für mich keine geschlechtlichen Probleme (D). Was die Leute von mir und meinem Bruder reden, entspringt nur ihrer eigenen Boshaftigkeit. Ich behaupte mein selbstgewähltes Aschenputteldasein. Für mich kommt aus der Umwelt nicht der Prinz, der mich erlöst, sondern die Umwelt gefährdet mit diesem Anspruch die von mir gewählte Rolle (F).

Was fürchtet die Patientin?

Alles übrige (in mir und außerhalb der Familie) ist böse, gefährlich und muß vermieden werden. Ich fühle mich von der Tatsache bedroht, daß meine Geschwister aus natürlichen Gründen bald das Heim verlassen werden (F).

Welche „Katastrophe“ ist im Symptom gebunden?

Meine Gefühle kommen angsterregend von außen als unvermeidbares Naturereignis wieder

auf mich zu. Die im Tod vereinten Eltern dürfen das tun, was solche Geräusche und Ängste hervorruft, die ich aber allein, ohne Geschwister, nicht ertragen kann (C). Es wäre furchtbar, bei anderen Sexualität erleben oder meine eigene gegen andere behaupten zu müssen oder von einem Mann mit den Folgen alleingelassen zu werden, nämlich mit meiner geweckten Sexualität und mit Kindern (D).

Dieses Modell wurde absichtlich in der „Ich-Form“ dargestellt, um sich besser in die innere Welt der Patientin hineinversetzen zu können. Aus ihm lassen sich einzelne Strukturelemente abstrahieren, z. B. der Konflikt, der durch die infantilen Bedürfnisse der ödipalen Phase bestimmt wird: Die Abwehr als Verdrängung, Verleugnung, Projektion, Idealisierung; der Versuch, sich mit ihrem Ideal zu identifizieren, und die Gefahr, die dieses Bemühen von außen, durch den Weggang der Geschwister, zunichte macht. Im Ich-Bereich wird neben der Abwehr die Festlegung auf eine begrenzte soziale Rolle, die Einschränkung des Begabungspotentials und der freien Entfaltungsmöglichkeit erkennbar. Das Über-Ich kontrolliert ihren Umgang mit den Geschwistern in der von ihr gewählten Rolle; denn ihr tyrannisches Machtverhalten erzeugt Schuldgefühle und erniedrigt ihr Selbstgefühl im Vergleich zum gestalteten Ideal der Mutter. In der Projektion kehrt das Verdrängte bedrohlich von außen zurück, versetzt sie in panische Angst, in der sie sich an die Geschwister wie an eine Mutter klammert. An Hand des reichhaltigen Materials lassen sich weitere begriffliche Differenzierungen vornehmen, die wir hier nicht weiter verfolgen wollen. Eine natürliche Grenze wird diesem Vorgehen durch die umschriebene Situation des Erstinterviews gesetzt, von dem man trotz aller Bemühungen nicht zuviel verlangen darf.

Die Plastizität des strukturellen Phänomens

Im vorangehenden Kapitel beschäftigte uns die Frage, welche innere strukturelle Gesetzmäßigkeit das bewußte und unbewußte Verhalten der Patienten bestimmt. Wir hatten angekündigt, daß diese Untersuchung uns vor ein weiteres Problem stellen wird; denn das Verständnis der strukturellen Elemente allein sagt noch nichts über ihre Korrigierbarkeit aus. Die rein diagnostische Fragestellung wird an dieser Stelle zu einer therapeutischen. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, die elastische Anpassungsfähigkeit des strukturellen Gefüges zu untersuchen. Einmal prüft man mit dem Einsatz eines ausgesprochen therapeutischen Instrumentes die Reaktion auf Deutungen, oder man verfolgt in einer weniger aktiven Stellungnahme die spezifischen emotionellen Reaktionen, die sich aus der Untersuchungssituation mit einem Interviewer ergeben. In der Praxis werden sich beide Anteile gewollt oder ungewollt miteinander vermischen; denn der Patient

reagiert unbewußt mit seinem psychischen Apparat auf jedes Verhalten des Interviewers, auch auf ein extrem passives, weil es für ihn in jedem Fall eine bestimmte Bedeutung annimmt. An dieser Reaktion läßt sich die therapeutische Wirkung des Erstinterviews (hier im weitesten Sinne verstanden), die unausgesprochen jedes Interview begleitet, erkennen.

Bisher haben wir versucht zu beantworten, welche Möglichkeit die Erstuntersuchung dem Interviewer bietet, einen Menschen zu verstehen und dieses Verständnis therapeutisch fruchtbar zu machen. Ein in dieser Weise durchgeführtes Interview ist für ihn häufig ein erregendes Erlebnis und legt deshalb die berechtigte Frage nahe, was die Erstuntersuchung eigentlich für den Patienten bedeutet; das um so mehr, als sie im allgemeinen eine in sich abgeschlossene Situation darstellt. Ausnahmsweise kann sie der Beginn einer langfristigen therapeutischen Beziehung zwischen diesem Untersucher und dem Patient sein. In der Regel ist sie es nicht. Im Anfang der Untersuchung bleibt es noch offen, ob sich eine Indikation zur Behandlung ergibt. Weiterhin ist es zunächst auch noch unklar, von wem und zu welchem Zeitpunkt die eventuell beschlossene Therapie durchgeführt werden kann. Am Ende der Untersuchung muß diese Frage geklärt und offen mit dem Patienten besprochen werden, damit er sich über die Konsequenzen klarwerden kann. Die Realisierung einer erfolversprechenden therapeutischen Möglichkeit, für die man den Patienten gewinnen kann, gibt der Erstuntersuchung erst ihren eigentlichen Sinn. Zu diesem Zweck könnte man den Patienten beraten, ihn zu überreden versuchen, ihm in schwarzen Farben ausmalen, was geschehen würde, wenn er sich nicht behandeln ließe. Gegen diese in der ärztlichen Praxis gelegentlich geübten Versuche wäre nichts einzuwenden, wenn es nur darauf ankäme, den Patienten dazu zu bringen, sich einer Behandlung passiv zur Verfügung zu stellen, wie z. B. einer Operation. Mit diesem Verhalten setzt der Arzt sein Wissen und seine Erfahrung ein, um dem unwissenden Patienten zu helfen. Aber der Arzt wird nur im Notfall zu solchen Mitteln greifen, weil ihm an der Mitarbeit des Patienten gelegen ist. Die psychotherapeutische Kur setzt dagegen prinzipiell die aktive Mitarbeit des Patienten voraus, zusätzlich auch noch die Bereitschaft, persönliche Opfer zu bringen. Wir können und dürfen diesen Patienten deshalb nicht überreden, sondern wir versuchen, ihm bereits in der Erstuntersuchung „den Behandlungsprozeß dadurch anzubieten, daß wir ihm mehr demonstrieren als erklären, daß wir ihm Gelegenheit geben, einmal an einer solchen Behandlungserfahrung teilzunehmen“ (Coleman 1949/50, S. 195). Dieses Erlebnis soll ihm zu einer Erkenntnis verhelfen, die er zu seiner Entscheidung braucht. Oft ist es erstaunlich zu beobachten, wie diese Einsicht den Patienten gegen alle

Beeinflussungsversuche von außen immun macht. Sicher gelingt uns das nicht in jedem Fall.

Wir kommen zu der außerordentlich interessanten Frage, welche Wirkung die Erstuntersuchung auf die Patienten ausübt, die nur einmal Kontakt mit einem Therapeuten hatten. Wir hören von den Patienten, die nach einer Erstuntersuchung aus unserem Gesichtskreis verschwinden, im allgemeinen nichts mehr. An diesem Punkt angelangt, sollten wir uns Gedanken darüber machen, wie sich die Plastizität des strukturellen Phänomens bei den Patienten auswirkt, die keine Behandlungsbereitschaft aufbringen können oder nicht für eine Therapie geeignet erscheinen. Unsere Hypothese lautet: Diese Patienten halten an ihrem erreichten ökonomisch-seelischen Gleichgewicht fest, erleben jeden Eingriff als unmittelbare Bedrohung, verschließen sich deshalb dem therapeutischen Zugriff und sind bemüht, jede Auflockerung sofort abzudichten.

Diese Hypothese soll an den beiden folgenden Fällen überprüft werden.

Ein Kollege schickt uns eine Patientin im mittleren Lebensalter, die seit ihrem 6. Lebensjahr an Asthma bronchiale leidet. In den letzten Jahren verschlimmerte sich das Asthma so sehr, daß sie ständig Cortison-Tabletten nehmen mußte. Die Verschlechterung steht im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt ihres jetzt 6 Jahre alten Kindes und einer späteren Fehlgeburt. Das Kind kränkelt seit kurzem mit subchronischen katarrhalischen Erscheinungen der oberen Luftwege. Bemerkenswert ist, daß es sich dabei um das gleiche Alter handelt, in dem die Patientin Asthma bekam. Die Großmutter lebt mit im Haushalt. Sie sorgt für das Kind und die Patientin.

Die Patientin beginnt das Interview mit der Schilderung ihrer deprimierenden äußeren Lebenssituation. Die Mutter wird als „böse“ dargestellt, weil sie ihre drei Kinder falsch erzogen habe und damit für die entsprechenden Folgen verantwortlich gemacht werden müßte. Die älteste Schwester der Patientin hat wegen eines Mannes Selbstmord begangen, die zweite ist mit einem Trinker verheiratet, und die dritte, die Patientin selbst, ist chronisch krank und hat gleichfalls einen Mann, der trinkt. Mehrfache Entwöhnungskuren blieben ohne anhaltenden Erfolg. Eigene Abstinenzversuche des Mannes scheiterten trotz aller Bemühungen der Patientin, ihn vom Trinken zurückzuhalten, spätestens nach ein paar Tagen. Anscheinend wird jetzt noch ihr eigenes Kind das Opfer dieser bösen Erziehung.

Die Patientin berichtet diese dramatischen Lebensumstände vollkommen ruhig. Der Interviewer überlegt verzweifelt, was er für diese Patientin tun könne. Zunächst beschließt er, von den äußeren unglücklichen Umständen abzusehen und das innere Problem der Patientin zu ergründen. Bei dieser Beobachtungseinstellung treten Verhaltensweisen der Patientin in der Ehe zutage, die eine Identifikation mit der abgelehnten Mutter nach dem Schema erkennen lassen: Der Mann kann der Frau kein Geld geben, die Frau dem Mann keine Liebe.

Unter Aufgabe ihres ruhigen Verhaltens und unter starkem Affekt berichtet die Patientin, daß sie selbst nur bei Cunnilingus orgasmusfähig ist. Darauf gibt der Interviewer ihr die Deutung, ihm erscheine das verständlich, da ihr Mann doch Trinker sei und die Mundbeziehung eine große Rolle in ihrer Ehe spielen müsse. Die Patientin ist betroffen, schweigt eine Weile und fragt, „ob das in Ordnung wäre“. Der Untersucher entgegnet, das wäre vielleicht die Antwort auf die anfangs gestellte Frage, warum sie ihren Mann trotz des vielen Kummers, den er ihr bereite, immer noch liebe.

In dieser Phase des Interviews drängt sich dem Analytiker der Verdacht auf, daß die Schilderung des perversen Sexualverhaltens ihres Mannes einem abgewehrten infantil-perversen

Bedürfnis der Patientin entspricht. Diese Entwicklung wirft ein neues Licht auf die „äußere“ Tatsache, daß die Patientin ausgerechnet einen Trinker geheiratet hat, und läßt darin eine besondere Bedeutung vermuten, zumal die Patientin so ergebnislos bemüht ist, ihm das Trinken abzugewöhnen.

Diese „orale“ Abhängigkeit wird im weiteren Verlauf des Interviews bei der ganzen Familie sichtbar. Der Mann verkommt mit seiner Trunksucht ohne die Patientin, diese ist ihrerseits im Asthmaanfall völlig auf die Pflege der Mutter angewiesen, und ihr Kind entwickelt bei gleicher Symptomatik ähnliche Bedürfnisse wie sie.

Zwei Momente fielen dem Analytiker während des Interviews besonders auf: erstens die Bemerkung, sie habe vor Gott ihrem Mann die Treue in guten und schlechten Zeiten gelobt und fühle sich dadurch absolut an ihn gebunden; zweitens die auffällige Tatsache, daß es ihm einfach nicht gelang, sich vorzustellen, wie die Patientin sich selbst erlebt.

Nach einer Woche wurde die Patientin zu einem zweiten Interview bestellt, um zu sehen, wie sie auf das erste reagiert hatte. Sie kam eine Stunde zu früh, hustete unentwegt im Wartezimmer und machte die ganze Etage auf sich aufmerksam. Ihr Asthma habe sich in der letzten Nacht verschlechtert, beginnt sie und fährt fort, daß sie sich jetzt wieder daran erinnere, als kleines Kind einen Traum gehabt zu haben, in dem ihr ein Mann etwas Schreckliches antat. Sie könne sich auf den genauen Inhalt nicht mehr besinnen. Der Analytiker spürte bei dieser Eröffnung der Patientin sofort die Dynamik der Übertragung: Er hatte ihr im ersten Interview etwas Schreckliches angetan. Vermutlich handelt es sich um die für sie peinliche Aufdeckung ihres perversen sexuellen Kontaktes und ihrer Machtposition gegenüber dem oral abhängigen Mann. Die Patientin fährt fort: Ihre Erinnerung an den Traum sei durch die Vorstellung geweckt worden, daß es ein bestimmtes Erlebnis geben müsse, das ihr Asthma hervorgerufen habe. Deshalb habe sie ihre Mutter gefragt, aber auch diese könne sich nicht auf ein solches Ereignis besinnen. Überhaupt habe sich die Mutter früher sehr merkwürdig verhalten. Wenn sie als Kinder ungezogen waren, habe die Mutter sich eingeschlossen und geschrien: „Ihr macht mich kaputt!“ Heute verurteile sie dieses mütterliche Verhalten und habe gerade in diesen Tagen ihren eigenen ungezogenen Sohn mit einem Kochlöffel geschlagen. Sie werde es nicht so machen wie die Mutter.

Das schreckliche Erlebnis mit einem Manne verblaßt sehr schnell hinter der erneut auftauchenden bösen Mutter. Auch das Bekenntnis zu einer eigenen natürlichen Aggression gegen das Kind löst sich im weiteren Fortgang des Gesprächs auf. Sie habe beobachtet, daß auch die Schwester zu trinken anfängt, und habe ihr vorausgesagt, es würde damit ein böses Ende nehmen. Im Verlauf der Darstellung dieser aggressiven Thematik wandelt sich das „Böse“ zu einer anonymen Gefahr, die durch das Trinken heraufbeschworen wird. Die Patientin bestätigt mit dieser Aussage den anfänglichen Verdacht, daß der trinkende Mann projektiv ihr eigenes Bedürfnis verkörpert, über das sie Kontrolle und Macht zu gewinnen sucht. (Diese Gefahr des Trinkens rückt über die Schwester, ebenfalls Ehefrau eines Trinkers, näher an die Patientin heran.) Sie fährt fort, sie habe selbst manchmal so traumhafte Zustände, in denen sie nicht recht wisse, was sie tue. Vor einiger Zeit sei sie dabei fast von einer Straßbahn überfahren worden. Niemand, der sie kenne, würde glauben, daß sie sich absichtlich einer solchen Bedrohung ausgesetzt hätte (unbewußte Identifikation mit der Selbstmord verübenden Schwester?).

Der manifeste⁷ thematische Ablauf des zweiten Interviews verfolgt also eine konsequente Linie: Ein Mann tut mir etwas an (Übertragung); die böse Mutter tut uns etwas an; ich tue meinem Kind etwas an; die Schwester tut sich etwas an; ich tue mir selbst etwas an.

Das erste Erlebnis (ein Mann tut mir etwas an) ist Inhalt eines Traumes, den sie vergessen hat, das letzte (ich tue mir etwas an) ein Ereignis, das sie in einem traumhaften Zustand selbst herbeigeführt hat. Der Analytiker spürt, wie die an traumhafte Zustände gebundene Aktivität für ihn unerreichbar bleibt. Konkret kann man nur über die reale böse Mutter sprechen.

⁷ An dieser Stelle bleibt unberücksichtigt, daß es noch weitere Möglichkeiten einer Ausdeutung der Situation gibt, die die latenten Themen auswerten.

Zweifellos hat das erste Interview bei der Patientin etwas in Bewegung gesetzt, was in der Reaktion am Beginn des zweiten Interviews und in seinem Ablauf deutlich zum Ausdruck kommt. Der Interviewer überlegt, ob man nicht doch eine Therapie in Erwägung ziehen solle und will mit diesem Gedanken das zweite Interview beenden. Nun aber beginnt die Patientin, von sich aus ein neues Thema zu entwickeln. Sie habe neulich einen Film gesehen, der von einer Frau handelt, die ein Doppelleben führt. Einmal sei sie eine gute Hausfrau und Mutter gewesen, dann wieder fühlte sie sich getrieben, verrufene Lokale aufzusuchen und jemand zu ermorden. An die Ereignisse in ihrem „zweiten Leben“ habe sie sich nie erinnern können. Erst mit Hilfe einer Hypnose und durch Aufdeckung eines Traumes habe diese Frau geheilt werden können.

Mit dieser Äußerung klammert sich die Patientin am Untersucher fest: „Ich bin ja bereit, mein verrufenes Leben (das der Ehemann mit Trinken, Perversionen und Verwahrlosungsneigung verkörpert) anzuerkennen, aber ich bin nicht dafür verantwortlich. Ich will mich Ihrer magischen Kraft unterwerfen. Sie werden den Traum aufdecken und mich heilen.“ Wahrscheinlich erlebte sie die Preisgabe dieser inneren Tendenzen im ersten Interview als einen schrecklichen Angriff des Analytikers, wogegen sie als Abwehr ihre oralen Abhängigkeitstendenzen mobilisierte. Das Filmbeispiel offenbart ihre abgewehrten sexuellen (erstes Interview) und mörderischen (zweites Interview) Impulse. Gleichzeitig eröffnet sie damit dem Untersucher einen Zugang zu einer unbewußten Vorstellung von sich selbst. Der Patientin ist es damit gelungen, im zweiten Interview die Frage des Analytikers zu beantworten, wie sie sich unbewußt selbst erlebt. Gleichzeitig bietet sie einen therapeutischen Vorschlag an: der Analytiker möge den Inhalt des Traumes finden, mit dem sie das zweite Interview begann; dann könnte sie geheilt werden.

Nach Abschluß aller Untersuchungen, einschließlich einer testpsychologischen, die für eine analytische Technik keine günstige Prognose ergaben, wurde die Patientin drei Wochen nach dem ersten Interview zu einem dritten einbestellt. Der Interviewer teilte ihr schonend mit, daß eine Behandlung im hiesigen Institut nicht durchgeführt werden könne. Er empfahl ihr statt dessen, eine fortlaufende ärztliche Betreuung aufzusuchen, bei der man auch auf ihre seelischen Bedürfnisse einginge. Die Patientin war keineswegs enttäuscht. Sie habe jetzt eine Ärztin, bei der sie sich sehr wohl fühle. Im übrigen habe der liebe Gott ein Wunder vollbracht; denn ihr Mann trinke nicht nur nicht mehr, sondern sei in seinem Wesen völlig verändert. Er arbeite fleißig und kümmere sich um die Familie. Die Patientin versuchte, den Interviewer davon zu überzeugen, daß es auch heute noch Wunder gebe. Zufrieden und in voller Übereinstimmung trennten sich beide, der Interviewer etwas überrascht und betroffen bei dem Gedanken: „Wie schnell kann sich doch alles im Menschen wandeln“.

Die Erstuntersuchung zeigt in unserem Beispiel eine verblüffende und unerwartete Wirkung am Partner der Patientin. In der Ehe scheint sich etwas verändert zu haben, was auf eine unbewußte Aktivität der Patientin, die durch die Erstinterviewsituation ausgelöst wurde, schließen läßt. Der Ehemann geht jetzt mit ihr zusammen in die Kirche statt zum Trinken, und beide haben die feste Absicht, sich von der Mutter, „dem Bösen“, zu trennen. Natürlich wäre es sehr reizvoll, diesem „Wunder“ weiter nachzugehen, um zu ergründen, welche Bedeutung man ihm beimessen soll. Allerdings würde man dazu die weitere Mitarbeit der Patientin benötigen. Uns kam es nur darauf an zu demonstrieren, wie von einer Erstuntersuchung Wirkungen ausgehen können, die die Umwelt der Patienten verändern, aber ihre innere Struktur unangetastet lassen.

M. Balint schildert in seinem Buch „Psychotherapeutische Techniken in der

Medizin“ zwei „Wunderheilungen“, die sich nach einer fachärztlichen, von rein diagnostischen Gesichtspunkten bestimmten Erstuntersuchung vollzogen. Sie erwiesen sich in einer Nachbeobachtung durch den praktischen Arzt über Jahre hinaus stabil. Auch diese unbeabsichtigten „Wunder“ blieben zunächst unaufgeklärt, aber die Äußerung einiger allgemeiner Gedankengänge dazu kann auch zum Verständnis unserer Patientin beitragen: „Die Interviews beim Psychiater wie auch die Testsitzungen sind plötzliche Ereignisse und können daher im Gegensatz zu einer länger bestehenden Behandlung traumatisch wirken. Der durch das Interview erlebte Schock kann eine therapeutische Wirkung haben, besonders wenn er sich in einer vom Arzt geschaffenen und vom Patienten übernommenen aufrichtigen, rückhaltlosen Beziehung ereignet“ (*M. und E. Balint*, 1961, S. 61).

Unsere Patientin hatte das erste Interview als einen traumatischen Schock erlebt. Das beweist ihre Übertragungseinstellung zu Beginn des zweiten Interviews: „Ein Mann hat mir etwas Schreckliches angetan“. Darüber hinaus hatte die Patientin über ihre Krankheit eine Traumatheorie. Sie glaubte, ein solches Trauma in dem schrecklichen, vergessenen Trauminhalt gefunden zu haben, und hatte dabei die Vorstellung, ihre Amnesie könne durch einen magischen Akt (Hypnose) aufgehoben werden, und sie selbst würde ohne eigenes Zutun ihre Gesundheit wiedererlangen.

„Unter diesen Umständen kann der Patient das Erlebnis haben, daß er wirklich verstanden wird, d. h. er sieht, daß wenigstens einige seiner vielen, ihm bisher unerklärlichen Probleme durch die Beleuchtung, die ihnen der Fachmann gibt, einen Sinn bekommen“ (*M. und E. Balint*, 1961, S. 62). Wir vermuten, daß unsere Patientin im ersten Interview ein solches Erlebnis hatte, es ihr aber offensichtlich nicht zu einer wirklichen Einsicht verhalf, sondern folgenden Prozeß in Gang setzte: Im zweiten Interview ist ihre verdrängte Aggression, die im ersten nur als geheime Macht spürbar war, sichtbar in Bewegung geraten. Sie bekennt sich sogar zu einer natürlichen aggressiven Handlung und versucht, mit ihr die Identifizierung mit der Mutter zu sprengen. Die Mobilisierung dieser Aggression erfolgt durch die Übertragung. *M. Balint* (1961) schreibt dazu: „Sein Haß, der aus der ihm aufgezwungenen schmerzlichen Einsicht stammte, würde entweder dazu führen, daß er alles, was mit dem Arzt zusammenhing, verwerfen und zerstören müßte, oder er müßte seine Entrüstung und Verbitterung niederkämpfen“ (a. a. O. S. 62). Unsere Patientin hat dieses schwierige Problem so gelöst, daß sie die gesamte Aggression auf die Mutter projizierte, aktiv ihre Konsequenzen daraus zog und beschloß, die böse Mutter aus dem Hause zu entfernen. Damit hat sie den Ambivalenzkonflikt durch einen Spaltungsprozeß entschärft. Aber warum vollzog sich das „Wunder“ an der Krankheit des Mannes?

Wir können darüber nur Vermutungen anstellen. Die Krankheit des Mannes scheint ein vorgeschobenes Symptom der Patientin zu sein. Sein Trinken verkörpert ihre eigenen unbewußten oralen Bedürfnisse, durch die sie in völlige Abhängigkeit von ihrer Mutter gerät, ihrem Mann gegenüber aber eine Machtposition einnimmt, weil er ohne sie verkommen würde (Identifizierung mit der mächtigen Mutter). Die im ersten Interview mobilisierte und etwas verfügbar gewordene Aggression setzt sie sofort gegen die Mutter ein und durchtrennt gewaltsam die bestehende Abhängigkeit. Damit durchbricht sie die gefährliche Kreiswirkung und schafft gemeinsam mit ihrem Mann eine neue Abhängigkeit zu einem Vater-Gott, unter dessen Schutz sie ihre Ehe stellt. Ihr verändertes Verhalten wirkt sich sofort in der Symptomatik ihres Mannes aus.

Diese Erklärung kann nicht ganz befriedigen. Sie soll auch nur anregen, die wirksame Dynamik der Erstuntersuchung besser zu verstehen; denn erst einmal auf sie aufmerksam gemacht, werden wir im Laufe der Zeit vielleicht mehr über diese Dynamik und ihre Auswirkungen erfahren können.

Ein interessanter, aber schwer zu erklärender Gegenübertragungseffekt liegt darin, daß die Patientin genau dem Wunsch des Untersuchers entsprach, sich nach der Untersuchung von ihm zu trennen und eine neue Beziehung zu einem „lieben Gott“ aufzunehmen, der ihre Probleme in ihrem Sinne lösen soll. Im Normalfall zielt die erste beabsichtigte Wirkung genau in umgekehrter Richtung: Der Patient soll für eine Behandlung gewonnen werden, wenn sie erfolversprechend erscheint.

Die zweite Patientin kommt auf Empfehlung eines Bekannten. Sie ist schlank, wirkt elegant, empfindsam, dabei deutlich distanziert und ohne spürbare innere Wärme. Sie befindet sich schon einige Zeit in ärztlicher Betreuung. Zwar haben verschiedene medikamentöse Behandlungen und eine begrenzte Psychotherapie eine gewisse Besserung gebracht, aber ihr Problem nicht lösen können. Sie sei immer gesund gewesen, habe im Beruf „ihren Mann gestanden“ und tüchtig und erfolgreich alle Aufgaben erfüllen können. Nach einer im Grunde lächerlichen Auseinandersetzung mit ihrem Chef habe sich bei ihr eine völlige Persönlichkeitsveränderung vollzogen. Sie, die sich bis dahin immer wie „ein Mann mit aufgekrepelten Ärmeln“ gefühlt habe, sei unsicher geworden, traue sich nichts mehr zu und müsse unentwegt weinen. Krampfhaft suche sie diesen Zustand vor anderen zu verbergen, um ihre Existenz nicht zu gefährden. „Soweit mein Problem!“ Jetzt wolle sie wissen, ob unsere Untersuchung eindeutig klären könne, inwieweit ihre Krankheit körperlich oder seelisch bedingt sei, andernfalls sei sie fehl am Platze.

Diese unbedingte Forderung und die forsche Art ihres Auftretens führen im Handumdrehen eine affektiv so aufgeladene und aggressiv gespannte Situation herbei, die zugleich so verworren erscheint, daß der Untersucher den Impuls verspürt, das Interview abzubrechen. Der „Mann mit den aufgekrepelten Ärmeln“ hat den Untersucher unsicher und hilflos gemacht. Genau in diesem Augenblick macht die Patientin Anstalten, sich zu erheben und meint, es hätte wohl keinen Zweck, die Untersuchung fortzusetzen. Der Interviewer gibt ihr gegenüber zu, daß er das gleiche Gefühl habe, bleibt aber ruhig sitzen und fährt fort, es sei anscheinend eine starke Tendenz in ihr, die Ärzte zu verwirren und unsicher zu machen. Er würde sich dafür interessieren, dieses Verhalten besser verstehen zu können.

Die Patientin ist verblüfft und bleibt. Das weitere Interview verläuft ohne Störungen und gewährt einen Einblick in die „innere“ Problematik der Patientin: Ihre Eltern hatten ständig Streit miteinander und sprachen oft von Trennung. Bei diesen Auseinandersetzungen erlebte die Patientin Schreckliches. Als sich die Eltern schließlich scheiden ließen, wurde sie in ein Internat geschickt. „Niemals habe ich so etwas wie Nestwärme kennengelernt.“ Anschließend nahm sie eine Beziehung zu einem älteren verheirateten Mann auf, um einen Ersatz für das verlorene Elternhaus zu finden. Mit der Heirat mußte sie aber warten, bis die Ehe des Mannes geschieden war. Auch ihre eigene Ehe wurde nach einigen Jahren getrennt. Aus dieser Verbindung habe sie ein Kind, das sie nicht richtig liebhaben könne.

Der Wiederholungscharakter ihres ödipalen Schicksals ist unverkennbar. Sie trennt das Paar, um sich mit dem Mann zu verbinden. Unter diesen Umständen hat sie die Macht, eine Trennung einzuleiten, die den Mann in eine hilflose Position bringt. Was sie passiv bei ihren Eltern erlitten hat, muß sie nun aktiv selbst vollziehen. Nach jeder Trennung wird ein typischer Abwehrvorgang bei der Patientin sichtbar: Sie klagt über eine gestörte Gefühlsbeziehung zu ihrem Kind. In einem anderen Zusammenhang hatte sie mangelnde Zuwendung ihrem eigenen Vater zum Vorwurf gemacht, d. h., die Gefühle zu ihrem Kind entwickeln sich (aus dem Material des Erstinterviews) nach dem Vorbild der Gefühlsbeziehung des Vaters zu ihr. Sie ist in ihrer affektiven Zuwendung zum Kind ausschließlich mit dem Vater identifiziert. Ihr Kind muß die „Nestwärme“ genauso vermissen wie sie selbst. Sie kann offensichtlich eine Beziehung nur dann aufgeben, wenn sie sich mit einem Teil des verlorenen Objektes identifiziert. Interessanterweise beklagt sie sich ferner darüber, daß sie sich in dem jetzigen Krankheitszustand mit nichts anderem beschäftigen könne als mit dem Lesen von Kriminalromanen. Als sie von ihrem Motiv zur Scheidung sprach, machte sie ihrem Mann zum Vorwurf, er habe an nichts anderem Interesse als am Lesen von Kriminalromanen. Auch hier hat sich die Patientin mit einer von ihr verurteilten und als Anlaß zur Trennung genommenen Verhaltensweise des Mannes identifiziert.

Vor Ausbruch ihrer Krankheit war eine seit einigen Jahren bestehende neue Beziehung zu einem wiederum älteren Mann, der mit seiner Mutter zusammenlebte, zerbrochen. Sie hatte einsehen müssen, daß sie diesen Mann nicht von seiner Mutter trennen und für sich gewinnen konnte. Im gleichen Zeitraum war auch der briefliche Kontakt mit dem Vater abgerissen. So scheiterte auch der zweite Versuch der Patientin, eine Partnerbeziehung herzustellen.

Vermutlich war der Streit mit dem Chef ein letztes Aufflackern ihrer ödipalen Tendenz, bevor sie zusammenbrach und sich als das verlassene, hilflose und unsichere Kind erlebte, das sie früher einmal war und das sie stets verleugnet hatte.

Zusammenfassend läßt sich folgender fokaler Konflikt bei der Patientin herausarbeiten: Aus ihrem Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit sucht sie einen Mann nach dem Vorbild des Vaters. Hat sie ihn gefunden, so überwiegt das Rachebedürfnis für die ihr vom Vater angetane Enttäuschung. Zunächst zerstört sie die bestehende Bindung des Mannes zu einer anderen Frau, mit Hilfe seiner Schuldgefühle macht sie ihn dann von sich abhängig und hat nun jederzeit die Macht, ihn zu verurteilen und sich von ihm zu trennen, wie sich der Vater von ihr getrennt hat. Aber gerade die verurteilte Seite des Mannes wird nach der Trennung zu einem Bestandteil ihres eigenen Wesens. Wir müssen aus dieser eindeutigen Identifikationstendenz schließen, daß ihre Vorstellung von sich selbst als „Mann mit aufgekrempten Ärmeln“ die erste und nachhaltigste war. Soweit gewährte die Patientin dem Untersucher einen Einblick in ihre innere Welt.

Am Schluß des Interviews äußert der Analytiker, er habe nun keinen Zweifel mehr, daß ihre Krankheit seelisch bedingt sei und halte eine längere psychotherapeutische Behandlung für erforderlich. Die Patientin scheint im Laufe des Gesprächs ihre anfängliche Voreingenommenheit und ihren Zweifel verloren zu haben. Bei der Äußerung des Analytikers gibt sie aber zu bedenken, sie würde wohl nicht genügend Geld aufbringen können. Drei Wochen nach der Erstuntersuchung wurde die Patientin wiederbestellt, um mit ihr konkrete Behandlungsmöglichkeiten zu besprechen. Sie wirkte auffallend ruhig und aufgeschlossen und äußerte sich zu dem Behandlungsvorschlag zustimmend. Sie müsse dem Analytiker aber

mitteilen, daß ihre Krankheitserscheinungen vollkommen verschwunden seien und sie sich wieder so wohl fühle wie früher. Sie brachte damit klar zum Ausdruck, daß sie eine Behandlung für überflüssig hielt.

Bei dieser Patientin hat sich sicherlich kein echter progressiver Persönlichkeitswandel angebahnt. Eine unwesentliche Auseinandersetzung mit ihrem Chef führte zu einer Dekompensation ihres seelischen Gleichgewichts. Im Erstinterview beherrschte ihre spezifische Konfliktneigung Männern gegenüber sofort und unnachgiebig das Geschehen. Die Patientin wollte gehen, nachdem der „Mann mit den aufgekrempeelten Ärmeln“ sein Werk vollendet hatte. Ihr unbewußtes spezifisches Verhaltensschema war wie mit einem Zeitraffer abgelaufen. Die Haltung des Analytikers zwang die Patientin, eine neue Erfahrung zu machen. Er reagierte nicht handelnd auf ihre unbewußte Übertragungsaktivität, sondern versuchte, sie zu formulieren und gemeinsam mit der Patientin zum Gegenstand einer Untersuchung zu machen. Er verurteilte sie nicht, sondern zeigte darüber hinaus noch Interesse, sie besser zu verstehen, um ihr helfen zu können. Die Patientin ging diese neue angebotene Beziehung zunächst zögernd und zweifelnd ein, aber sie blieb. Der Untersucher beantwortete ihr dafür die eingangs gestellte Frage nach der Herkunft ihres Leidens. Der Vorschlag zu einer langen therapeutischen Beziehung rief den primären Widerstand in veränderter Form wieder auf den Plan, als die Patientin äußerte, daß sie das nötige Geld nicht aufbringen könne. Dieser Widerstand wird uns jetzt verständlich, denn sie muß analog ihrer Lebenserfahrung Angst vor einer neuen Enttäuschung haben.

Die Dynamik des Interviews hat ihr dazu verholfen, eine erneute Umpolung auf ihre bewährte unbewußte Lebenseinstellung vorzunehmen, d. h. ihre ursprüngliche seelische Ordnung wiederherzustellen. Vielleicht hat sich die Patientin auch, wie in den anderen Fällen, mit dem Teil des Interviewers identifiziert, den sie an ihm verurteilt. Jedoch wurde das für den Untersucher nicht durchschaubar.

Was trägt der Interviewer nun nicht allein durch sein Verhalten in der spezifischen Objektbeziehung, sondern auf Grund seiner Technik zur Auslösung dieser Dynamik bei? Beide Patientinnen begannen das Interview mit einem für sie sehr charakteristischen dominanten Abwehrverhalten. Die erste Patientin benutzte die Projektion. Alle abgewehrten Bedürfnisse projiziert sie in die Umwelt. Die Technik des Interviews zielte darauf hin, diese Abwehr zu durchbrechen. Die Patientin reagierte darauf unbewußt mit dem Erlebnis: „Ein Mann hat mir etwas Schreckliches angetan.“ Immerhin konnte sie im zweiten Interview mehr von ihren aggressiven Bedürfnissen freigeben, kleidete sie aber vorwiegend wieder in Projektionen ein, d. h. in

Darstellungen aggressiven Verhaltens anderer Personen. Im Gegensatz dazu setzte die zweite Patientin sofort ihren identifikatorischen Abwehrmechanismus ein. Während der Interviewer bei der ersten Patientin die Abwehr zu durchbrechen strebte, ließ er sie im zweiten Fall bestehen und suchte ihren Sinn zu erforschen. In beiden Fällen ging der Untersucher nicht handelnd auf die Angebote der Patientinnen ein, er war z. B. im ersten Fall nicht bereit, sich mit der Patientin über ihre böse Umwelt zu unterhalten. Wie wäre die Dynamik des Interviews abgelaufen, wenn er eine andere Technik angewandt hätte? Er hatte frühzeitig genug verstanden, daß alle bösen Elemente in der Umwelt Repräsentanten der eigenen gefährlichen inneren Welt der Patientin darstellen. Er hätte z. B. wie im zweiten Fall sagen können: „Ich fühle, daß Sie Ihre eigenen Probleme immer an anderen Menschen darstellen müssen. Es würde mich interessieren, dieses Verhalten besser verstehen zu können.“ Wir können versuchen, unsere Technik in diesem Sinne zu präzisieren, stoßen dabei aber offenbar auf Schwierigkeiten. Warum handelte der Analytiker technisch in beiden Fällen so verschieden?

Die Antwort auf diese Frage wird zunächst durch das aktuelle Gewicht der Abwehrfunktion nahegelegt. Die erste Patientin konnte in der besonderen Ausprägung ihres Masochismus eine dauernd belastete Objektbeziehung ertragen, ohne aus ihr fliehen zu müssen. Gerade diese Fähigkeit besaß die zweite Patientin nicht. Sie war schon im Begriff, das Interview zu verlassen. Ihr Verhalten war alarmierend. Diesen Unterschied in der aktuellen Bedeutung der Abwehrfunktion spürte der Analytiker in dem Bestreben, die Patientinnen wenigstens zu einem klärenden Gespräch zu gewinnen. Die Rücksichtnahme auf diese Forderung bestimmte sein Vorgehen.

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal die Technik, mit der wir Zugang zum Patienten suchen. Beginnen wir mit der ersten Patientin. Technisch gibt es drei Wege, ihr Angebot aufzugreifen:

- 1) ihm zu folgen und mit der Patientin über die böse Umwelt zu sprechen. Vermutlich könnten Interviewer und Patient ein Gespräch führen ohne Wirksamwerden der Grenzsituation;
- 2) die Abwehrform der Projektion ausschließlich zum Gegenstand der Untersuchung zu machen. Was bedeutet es für die Patientin, alle schrecklichen Dinge in der Umwelt zu erleben und nicht in sich selbst? Und wo sind Vorbilder für dieses Verhalten zu suchen?
- 3) die Abwehr zu umgehen und das Schreckliche in der Patientin selbst sichtbar zu machen. Die Folge dieser Technik wurde im zweiten Interview offenbar: „Der Untersucher hat mir etwas Schreckliches angetan.“

Bei der Aufschlüsselung der Situation, die von technischen Überlegungen

ausgeht, sind wir dem Eindruck des Untersuchers gefolgt, uns in erster Linie vom Abwehrverhalten der Projektion leiten zu lassen. Man könnte ein anderes, ebenfalls naheliegendes technisches Vorgehen in Erwägung ziehen, das der Einstellung des Untersuchers auf das identifikatorische Verhalten im zweiten Fall entspricht. Warum muß die Patientin sich mit dem Opfer identifizieren? Wieder ergeben sich drei Möglichkeiten, mit diesem Angebot umzugehen:

- 1) ihrem Angebot zu folgen, mit ihr über ihre bedauernswerte Rolle als Opfer zu sprechen;
- 2) die ständige Identifizierung mit dem Opfer zum Gegenstand einer Untersuchung zu machen, und
- 3) die Abwehr zu umgehen und sichtbar zu machen, wie sehr sie selbst die Tendenz hat, andere zum Opfer zu machen.

Bei der zweiten Patientin ließen sich die gleichen Überlegungen anstellen. Die Umpolung ihres Verhaltens zeigt die beiden spiegelbildlichen Aspekte: entweder andere zu Opfern zu machen („der Mann mit den aufgekrempten Ärmeln“) oder selbst ein Opfer zu werden („das weinende hilflose Kind“). Vielleicht könnte eine bestimmte technische Grundeinstellung, die sich am aktiven oder passiven Angebot der Patientin orientiert, den dynamischen Ablauf beeinflussen. Bei der ersten Patientin verkörperte die Projektion einen aktiven Pol. Die böse Mutter, der trinkende und sexuell abwegige Mann symbolisierten diese aktiven Einflüsse, deren passives Opfer die Patientin zu sein schien. Geht man über diesen oberflächlichen Eindruck hinaus und spürt der Dynamik weiter nach, so gewinnt der Gegenpol zunehmend an Bedeutung. Ihre geheime Aktivität besteht nämlich gerade darin, sich zum Opfer zu machen, wozu zwangsläufig die projektive Aufladung der Umwelt mit gefährlichen Elementen gehört. In der Grenzsituation identifizierte sie sich ebenfalls mit dem Opfer und lud den Analytiker entsprechend projektiv zu einem „schrecklichen Mann“ auf.

Die technische Einstellung könnte das Vorgehen des Analytikers und die auftretenden Wirkungen klarer strukturieren, wenn man nicht unabhängig davon mit verschiedenen Reaktionen der Patienten rechnen müßte. Eine Deutung, die die Abwehr infragestellt, kann dem einen Patienten zu einer Einsicht verhelfen, den anderen Patienten aber beunruhigen und eventuell sogar in eine Panik versetzen. Wir wissen zwar genau, daß wir zur Erreichung unseres Zieles den einen Patienten beunruhigen, den anderen beruhigen müssen, aber für dieses Vorgehen gibt es keine klaren technischen Anweisungen; denn es hängt letztlich von der Stabilität oder Brüchigkeit der wahrgenommenen Struktur des Patienten ab. Immer wieder müssen wir uns klar

vor Augen halten, daß wir bei der testenden Entfaltung unserer technischen Aktivität meist noch nicht wissen, ob der Patient behandelt werden wird oder nicht. Wenn wir demzufolge im Interview zu vorsichtig vorgehen, erfahren wir gerade nichts von den Reaktionsmöglichkeiten des Patienten, die wir für unsere Beurteilung so nötig brauchen.

In der täglichen Praxis gehen wir dagegen von einem weniger theoretischen Ansatz aus und fragen uns, auf welche Gesprächsinhalte und Verhaltensweisen der Patient eingehen kann. In auffallender Weise war unsere erste Patientin in der Beziehungsform verhaftet, Opfer einer bösen Umwelt zu sein. Sie enthält die Möglichkeiten, die die Patientin realisieren kann. Sie konnte sich deshalb sogar an einer für sie peinlichen Untersuchung beteiligen, die aufzeigte, unter welcher spezifischen Partnervorstellung sie liebesfähig ist, d. h. libidinöse Bedürfnisse in einer realen Beziehung erleben kann. Wir haben sogar den Eindruck, daß diese Fähigkeit eine wesentliche Basis für die konstante, wenn auch noch so armselige Beziehung der Patientin darstellt. Aber sie kann ihre aggressive Seite nicht bewußt integrieren; denn sie erlebt diese nur in der Projektion. In der manifesten Situation des Erstinterviews klammerte sie sich fest und überspielte die notwendige Trennung vom Therapeuten durch eine neue Objektbeziehung. Im Grunde genommen verfügte sie nicht über die erforderliche freie Aggressivität, eine Trennung herbeizuführen. In ihrem unbewußten Verhalten steckte eine aggressive Komponente, deren Form aber regressiv anale Züge im Sinne einer Bemächtigung aufwies.

Die zweite Patientin vermochte sofort eine zerstörend trennende Aggressivität zu realisieren. Gleichzeitig drehten sich die Gesprächsinhalte um die Themen, „sich von anderen zu trennen und andere voneinander zu trennen“. Vor Ausbruch ihrer Krankheit war sie daran gescheitert, den Geliebten von seiner Mutter zu trennen. Im Vergleich zu unserer ersten Patientin vermischen wir bei ihr in Verhalten und Inhalt jede Andeutung einer libidinösen Kontaktaufnahme. An dieser Stelle müssen wir noch nachtragen, daß die Patientin ihren Ehemann so schilderte, als hätten sie Äußerungen eines libidinös triebhaften Charakters, die sie bei ihm wahrgenommen hatte, von ihm abgestoßen. Wir dürfen vermuten, daß wir auch bei ihr die nicht realisierbare Seite ihres Verhaltens in der Projektion auf ihren Mann wiederfinden. Auch die Frage nach der „geheimen“ regressiven Manifestation ihrer libidinösen Bedürfnisse läßt sich beantworten. Sie sprachen den Analytiker direkt in ihrem Symptom an; denn er spürte eine starke Zuwendung zu dem „hilflosen, weinenden und verlassenem kleinen Kind“. Dieser libidinöse Ansatz hätte zum Träger einer positiven Übertragung und damit zum Stabilisator der ersten Übertragungsbeziehung werden können.

Wir erkennen jetzt deutlich den strukturellen Unterschied bei beiden Patientinnen und formulieren ihn etwa so: Im Falle einer Behandlung müsste die erste Patientin lernen, ihre libidinösen Beziehungsmöglichkeiten reifen zu lassen und ihre aggressiven schrittweise zu verwirklichen. Das Umgekehrte gilt für die zweite Patientin: Sie müsste lernen, ihre aggressiven Beziehungsmöglichkeiten reifen zu lassen und ihre libidinösen zu verwirklichen. Beide Patientinnen lassen dem Untersucher gegenüber eine Bewegung in ihrer Persönlichkeitsstruktur erkennen, die aber nicht zu einer Behandlungsbereitschaft führt. Die bewusst erlebten Veränderungen an der eigenen Person oder im unmittelbaren Beziehungsfeld der Familie verstärken den Widerstand gegen eine Behandlung. Die Distanz zwischen dem unbewußt handelnden und dem bewußt erkennenden Ich wird nicht vertieft, sondern übersprungen.

Zweifellos ist das Ziel, den Patienten zu einer Behandlung zu gewinnen, eng mit seinem „inneren Wissen“ verknüpft. Aber dieses ist nicht nur das Resultat einer dynamischen Wirkung, sondern auch das Ergebnis einer Einsicht, einer Fähigkeit, Deutung und Erlebnis zu einer neuen Erkenntniseinheit zu vereinigen. Hinzu kommt die Bereitschaft, nach „dem inneren Wissen“ zu handeln. Im Sinne *Freuds* soll das Ich des Patienten unser Bundesgenosse werden, nur dann ist eine fruchtbare Zusammenarbeit zu erwarten. Welche Folgen der einmalige Kontakt letztlich hat, sollte mehr als bisher das psychotherapeutische Interesse beschäftigen.

(Teil III folgt)