

Psychotherapeutische Forschung und ihre Bedeutung für die Psychoanalyse*

Übersicht: Der am 31. Dezember 1970 unerwartet verstorbene Autor berichtet über seit dem Jahre 1966 laufende Untersuchungen, die darauf abzielten, psychotherapeutische Denkweisen und Praktiken in die allgemeine medizinische Praxis einzuführen, um von der nur krankheits-zentrierten Medizin weg zur patienten-zentrierten zu kommen. Es geht dabei darum, Ärzten, die keine Lehranalyse durchlaufen haben, ein Stück Psychoanalyse zugänglich zu machen, ohne die Psychoanalyse zu verwässern. Ähnliche Überlegungen hatten bereits zur Entwicklung der sog. Fokalthherapie geführt, die nun zur Zehn-Minuten-Therapie („Flash“-Therapie) weiterentwickelt worden ist, die sich in den Rahmen der normalen ärztlichen Praxis einfügen soll. Bei der Flash-Therapie überläßt der Arzt dem Patienten im wesentlichen die Führung. Eine weitgehende Identifizierung des Arztes mit seinem Patienten ermöglicht eine genaue „Einstimmung“ als Voraussetzung jener blitzartigen Erhellung der inneren Konflikte (etwa durch eine treffende Deutung), die dem Patienten eine innere Umstellung ermöglicht (die u. U. zu einer Änderung des Interaktionsstils einer ganzen Familie Anlaß geben kann).

Das Forschungsprojekt, über das ich hier berichte, entstand im Januar 1966, als unser Team sich zum erstenmal zusammensetzte. Die Leitgedanken unseres Vorhabens entstammten zwei verschiedenen Quellen. Die eine war unser Bestreben, den praktischen Arzt in Stand zu setzen, die Klagen seiner Patienten nicht nur im Hinblick auf Krankheiten, sondern als Ausdruck persönlicher Konflikte und Probleme zu erkennen und zu verstehen und dieses Verständnis dann auch therapeutisch auszunützen. Entsprechende Untersuchungen begannen im Herbst 1950 und sind noch immer im Gange. In erster Linie ging es uns darum, in die allgemeine ärztliche Praxis etwas einzuführen, das einem guten psychiatrischen Interview ähnelt. Allerdings sahen wir von Anfang an, welche Unterschiede zwischen einem psychiatrischen Interview und der neuen Technik, so wie sie für die Allgemeinpraxis gebraucht wird, bestehen. Um diese Unterschiede zu betonen, bezeichneten wir unsere neue Technik als „Zuhören“ oder als „lange Aussprache“. Wir prägten den Satz: „Wer Fragen stellt, bekommt Antworten — aber weiter auch nichts.“

*Aus der *Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale*, 1970, Nr. 3, Toulouse (Ed. Privat); Seite 225—240.

Obwohl wir uns sehr um eine den Bedingungen der ärztlichen Praxis angepaßte Technik bemühten, blieb die „lange Aussprache“ doch irgendwie ein Fremdkörper im Routinebetrieb des praktischen Arztes. Einer der vielen Gründe hierfür ist natürlich die Zeitfrage. Im Durchschnitt nimmt sich der Arzt für einen Patienten 10 bis 15 Minuten Zeit, während die „lange Aussprache“ 40 bis 50 Minuten in Anspruch nimmt. Eine eindeutig unerwünschte Nebenwirkung der neuen Technik, die wir nicht bedacht hatten, war, daß der Arzt jetzt notgedrungen zwei Klassen von Patienten hatte: die eine behandelte er weiterhin so, wie er es während seiner Ausbildungszeit im Krankenhaus gelernt hatte — wir nannten das die „krankheitszentrierte Medizin“ —, während er mit der anderen Klasse die auf langen Aussprachen beruhende „patientenzentrierte Medizin“ praktizierte.

Die andere Quelle unserer Leitgedanken war das Studium des psychiatrischen Interviews und später jener Techniken, die für eine Kurztherapie oder eine Psychotherapie mit begrenzten Zielen in Frage kamen. Diese Aufgabe wurde in der zweiten Hälfte der fünfziger Jahre von einem Team von ausgebildeten Psychoanalytikern in Angriff genommen, das als *The Workshop* bekannt wurde. Unter dem wachsenden Einfluß psychoanalytischer Vorstellungen werden im gegenwärtigen psychiatrischen Denken alle bei irgendwelcher Art von Psychotherapie gemachten Beobachtungen mit Vorliebe in Begriffen der Psychopathologie oder der Psychodynamik beschrieben. Diese beiden Konzepte, ganz besonders das zweite, sind zu einer Art Schlachtruf geworden: ständig hört man von dynamischer Psychotherapie oder dynamisch orientierter Psychotherapie reden.

Im Gegensatz zu dieser Art des Denkens versuchte ich, unsere Forschung auf die therapeutischen Prozesse zu konzentrieren. Wir mußten bald einsehen, daß das Denken in psychopathologischen oder psychodynamischen Begriffen zum Verständnis dieser Vorgänge nicht viel beitrug. Da jede Therapie auf einem Wechselspiel zwischen Patient und Arzt beruht, kann man sie nicht wirklich verstehen, wenn man die Beobachtung auf einen von beiden beschränkt: Therapie spielt sich weder im Arzt noch im Patienten allein ab, sondern *zwischen* beiden. Daraus folgt, daß man die Interaktion zwischen Patient und Arzt beobachten und registrieren muß. Dieser neue Ansatz erwies sich als fruchtbar, aber auch als schwierig. Immer wieder passierte es uns, daß wir in der alten Weise Ereignisse beobachteten und aufzeichneten, die nur die eine der beiden Personen betrafen; wie verfielen also wieder in psychopathologisches oder psychodynamisches Denken. Um dieser Tendenz in uns entgegenzuarbeiten,

überlegten wir uns, in welcher Form wir die Resultate unserer Interviews protokollieren könnten. Das war eine harte Schule, und wohl jeder von uns revoltierte irgendwann einmal dagegen. Wir taten uns schwer damit, die Notwendigkeit dieser Disziplin einzusehen, und noch schwerer, ihren Wert richtig einzuschätzen.

Diese Aufzeichnungen bildeten später ein hervorragendes Werkzeug für alle folgenden Untersuchungen. Wie unsere Dokumentation sich mit unserer wachsenden Erfahrung und Einsicht veränderte und entwickelte, zeigen ein paar der von unseren ersten Arbeitsgruppen in den fünfziger Jahren formulierten Fragen, die noch immer in Gebrauch sind und fast schon als „klassisch“ gelten. Eine davon lautet „Wie entwickelt sich das Interview?“ mit den Unterfragen a) „Wie behandelte der Patient den Arzt?“ und b) „Wie behandelte der Arzt den Patienten?“ Eine andere Rubrik heißt „Die Atmosphäre des Interviews“; im einzelnen wird nach a) „dem Beitrag des Patienten“ und b) „dem Beitrag des Therapeuten“ gefragt; eine dritte Rubrik heißt: „Gedachte und ausgesprochene Deutungen“, denen „Deutungen, an die man gedacht, die man aber nicht ausgesprochen hat“, gegenübergestellt werden, usw.

Zur Beantwortung auch nur einer dieser Fragen bietet die *Psychopathologie* des Patienten, wie genau man sie auch kennen mag, nicht genügend zuverlässiges Material. Ich hoffe, ganz klar zu zeigen, daß dazu eine andere Art des Beobachtens und Denkens nötig ist. Die Arbeit des *Workshop* führte zur Entdeckung einer neuen psychotherapeutischen Methode, die wir *Fokaliherapie* nannten.

Diese Methode befähigte uns, nachdem sie voll entwickelt war, schon in der diagnostischen Phase mit ziemlicher Sicherheit zu bestimmen, was der Therapeut sich als Ziel setzen kann, wieviele Sitzungen er schätzungsweise benötigen wird, um dieses Ziel zu erreichen, und was ungefähr das Ergebnis seiner Behandlung sein wird. Die Vorbedingungen für einen fokalen Ansatz waren: a) daß wir mit Hilfe von Beobachtungen aus den ersten Besprechungen ein ziemlich genau umschriebenes Gebiet in der Psyche des Patienten isolieren konnten, das wir den „Fokus“ nannten; b) daß wir die Möglichkeit sahen, dem Patienten in diesem Gebiet zu einer wesentlichen Neueinstellung zu verhelfen, und endlich c) daß sich dadurch vermutlich die gesamte Lebenssituation des Patienten wesentlich bessern könnte. Um das alles in einer begrenzten Stundenzahl zu erreichen, erfanden wir eine neue Technik mit dem Ziel, die therapeutische Arbeit soweit wie möglich auf das fokale Gebiet zu beschränken. Die Hauptmerkmale dieser neuen Technik waren, was wir *selektive Aufmerksamkeit* und *selektive Nichtbeachtung* nannten. Das besagte,

daß der Therapeut nach Möglichkeit Deutungen wählen sollte, mit denen die Assoziationen des Patienten in die Nähe des Fokalgebietes gelenkt wurden, und daß er andere Deutungen, die davon ablenkten, vermied. Wenn wir den Fokus richtig gewählt hatten, gingen die Einfälle des Patienten deutlich in seine Richtung. Wenn wir dagegen keine solche Tendenz feststellen konnten, mußten wir annehmen, daß unsere Diagnose nicht stimmte. In einigen Fällen erzielten wir doch noch günstige Resultate, wenn wir ein neues Fokalgebiet wählten, bei anderen entwickelte sich die therapeutische Arbeit zu einer langen Behandlung, oder sie erwies sich als erfolglos¹.

Die Fokaltherapie stellt etwas andere Anforderungen an den Therapeuten als die Psychoanalyse. Z. B. stößt man kaum jemals bis in die Tiefe der prägenitalen Regionen vor. Entsprechend zeigt auch die Übertragung selten primitive prägenitale Merkmale. Die Therapie bleibt beim ganzen Objekt, auf genitaler Ebene, und insofern ist die Aufgabe des Therapeuten etwas leichter. Dagegen kann er sich nicht entspannt der freischwebenden Aufmerksamkeit überlassen, sondern muß, dem Grundsatz der selektiven Aufmerksamkeit gemäß, immer bereit sein, seine Reaktionen auf die Einfälle des Patienten so zu wählen, daß die Arbeit näher an das Fokalgebiet heran und nicht von ihm wegführt. Diese konzentrierte Interaktion zwischen Arzt und Patient ist wahrscheinlich der ausschlaggebende Faktor für den Erfolg einer Kurztherapie.

Nach unserer Erfahrung sind Analytiker am besten geeignet, diese neue Technik zu lernen, allerdings nicht alle; einige von ihnen finden, sie verstoße so sehr gegen den Geist der klassischen Analyse, daß sie sich gar nicht mit ihr befreunden können. Andererseits haben einzelne nichtanalytisierte Ärzte oder Psychiater mit dieser Technik so geschickt umzugehen gelernt, daß sie recht annehmbare Therapien vorzuweisen haben².

Seit Anfang der sechziger Jahre haben wir in verschiedenen Forschungsseminaren, die sich aus allgemeinen Praktikern zusammensetzten, mit Techniken der Fokaltherapie experimentiert. Die Resultate waren recht

¹ Eine ausführliche Darstellung gibt D. H. Malan in „Psychoanalytische Kurztherapie“. Stuttgart (Klett). Eine katamnesische Untersuchung aller im *Workshop* behandelten Patienten ist in Vorbereitung.

² Vgl. z. B. Max B. Clyne: „Night Calls“; L. J. Friedman: „Virgin Wives“; R. S. Greco: „One Man's Practice“; A. Lask: „Asthma“; M. Courtenay: „Sexual Discord in Marriage“, alle in den *Mind and Medicine Monographs*, Tavistock Publications, 1962–1969 erschienen. Deutsche Ausgaben: M. B. Clyne: „Anruf bei Nacht“; L. J. Friedman: „Virginität in der Ehe“; R. S. Greco: „Ein Hausarzt und seine Praxis“, bei Ernst Klett, Stuttgart.

gut, sogar ermutigend; ein gewaltiger Nachteil aber ließ sich nicht beheben: im normalen Betrieb einer ärztlichen Praxis blieb die Fokaltherapie ebenso ein Fremdkörper wie das frühere „Zuhören bei einer langen Aussprache“. Das bedeutete, daß es auch weiterhin nicht möglich war, jedem Patienten, der es nach Meinung des Arztes nötig hatte, eine Therapie anzubieten. Also war der Arzt gezwungen, eine Auswahl unter seinen Patienten zu treffen und einige, in Wirklichkeit waren es die meisten, mit den Methoden der krankheits-zentrierten Medizin zu behandeln, und nur einige wenige mit der neuen patienten-zentrierten Medizin.

Um 1965 sahen Enid Balint und ich ein, daß die von der Fokaltherapie abgeleiteten Methoden dieses wichtige Problem nicht zu lösen vermochten. Zwar lockerten sie etwas den Druck, unter dem die praktischen Ärzte standen, aber in den normalen Routinebetrieb ließen sie sich nicht einfügen. So beschlossen wir, ein Forschungsteam zu organisieren, um neue Techniken zu entwerfen, die es dem Arzt erlauben würden, allen seinen Patienten psychologische Hilfe zu bieten, ohne die normale Routine seiner Praxis zu belasten. Ausgeschlossen blieben alle unspezifischen und darum fragwürdigen Methoden wie allgemeiner Beistand, Aufmunterung, gutgemeinter, mitfühlender Rat und jede Art von verwässerter Psychoanalyse. Die von uns angestrebten neuen Methoden mußten einerseits auf echtem Verständnis für die Persönlichkeit des Patienten und für die sich entwickelnde Beziehung zwischen Patient und Arzt aufgebaut sein, auf der anderen Seite sollten sie von einer genügend großen Zahl von Ärzten auch ohne vorgängige eigene Analyse mit hinreichendem Geschick angewendet werden können. Und endlich sollte die für diese Technik erforderliche Zeit nicht über die routinemäßigen 10—15 Minuten hinausgehen, die der Durchschnittspatient in der Sprechstunde bekommt. Diese letzte Bedingung hat der Methode den Namen „10-Minuten-Psychotherapie“ eingetragen.

Weil wir voraussahen, daß unsere Forschung auf große Schwierigkeiten stoßen würde, beschlossen wir, nur sehr erfahrene Kollegen zur Mitarbeit einzuladen, Kollegen, die schon einige Jahre lang an unseren Seminaren teilgenommen hatten. Dadurch unterscheidet sich dieses Seminar UCH/4 grundlegend von allen früheren: Die Teilnehmer haben sich nicht spontan zur Mitarbeit bereit erklärt, sondern sie wurden sozusagen durch eine Einladung aufgeboten. Trotzdem erwies sich die Gruppe als sehr beständig. In den 4½ Jahren unseres Bestehens verloren wir nur 3 der ursprünglich 10 Mitglieder. Einer der Teilnehmer starb leider, ein zweiter mußte aufgeben, weil sein Gehör so abnahm, daß er nicht mehr

in einer Gruppe mitarbeiten konnte, und nur einer zog sich aus Enttäuschung zurück. Im zweiten Jahr unseres Bestehens bat ein weiterer erfahrener Kollege um Aufnahme in unser Forschungsteam. Die klinische Arbeit dieser acht Ärzte: J. Carne, M. B. Clyne, M. Courtenay, C. Gill, P. Hopkins, A. Lask, J. Norell und S. Pasmore, bildete die Grundlage unserer Forschung. Nach und nach wurde man auf unsere Arbeit aufmerksam, und so kamen zunächst zwei weitere Psychiater zu uns, Dr. Mary Hare und Dr. C. Treves-Brown, beide erfahrene Psychotherapeuten, und kürzlich gesellte sich noch ein voll ausgebildeter Psychoanalytiker, Dr. H. Bacal, zu uns.

Die Gruppe akzeptierte gleich von Anfang an die Bedingung, daß jeder Patient, über den referiert wurde, weiter Forschungsfall zu bleiben hatte, und daß automatisch in regelmäßigen Abständen von 12—18 Monaten Katamnesen über ihn vorgelegt werden mußten. Der Arzt wurde aufgefordert, am Schluß seines einleitenden Berichtes ausdrücklich zu erklären, welche therapeutischen Pläne er habe und was er mit ihnen zu erreichen hoffe. Da alle unsere Unternehmungen nachstenographiert und dann protokolliert wurden, war es in den nachfolgenden katamnestischen Perioden leicht festzustellen, ob die Vorhersagen richtig gewesen waren oder nicht, d. h. ob die gewählte und dann angewendete Therapie gewirkt hatte oder nicht. Vielleicht sollte doch erwähnt werden, daß dies wesentlich härtere Bedingungen sind, als man sie im allgemeinen stellt, um den Erfolg irgendeiner psychotherapeutischen Methode einschließlich der Psychoanalyse nachzuprüfen.

Am Anfang hatten wir nicht die geringste Vorstellung davon, ob sich irgend etwas unseren Hoffnungen Entsprechendes verwirklichen lassen würde. Darum forderten wir unsere Ärzte auf, Bericht über jedes Interview zu erstatten, in dem es ihnen ihrer Meinung nach gelungen war, einen sinnvollen Kontakt zu dem Patienten herzustellen und dadurch etwas Nützliches zustande zu bringen, immer vorausgesetzt, daß das Interview nicht länger als 10—15 Minuten gedauert hatte.

Die Gruppe ging mit großer Begeisterung ans Werk, um so mehr als eine ganz hübsche Zahl von Fällen zu beweisen schien, daß es sogar unter so strikten Bedingungen möglich sei, den Patienten wirklich zu verstehen und dann dieses Verständnis als therapeutisches Mittel einzusetzen. Bald stießen wir aber auf ernstliche Schwierigkeiten, wenn wir genauer zu definieren versuchten, welche Art von Beobachtungen in der katamnestischen Periode nötig war, um die zu Beginn der Behandlung gemachten Vorhersagen verlässlich zu validieren. Diese Erfahrungen veranlaßten uns, die Zuverlässigkeit der zu Anfang akzeptierten therapeutischen

Techniken neuerdings zu überprüfen. Alles mußte noch einmal in Frage gestellt werden, und das entmutigte einige der Ärzte so, daß die Weiterführung unserer Forschung ernstlich gefährdet war. Schließlich gelang es der Gruppe jedoch, die Ursache dieser Schwierigkeiten zu diagnostizieren, und von da an ging unsere Arbeit ziemlich glatt voran.

Soweit wir es bis jetzt übersehen, bestand die Hauptschwierigkeit darin zu lernen, daß unsere alten wohlerprobten Methoden dieser neuen Bedingungen wegen aufgegeben oder doch weitgehend modifiziert werden mußten. Um den Unterschied recht deutlich zu machen, charakterisierten wir die alte Methode als die des „großen Detektivs“ und die neue als ein „Sich-Einstimmen“ oder eine „Erleuchtung“, eine blitzartige Erhellung der Situation („flash“).

Wenn der Arzt die Technik des großen Detektivs verwendet, „hört“ er äußerst aufmerksam zu, beobachtet sorgfältig und prüft gewissenhaft jedes Gebiet, von dem er annimmt, es könnte mit den Problemen des Patienten in Zusammenhang stehen. Bildlich gesprochen muß er „jeden Stein umdrehen“. Diese gewissenhafte Arbeit nimmt natürlich recht viel Zeit in Anspruch, daher die Technik der „langen Aussprachen“. Die Einführung der Fokalthherapie in die Allgemeinpraxis stellte noch höhere Ansprüche an den „großen Detektiv“. Nicht nur erwartete man, daß er intensiv zuhört, man forderte von ihm jetzt außerdem eine so große Geschicklichkeit in der Auswertung seiner Beobachtungen, daß er nicht mehr jeden Stein umzudrehen brauchte, sondern unfehlbar erriet, welche Steine er umdrehen müsse, um alles Notwendige zu erfahren. Bei den ersten Versuchen hatten wir geglaubt, dieser Prozeß ließe sich beschleunigen, so daß man die Behandlung in „mittel-langen“ Interviews von höchstens 15—20 Minuten durchführen könne.

Hier muß vielleicht darauf hingewiesen werden, daß die Rolle des „großen Detektivs“ viel Ähnlichkeit mit der traditionellen Rolle des Doktors in der krankheits-zentrierten Medizin hat, besonders in der diagnostischen Periode. Höchstwahrscheinlich hat diese Ähnlichkeit wesentlich zu den Schwierigkeiten beigetragen, die einige unserer Seminarteilnehmer hatten, nämlich einzusehen, daß ihre altgewohnte Funktionsweise revidiert werden müsse. Diese traditionelle Funktionsweise gibt dem Arzt das sichere Gefühl der Überlegenheit; er hat das größere Wissen, an ihn wendet sich der Patient mit Hoffnung und Vertrauen, und er kann durch den Erfolg seiner diagnostischen Kunst beweisen, daß das Vertrauen in sein überlegenes Wissen und Können gerechtfertigt ist. Wenn wir die diagnostische Phase von diesem Gesichtspunkt her betrachten, dann ist jeder Hinweis, den man unter einem umgedrehten Stein ent-

deckt, für beide Partner in der Arzt-Patient-Beziehung ein befriedigendes und beruhigendes Erlebnis.

Auf alle solche befriedigenden Erlebnisse mußten wir bei unserer neuen Technik verzichten. Jetzt erwartete man vom Arzt nicht mehr die Lösung aufregender Rätsel und Probleme, sondern ein so genaues „Sich-Einstimmen“ auf die Wellenlänge der Mitteilungen des Patienten, daß er möglichst fehlerfrei darauf antworten konnte. Damit Arzt und Patient ohne die Gefahr von Mißverständnissen miteinander sprechen können, muß dieser Zustand des „Eingestimmtseins“ für die ganze Dauer des Interviews festgehalten werden. In anderer Weise kann man dieses Erlebnis, daß es zwischen zwei Personen plötzlich „klappt“, auch als das Erlebnis einer aufblitzenden Erleuchtung, eines „Flash“ beschreiben. Wir fanden, daß dieser „Flash“ sowohl im Patienten wie im Arzt aufblitzen konnte, sogar bei beiden zugleich, was sich therapeutisch als besonders günstig herausstellte.

Man könnte diese Technik auch dadurch beschreiben, daß man sie der alten Methode gegenüberstellt. In jener hatte der Arzt das Privileg und die Verpflichtung zu verstehen, „was der Patient ihm mitzuteilen versuchte“, alle Auslassungen und Verzerrungen in dieser Mitteilung zu erkennen, sie mit Hilfe seiner Kenntnisse fehlerfrei aufzulösen und es dem Patienten durch sein Geschick zu ermöglichen, die richtigen Einfälle zu produzieren, die dann ihrerseits bewiesen, daß seine — des Arztes — Lösungen im großen und ganzen richtig waren. Hier spielt also der Arzt die Rolle des Führers, des Überlegenen. In der neuen Technik ist es die Rolle des Therapeuten, „sich einzustimmen“, dem Patienten die Führung zu überlassen, ihm zu erlauben, den Therapeuten zu brauchen, sogar ihn zu benutzen. Das ist entschieden eine weniger glanzvolle, eine viel bescheidenere Rolle.

Ich fürchte, daß diese vielen Metaphern mit ihrer etwas poetischen Atmosphäre den Leser mißtrauisch machen und ihn verwirren werden, statt ihm zu helfen. Die Schwierigkeit liegt für mich darin, daß ich Erfahrungen aus der therapeutischen Beziehung zu beschreiben habe, die vielleicht den meisten Analytikern fremd sind. Darum sei mir gestattet, hier die Diskussion zu unterbrechen und einen unserer Fälle vorzustellen, den wir während zwei Jahren katamnestisch verfolgt haben. Danach will ich die Diskussion wieder aufnehmen, die sich dann auf klinisches Material stützen kann.

Bei diesem Fall handelte es sich zu Anfang um einen einzelnen Menschen; es stellte sich bald heraus, daß es in Wirklichkeit um eine ganze Familie ging. Das Mitglied dieser Familie, Fräulein O., ließ sich 1967 nach dem Tod ihres früheren Arztes auf die

Patientenliste von Dr. C. setzen. Sie war damals 68, ledig, eine pensionierte Angestellte. Sie bewohnte eine eigene Etage im Haus ihres Bruders. Dieser war etwa ein Jahr jünger und hatte spät eine Frau ungefähr seines Alters geheiratet. Eine weitere selbständige Wohnung im selben Haus gehörte Fräulein C., ebenfalls eine unverheiratete Frau in den Fünfzigern, eine Freundin von Fräulein O. Die beiden verbrachten den größten Teil ihrer Zeit zusammen. Diese drei Personen standen schon seit vielen Jahren auf der Liste von Dr. C. Eine weitere wichtige Einzelheit: als Fräulein O.'s Mutter hoch in den Neunzigern ernstlich erkrankte, bestand Fräulein O. darauf, sie zu sich in ihre Wohnung zu nehmen, wo sie sie bis zu ihrem Tode mit großer Hingabe pflegte. Da auch die Mutter eine Patientin unseres Arztes gewesen war, kannte er Fräulein O. recht gut. Er wußte z. B., daß sie sehr freundlich war, sich an kirchlicher Arbeit beteiligte, gern half, wenn jemand in Schwierigkeiten war, daß sie aber Grausamkeit und Gewalt scheußlich und empörend fand.

Als Fräulein O. in der Sprechstunde erschien, klagte sie über vielerlei Beschwerden, aus denen der Arzt erst nicht recht klug wurde, die sich aber schließlich auf eine chronische Überdosis von Diamox zurückführen ließen, ein starkes Mittel gegen Glaukom, das der Patientin von einem Facharzt verschrieben worden war. Als dieses Mittel abgesetzt wurde, verschwanden alle Symptome. Der Arzt fand bald heraus, daß die Patientin früher noch von zwei anderen Fachärzten behandelt worden war, woraus er den Schluß zog, Fräulein O. sei wahrscheinlich bezüglich ihrer Gesundheit etwas überängstlich. Dann geschah eine Zeitlang nichts Besonderes, Fräulein O. sah ihren Arzt in Abständen von 6—8 Wochen.

Die Krankengeschichten der anderen Familienmitglieder waren vergleichsweise recht belanglos. Herr O. sieht, wie seine Schwester, für sein Alter sehr gut aus, ist gut in-stand und immer gut angezogen. Er hatte nur leichtere Krankheiten wie Bronchitis gehabt; eigentlich war er kaum je krank. Seine Frau dagegen sieht viel älter aus und hat Herzbeschwerden. Das letzte Glied dieser Gesellschaft, Fräulein C., ist ein etwas gespanntes und ängstliches Fräulein, dem es, von gelegentlichen Erkältungen abgesehen, im allgemeinen gut geht. Fräulein C. kennt natürlich die ganze Familie O. sehr genau.

Im Sommer 1968 erschien Fräulein O. wieder, klagte über Wetterempfindlichkeit, schlechten Schlaf und gelegentlichen Schwindel. Nachdem Dr. C. sie körperlich gründlich untersucht hatte, stellte er die traditionelle Diagnose: Ängstlichkeit und Depression.

Dr. C. wußte zwar, daß sie, wie auch ihre Mutter, von Kindheit an und besonders an Wochenenden unter migräneartigem Kopfweh litt, das ihr oft die Freude am Leben verdarb. Bis zu dieser Besprechung hatte er aber nie versucht, tiefer in mögliche persönliche Probleme von Fräulein O. einzudringen. Da ihm die Gelegenheit jetzt günstig erschien, fragte er sie, was sie ihm von sich selbst erzählen könne. Erst sagte sie „nichts“, dann aber kam nach und nach heraus, daß sie früher oft krank gewesen sei, daß sie Angst habe vor Gewalttätigkeit und auch davor, anderen zur Last zu fallen, daß sie und Fräulein C. eng befreundet seien, daß sie auch mit ihrem Bruder gut gestanden habe, bis sie ihre Mutter zu sich nahm; da sei der Bruder eifersüchtig auf das enge Verhältnis der beiden Frauen geworden. Hier versuchte der Arzt noch einen Schritt weiter zu gehen und fragte, ob sich für sie durch die Heirat des Bruders etwas geändert habe, worauf sie eine ausweichende Antwort gab. Statt weiter zu drängen, bemerkte Dr. C., offenbar liege Fräulein O. viel daran, einen ausgeglichenen Eindruck zu machen. Darauf entspannte sie sich, sichtlich erleichtert, was dem Arzt die Bemerkung möglich machte, ihr schlechter Schlaf komme zum Teil vielleicht daher, daß sie nicht gern allein schlafe. Im Moment protestierte sie zwar nicht, aber er merkte, daß jeder Versuch, mehr aus ihr herauszubekommen, ernstliche Widerstände hervorrufen würde. Er hatte das Gefühl, daß er und die Patientin bei diesem Gespräch „eine andere Ebene“ erreicht hätten und daß das von beiden wortlos erkannt worden sei.

Darf ich wiederholen, daß jeder einmal vorgetragene Fall als Forschungsfall betrachtet wurde, über den systematisch in Abständen von 12—18 Monaten katamnestisch berichtet wurde. Wir hatten uns von Anfang an zum Grundsatz gemacht, daß eine Katamnese nur dann irgendeine Vorstellung bestätigen oder widerlegen könne, wenn in der Initialphase ganz bestimmte Vorhersagen gemacht worden waren. Diesem Grundsatz entsprechend wurde also jeder Arzt aufgefordert, in seinem Initialbericht, der mitstenographiert und dann ausgeschrieben wurde, ausdrücklich aufzustellen: 1) für jeden Fall zwei Diagnosen, eine traditionelle und eine umfassende, 2) seinen therapeutischen Plan für jede der beiden Diagnosen und 3) seine Vorhersagen für beide.

Die traditionelle Diagnose im Fall von Fräulein O. war: Migräne, allgemeine Spannung, Schlaflosigkeit. Die umfassende Diagnose war: (1) intensive Bindung an die Familie, die Pflicht, für andere zu sorgen; (2) Angst vor Grausamkeit und Gewalttätigkeit; (3) Verschllossenheit hinsichtlich des eigenen Gefühls- und Sexuallebens, möglicherweise nur schwache heterosexuelle, aber gelegentlich mehr oder weniger bewußte homosexuelle Bedürfnisse; (4) Spannung zwischen Bruder und Schwester, vielleicht aus Eifersucht: (a) auf die Mutter, (b) auf die Schwägerin, (c) auf Fräulein C.

Der Arzt fügte hinzu, er habe einige Schlafmittel und Tonica verschrieben, weil er merkte, daß die Patientin erwartete, von ihm etwas gegen die vorgebrachten Beschwerden — die traditionelle Diagnose — zu bekommen. Nach der umfassenden Diagnose dagegen bestand die Behandlung darin, der Patientin zu zeigen: (a) daß es zwischen ihnen nicht nötig sei, eine körperliche Krankheit vorzuschieben, wenn sie seine Hilfe brauche, und (b) daß er sich einigermaßen vorstellen könne, mit welchen Problemen die Patientin kämpfe, daß er aber keine Eile habe und sie nicht drängen wolle, gerade jetzt darüber zu sprechen. Sein Plan für die Zukunft war, mit der Patientin zusammen herauszufinden, wie weit es für sie möglich — und notwendig — sei, über ihre intimen Probleme zu sprechen.

Die erste Reaktion von Fräulein O. war sehr ermutigend. Sie traf mit Dr. C. eine Vereinbarung für die folgende Woche. Sie begann wiederum damit, daß sie in ihrer alten Art über einen neuen Migräneanfall klagte — vielleicht um zu prüfen, ob der Doktor es ernst gemeint habe. Als er einfach zuwartete, änderte sie ihr Vorgehen und fügte bei, daß die Migräneanfälle ihr das Leben verleiden; dann fing sie an, von der Angst zu sprechen, sie könnte irgend jemandem, ganz gleich wem, zur Last fallen. Sie müsse das Gefühl haben können, daß sie ihre Pflicht getan und niemanden gekränkt habe. Dann sagte sie: „Ich habe viel nachgedacht über das, was Sie von meiner Verschllossenheit sagten“, und fügte hinzu, sie habe tatsächlich bis jetzt nicht oft von sich selbst gesprochen. Es folgte eine von beiden tolerierte Pause, und dann sagte sie ganz unvermittelt: „Sie erinnern mich an meinen Vater“.

Dann kam eine lange Geschichte über ihren milden Vater und die strenge Mutter, die sich oft über ihn ärgerte und ihn schalt, worauf der Vater das Zimmer verlassen habe, meist aber wieder zurückgeschlichen kam und sanftmütig fragte: „Bist du immer noch böse auf mich?“ Der Arzt gab zu, er sei erst nicht sehr erfreut gewesen, daß man ihn für so sanftmütig und mild halten könnte, aber er sah ein, daß die Geschichte von Fräulein O. gar keine Kritik, sondern nur Zuneigung ausdrückte. Sie sprach dann von ihren Brüdern, die der Mutter ähnlich waren und die dafür sorgten, daß sie die Ecken abgeschliffen bekam. Dazu bemerkte Dr. C., diese Erlebnisse seien vielleicht der Grund, warum sie so viel besser mit Frauen auskomme als mit Männern. Sie dachte kurz nach und meinte dann, das könne richtig sein. Nach einiger Zeit fragte der Arzt,

ob im Haus eine gespannte Atmosphäre herrsche, ob sie etwa auf ihre Schwägerin eifersüchtig sei, und erfuhr dann, daß ganz im Gegenteil die Schwägerin eifersüchtig sei auf die enge Freundschaft zwischen den beiden alten Fräulein.

Auf unsere Frage berichtete Dr. C., daß er diesmal keine Medikamente zu verschreiben brauchte, obwohl die Patientin zu Anfang über Migräne geklagt hatte. Offenbar hatte die Patientin auch nichts erwartet, denn sie verließ ihn ganz zufriedengestellt.

Jetzt konnte der Arzt seine Vorhersagen präzisieren, nämlich: 1) Es ist anzunehmen, daß Fräulein O. die „neue Ebene“ in der Beziehung zu ihrem Arzt einhalten wird, vorausgesetzt 2) daß der Arzt sie nicht zu sehr zur Eile drängt; 3) wahrscheinlich wird sie ihm auch weiterhin verschiedene organische Krankheiten anbieten, aber 4) werden diese nicht allzuviel zu bedeuten haben, wieder vorausgesetzt, daß der Arzt sie zwar ernst nimmt, der Patientin aber nicht erlaubt, die „neue Ebene“ aufzugeben, d. h. in ihre absolute Verslossenheit zurückzufallen.

Es gehört, wie schon gesagt, als integrierender Bestandteil zu unserer Forschung, daß über die in unseren Seminaren besprochenen Fälle in regelmäßigen Abständen katamnestische Berichte vorgelegt werden müssen. Etwa elf Monate nach dem ersten Bericht über sie kam Fräulein O. wieder an die Reihe. In dieser Zeit hatte sie den Arzt viermal gesehen — sie pflegte ihn, wie ich schon erwähnte, alle 6—8 Wochen aufzusuchen. In der gleichen Zeitspanne erschien ihre Freundin, Fräulein C., doppelt sooft — was etwa dem Durchschnitt entspricht — und ihr Bruder viermal, während ihre Schwägerin sich überhaupt nicht zeigte.

Die Beziehung von Fräulein O. zu ihrem Arzt entwickelte sich gleichmäßig und ohne dramatische Krisen. Jedesmal bot sie ihm ein paar scheinbar organische Beschwerden an, und jedesmal schien sie es zu begrüßen, wenn kein organischer Befund vorlag. Sie hielt sich auf der „anderen Ebene“, sprach freier über sich selbst, aber immer war sie es, die bestimmte, wie weit sie gehen wollte. Zuerst gab sie zu, daß sie seit diesen Aussprachen etwas selbstsicherer geworden sei, vor allem dem Bruder gegenüber. Bei einem späteren Besuch fügte sie noch hinzu, daß sie früher nicht gegen ihren Bruder aufgekomen sei, der sich immer im Recht glaubte, auch wenn das meist nicht der Fall war; jetzt könne sie sich ihm gegenüber gut behaupten. Gewalt haßte und verabscheute sie noch immer, aber auch das war jetzt etwas weniger angsterregend. Dagegen war ihre Angst noch immer groß, sie könnte krank und anderen eine Last werden. All das wurde aber so vorgebracht, daß der Arzt es nicht verwenden konnte. Trotzdem suchte er weiter nach dem Einfluß eventueller häuslicher Spannungen, aber das schnitt sie kurz ab mit der Bemerkung, sie könne jetzt viel energischer sein, und es gebe keine Spannungen.

Merkwürdigerweise erzählte die Freundin, Fräulein C., aus heiterem Himmel dem Arzt ihrerseits ihre ganze Lebensgeschichte. Offensichtlich hatten die beiden Frauen miteinander besprochen, was zwischen Fräulein O. und Dr. C. vorgegangen war. Es ist anzunehmen, daß Fräulein C. auch eine solche Therapie wünschte, aber nur, wenn sie sicher sein konnte, daß der Arzt sie in Frieden lasse. Davon unabhängig bestätigte sie, daß sich Fräulein O. jetzt viel besser behaupten könne.

Der Bruder kam nur wegen einiger Unpäßlichkeiten wie Ohrensausen, leichter Bronchitis usw. in die Sprechstunde. Jedesmal erwähnte er, seine Schwester sei viel lebendiger geworden, und das gefalle ihm sehr.

In der nächsten katamnestischen Periode, 15 Monate nach der ersten Katamnese, wurde der Fall Fräulein O. wieder durchgesprochen. In der Zwischenzeit hatten Herr und Frau O. den Arzt überhaupt nicht aufgesucht, Fräulein O. war fünfmal bei ihm gewesen, Fräulein C. ebensooft.

Die Häufigkeit von Fräulein O.s Besuchen blieb in dieser katamnestischen Periode gleich, nämlich alle 3 Monate einmal. Sie klagte über Schlaflosigkeit, Influenza und anschließend daran über eine leichte Gastritis. Es kamen keine Klagen über Migräne, Erschöpfung oder andere Zeichen einer leichten Depression. Dr. C. hatte das Gefühl, die

Spannung habe beträchtlich nachgelassen, und er kehrte offenbar wieder zu seiner früheren Behandlungsweise zurück, da er der Patientin Beruhigungsmittel gegen ihre Schlaflosigkeit und ein Magnesiumpräparat gegen die Gastritis verschrieb. Vergessen wir nicht, daß er zwei Jahre vorher in seinem damals aufgestellten Behandlungsplan entschlossen war, wenn irgend möglich keine Medikamente zu geben.

Die Beziehung zu ihrem Bruder war offenbar auf einer neuen Ebene in Ordnung gekommen, denn er wurde überhaupt nicht erwähnt. Dagegen sprach Fräulein O. ein paarmal von Fräulein C., sie sei kratzbürstig und schwierig, besonders kurz vor den Ferien, die sie alle gemeinsam verbringen wollten. Nach den Ferien schienen sich die Dinge beruhigt zu haben, denn Fräulein O. berichtete, sie könne es jetzt ertragen, wenn Fräulein C. schwierig sei.

Fräulein C. kam während dieser Zeit fünfmal in die Sprechstunde, also entschieden häufiger als im Durchschnitt. Sie klagte über quälendes Hautjucken und andere störende kleinere Symptome. Sie bemühte sich, dem Arzt klarzumachen, daß sie ein schweres Leben habe und leide. Er ging darauf ein und versuchte dann, diese Gelegenheit zu benützen und auf ihre Lebensgeschichte zurückzukommen, die sie ihm ein Jahr zuvor unvermutet erzählt hatte, aber sie wich aus.

Hier muß noch eine weitere wichtige Einzelheit erwähnt werden. Die beiden Ärzte, Dr. C. und der Augenchirurg, hatten recht gut zusammengearbeitet; nach der Heilung der durch die Überdosierung von Diamox entstandenen Symptome hatten sie jedoch keinen Kontakt mehr miteinander. Dr. C. nahm an, daß Fräulein O., wie alle seine Glaukom-Patienten, weiter zu regelmäßigen Kontrollen zum Augenarzt gehe, nahm sich aber nicht die Mühe, Genaueres darüber in Erfahrung zu bringen. Etwa im Februar 1970 teilte ihm der Augenarzt mit, daß der Augendruck bei Fräulein O. ziemlich hoch sei und durch Medikamente nicht herabgesetzt werden könne und daß deshalb in einigen Wochen eine Iridektomie gemacht werden müsse. Die Operation verlief erfolgreich, der Druck ließ nach, und das Sehvermögen wurde etwas besser.

Was war hier geschehen? Ein eingeschüchtertes, ängstliches älteres Fräulein, das noch nie seine wahren Gefühle hatte ausdrücken können, wurde fähig, sich selber zu begegnen, Gefühle von Schuld und Scham teilweise einzusehen und bis zu einem gewissen Punkt sogar darüber zu sprechen. Dabei bedeuteten folgende Themen die größte Hilfe für sie: die Liebe zu ihrem sanften Vater, ihre Abneigung gegen die dominierende Mutter und die Brüder; ihr Abscheu vor heftigen Szenen auf der einen Seite und auf der anderen ihre Angst, schwach und von anderen abhängig zu werden; und endlich, daß sie nicht gern allein lebte. Das alles waren Geheimnisse, die höchstwahrscheinlich vorher nie irgend jemand erfahren hatte. Die Reaktion auf diese Enthüllungen war, daß die Patientin (a) den Arzt weniger oft aufsuchte, (b) daß sie weniger darauf bestand, organische Krankheiten anzubieten und (c) daß ihr unterwürfiges Verhalten einer entschieden realistischeren Selbstbehauptung Platz machte. Der Arzt versuchte noch ein paarmal, sie zum Weitersprechen zu veranlassen, aber sie ging nicht darauf ein. Darum beschloß er, es bei dem Erreichten bewenden zu lassen und nicht weiter zu drängen.

Die hier beschriebenen Resultate konnten in zwei Jahren erzielt werden. Fräulein O. brauchte den Arzt weniger häufig, nur noch etwa alle drei Monate einmal. Sie war imstande, mit ihrem Bruder Frieden zu schließen, ohne ihre neuerworbene Selbstsicherheit aufzugeben. Sie konnte sich jetzt über die Schwierigkeiten in der Beziehung zu Fräulein C. aussprechen und diese wahrscheinlich gerade dadurch besser ertragen. Die lebenslänglichen Migräneanfälle hatten ganz aufgehört, ebenso das Gefühl, überfordert zu sein, wie auch alle anderen Symptome einer leichten Depression.

Alles weist auf ein beträchtliches Nachlassen der Spannung bei Fräulein O. hin, eine Einzelheit ausgenommen: die Zunahme des Augendrucks, die eine Operation nötig machte. Ganz bestimmt wird man das Glaukom bald zu den psychosomatischen Krankheiten zählen, obschon bis jetzt noch kein völlig überzeugendes Beweismaterial

vorliegt. Aber selbst wenn man diesen Gedanken ablehnt, braucht uns das nicht zu erschüttern: eigentlich ist eine Iridektomie im Alter von 70 Jahren bei einem einfachen chronischen Glaukom etwas ganz Normales, vor allem wenn kein Diamox gegeben werden kann. Halten wir dagegen einen psychosomatischen Zustand für denkbar, so ist die Möglichkeit nicht völlig auszuschließen, daß die aus den anderen Lebensgebieten abgezogene Spannung in den Augen kumulierte. Wir wissen, daß Dr. C. sich nicht um einen engen Kontakt mit dem Chirurgen bemüht hatte und auch dann nichts unternahm, als ihm die bevorstehende Operation mitgeteilt wurde. Das ist aber kein ungewöhnlicher Vorgang zwischen praktischem Arzt und Facharzt, wenn sie sich schon lange kennen und einander vertrauen. Trotzdem müssen wir die Frage stellen, wie das auch im Seminar geschah, ob es einen Unterschied gemacht hätte, wenn Dr. C. mit dem Chirurgen zusammen die Veränderung des Augendrucks beobachtet hätte. Die Antwort kennen wir nicht, aber wir werden den Fall weiter verfolgen.

Das ist, trotz dieses einen Unsicherheitsfaktors, doch sicher ein erfreuliches Resultat, wenn man in Betracht zieht, daß die Patientin ein 70jähriges Fräulein ist, das nie zu irgendeinem Mann Kontakt gefunden hatte und schon seit Jahren im Ruhestand lebt. Dieses Resultat wurde in 2 Sitzungen von je 10—15 Minuten Dauer, also in etwa 30 Minuten erreicht. Selbst wenn man die 9 katamnestischen oder nachfolgenden Sitzungen dazuzählt, sind es im ganzen 11 Sitzungen zu 10—15 Minuten, so daß also die der Patientin gewidmete Zeit alles in allem weniger als 3 Stunden ausmacht. Ich kann hinzufügen, daß wir etwa 40 ähnliche Fälle haben, die ebenso protokolliert und katamnestisch weiter verfolgt wurden. Also sind diese Resultate nicht zufällig, sondern man kann sie mit ziemlicher Sicherheit anpeilen und auch erreichen. Was aber auch wieder nicht heißt, daß diese Art Therapie jederzeit und bei allen Patienten gemacht werden kann. Vergessen wir nicht, daß unsere Fälle insofern nicht repräsentativ sind, als die Ärzte aufgefordert wurden, nur über jene Fälle zu berichten, bei denen sie etwas erreicht zu haben glaubten. Wir geben auch offen zu, daß sogar unter diesen ausgewählten Fällen eine Anzahl von Fehlschlägen zu verzeichnen war. Trotzdem dürfen wir wohl sagen, daß unsere Technik sich in manchen Fällen bewährt hat. Die von Dr. C. angewendete Methode ist eine gute Illustration für das, was wir einen „Flash“ nennen, für die Technik, dem Patienten die Führung zu überlassen, sich von ihm gebrauchen zu lassen. Bei Fräulein O. gab es nicht viel „Detektiv“-Arbeit: die vier Fragen, die Dr. C. stellte, brachten kaum brauchbares Material zum Vorschein. Das gilt besonders für seine wiederholten Erkundigungen, ob Fräulein O. vielleicht auf ihre Schwägerin eifersüchtig sei — eine gute Illustration für unser Prinzip: wer Fragen stellt, bekommt Antworten, aber kaum etwas anderes. Ein paar Male, wirklich nur sehr selten, wurden Deutungen gegeben: zuerst die unerwartete Bemerkung, Fräulein O. habe nicht viel von sich selbst erzählt, die Erfolg hatte; dann jene andere, daß Fräulein O. unglücklich

sei, weil sie allein schlafen müsse, von der schwer zu sagen ist, ob sie eine Wirkung hatte.

Soweit man sehen kann, bestand die Therapie hauptsächlich darin, sich auf die Patientin „einzustimmen“, ihre Mitteilungen zu verstehen und so zu beantworten, daß sie sich verstanden fühlen konnte. Das geschah natürlich zum großen Teil durch sprachliche Kommunikation, aber in diesem gegenseitigen Sich-Mitteilen und Verstehen spielte die gewöhnliche Bedeutung der Worte nur eine untergeordnete Rolle. Man könnte sagen, es sei beinahe ebenso wichtig gewesen zu verstehen, was Fräulein O. nicht in Worten ausdrückte wie was sie tatsächlich sagte. Und selbstverständlich gilt dasselbe auch für die Kommunikationen des Arztes. Damit konnte die „andere Ebene“ erreicht und, auf jeden Fall in den beiden katamnestisch kontrollierten Jahren, auch eingehalten werden, ohne daß einer der beiden Partner auch nur ein Wort darüber verlor.

Neben dieser verbalen-averbalen Kommunikation wurde nicht viel nach der Psychopathologie der Patientin gefragt. Daß die beiden alten Fräulein eng befreundet waren, ist so ziemlich alles, was man weiß. Themen wie Fixierung an die Mutter, manifeste oder latente Homosexualität usw. wurden nicht berührt, nicht einmal angedeutet. Auch nach Zusammenhängen zwischen ihrer Angst vor Gewalttätigkeit und der Möglichkeit, daß sie selber leidenschaftlich sein und heftige Triebwünsche haben könnte, wurde überhaupt nicht gefragt. Und doch konnte trotz dieses Mangels an Daten eine wirkliche Behandlung anvisiert und durchgeführt werden.

Wir geben zu, daß die Planung und Durchführung einer solchen Therapie ohne richtige Grundlage gewisse, nicht zu leugnende Gefahren mit sich bringt. Die erste Gruppe von Gefahren liegt darin, daß unsere neue Technik vom Arzt eine sehr weitgehende Identifizierung mit dem Patienten verlangt. Offensichtlich gelingt ein so feines „Einstimmen“, daß es zu einem „Flash“ kommen kann, nur, wenn der Arzt zu dieser weitgehenden Identifikation fähig ist. Wir Analytiker wissen, welche Hilfe dies bei der Behandlung eines schwierigen Falles sein kann. Wir wissen aber auch, daß eine solche Identifikation bei gewissen Patienten zu äußerst gefährlichen Entwicklungen in der Arzt-Patient-Beziehung führen kann. Da der Patient die Beziehung bestimmt, kann es — um nur ein Beispiel einer solchen unerwünschten und gefährlichen Entwicklung zu geben — zu einem unbewußten und darum unkontrollierten Hand-in-Hand-Spielen kommen, das zuletzt fast wie eine echte folie à deux aussieht. Ähnliche Entwicklungen sind bekanntlich von den Kleinianern unter dem Titel „projektive Identifikation“ untersucht worden.

Nach allgemeiner Übereinkunft bildet eine erfolgreich abgeschlossene Lehranalyse für den Analytiker den besten Schutz gegen diese Gefahren. Da das damals bei keinem der Ärzte des Forschungsteams der Fall war, mußten wir damit rechnen, daß ihnen in dieser Richtung leicht Fehler unterlaufen könnten. Die Angst, vom Patienten mit Beschlag belegt oder manipuliert zu werden, spukt in den Köpfen der meisten praktischen Ärzte, und deshalb verfielen wir wahrscheinlich in den entgegengesetzten Fehler und waren allzu vorsichtig. Wie der Fall Fräulein O. zeigt, ließ Dr. C. sich von seiner Patientin recht gut führen, aber nur bis zu einem gewissen Punkt. Seine Identifikation mit ihr war in der ersten katamnestischen Periode ausgezeichnet, in der zweiten war sie weniger intensiv und weniger tragfähig; das läßt sich vielleicht daran ablesen, daß er in der zweiten Periode wieder dazu überging, Medikamente zu verschreiben. Eine ähnlich vorsichtige Haltung kam auch in anderen, von anderen Ärzten vorgetragenen Fällen deutlich zum Ausdruck. Dies bringt mich auf ein für unsere Forschung wichtiges Problem, das wir gegenwärtig zu studieren beginnen: wie soll es nach einem echten, erfolgreichen „Flash“ weitergehen? Soll der Arzt in den folgenden Sitzungen auf weitere „Flash“-Erlebnisse hoffen oder genügt es, wenn er in späteren Interviews wieder auf die Rolle des „Detektivs“ oder auf irgendeine Art Fokaltechnik zurückgreift, — besonders wenn es zu keiner weiteren „Erleuchtung“ kommt? Oder aber soll er es als Zeichen nehmen, daß er sich für den Moment gedulden müsse und nichts Entscheidendes zu tun versuchen sollte, wenn er im nächsten Interview keine „Erleuchtung“ hat? Diese und viele andere Fragen werden zur Zeit studiert, und da wir noch keine Antwort darauf haben, müssen wir um Geduld bitten.

Kehren wir jetzt wieder zu der Frage zurück, was wir Psychoanalytiker aus diesen Beobachtungen und Erfahrungen lernen können. Beginnen wir mit dem, was wir schon wissen, daß nämlich Übertragung überall mitspielt. Fräulein O. sagte ihrem Arzt, daß er sie an ihren Vater erinnere, wozu ich bemerken möchte, daß Dr. C. noch nicht fünfzig Jahre alt ist, während Fräulein O. bald siebzig wird. Natürlich war das keine intellektuelle Feststellung einer gewissen Ähnlichkeit, sondern eine hochgradig gefühlsbetonte Mitteilung — ein echtes Übertragungsphänomen also. Uns interessiert dabei wohl am meisten, daß Dr. C. nach einigen Gewissensbedenken imstande war, mit dieser Übertragungssituation fertig zu werden: er verstand sie und wertete die in ihr liegenden therapeutischen Möglichkeiten sehr geschickt aus, ohne ein Wort darüber zu verlieren. Das beweist, daß auch jemand ohne eigene Analyse durch ein

richtiges Training lernen kann, einfachere Übertragungssituationen zu verstehen und für die Therapie nutzbar zu machen. Daß all dies ohne jede Schwierigkeit vor sich ging, obwohl der Arzt Fräulein O. kurz vorher körperlich untersucht hatte, ist ein weiteres wichtiges Detail. Ich habe schon verschiedentlich darauf hingewiesen, daß einige der in der psychoanalytischen Situation wohlerprobten Grundsätze für jede neue Art der Behandlung überprüft werden müssen.

Ich möchte nun noch etwas zu der Ähnlichkeit von Winnicotts diagnostisch-therapeutischen Interviews mit unseren Techniken bemerken. Natürlich kannten unsere beiden führenden Analytiker seinen Ansatz seit langem — wir hatten Winnicott Mitte der fünfziger Jahre sogar eingeladen, im *Focal Therapy Workshop* darüber zu sprechen —, und wir haben seine Entwicklung seither ständig verfolgt. So standen wir zwar unter dem Einfluß seiner Ideen, waren aber, als wir mit unserer Forschung begannen, durchaus nicht darauf gefaßt, daß unsere Erfahrungen uns in diese Richtung führen würden. Die Ähnlichkeit wird noch überraschender, wenn man bedenkt, daß Winnicotts Ansatz einen hochtrainierten und äußerst sensiblen Kinderanalytiker voraussetzt, während unsere Kollegen praktische Ärzte ohne spezielle analytische Schulung sind. Immerhin, die Ähnlichkeit ist da.

Wenn das Resultat der Therapie bei Fräulein O. auch annehmbar war und die Katamnese bestätigte, daß ihr Zustand nicht nur stabil blieb, sondern sich in den folgenden zwei Jahren noch besserte, so läßt es sich mit dem Resultat einer psychoanalytischen Behandlung doch nicht vergleichen. Die durch die Therapie angestrebte Veränderung läßt sich in unserer gewöhnlichen psychopathologischen Terminologie nur schwer beschreiben: durch eine richtige Deutung ein wenig Einsicht gewinnen, Widerstände durch gründliches Durcharbeiten überwinden, die Übertragung auf den Therapeuten verstehen und auflösen usw. usw. Zwar spielten alle diese und noch eine Reihe von anderen Vorgängen auch in unseren Fällen eine mehr oder minder große Rolle, aber wir können nicht mit Bestimmtheit angeben, welcher dieser Vorgänge einen wie großen Anteil am Resultat hatte. Unser theoretisches Verständnis der therapeutischen Prozesse bei einer Psychoanalyse ist alles andere als vollständig; trotzdem können wir sie manchmal Schritt für Schritt verfolgen und theoretisch das Endresultat als die Summe der verschiedenen Schritte verstehen. Für das Verständnis der therapeutischen Veränderungen bei einer Kurztherapie haben wir bis jetzt noch keine entsprechende theoretische Grundlage. Diese Theorie muß noch entwickelt werden.

Der andere wichtige Unterschied zwischen dieser Form der Therapie

und der Psychoanalyse ist jener Wandel der ganzen inneren Welt des Patienten, den nur die Psychoanalyse hervorbringt. Viele haben das zu beschreiben versucht — die einen mit trockenen wissenschaftlichen Feststellungen, andere in poetischen Metaphern —, restlos geglückt ist es noch keinem, und so schlage ich vor, es gar nicht erst zu versuchen. Sagen wir also bloß, daß Fräulein O. sich zwar änderte, daß ihre innere Welt aber keine tiefe Wandlung erfuhr.

Richtiges Bemessen der Zeit (timing) dagegen ist ein Faktor, der für die Psychoanalyse wie für unsere „Flash“-Technik gleich wesentlich ist. Wandlungen der Persönlichkeit kann man fördern, aber nicht beschleunigen; mit anderen Worten: jede Veränderung braucht ihre Zeit. Die Frage stellt sich jetzt: Muß diese Zeit unbedingt mit regelmäßigen psychoanalytischen oder psychotherapeutischen Sitzungen in 1—5 Wochenstunden ausgefüllt werden, und ist es sicher, daß dann immer und in jeder Sitzung nützliche Arbeit geleistet wird? Wir haben einigen Grund anzunehmen, daß das *nicht* unbedingt so ist. Darf ich hier an den Vorschlag von Alexander und French erinnern, die Anzahl und vielleicht auch die Länge der Sitzungen je nach dem Gang der Analyse zu variieren? Dieser Vorschlag wurde abgelehnt, meiner Meinung nach mit Recht. Wenn ich ihre Arbeit richtig verstehe, wollten sie den Entscheid dem Analytiker überlassen, was diesem eine Art wohlwollender Allmacht verliehen hätte. Wir dagegen schlagen vor, der Therapeut solle dem Patienten die Führung überlassen, indem er ihm erlaubt, zu kommen, wann er will — was sich zugegebenermaßen in einer allgemeinärztlichen Praxis besser einrichten läßt als bei einem Analytiker. Dasselbe gilt in gewisser Weise auch für unsere therapeutischen Pläne: Wir stellen sie auf und versuchen, unsere Arbeit nach ihnen auszurichten, in der Erwartung, der Patient werde durch seine Einfälle, sein Verhalten und die Veränderungen in seiner Symptomatologie zeigen, daß wir mehr oder weniger richtig geplant hatten, wie z. B. im Fall von Fräulein O. Unsere psychoanalytische Technik ist in gewisser Weise eine Verbindung der „Flash“- und der „Detektiv“-Methode. Allgemein haben wir den beiden gegenüber eine verschiedene Einstellung: die „Flash“-Technik gilt als intuitiv, als ein Kunststück und deshalb nicht ganz zuverlässig; die „Detektiv“-Technik dagegen als prosaischer, wissenschaftlicher und darum zuverlässiger. Die Einstellung den therapeutischen Plänen gegenüber ist sehr ähnlich: Als korrekt und empfehlenswert gilt es, den Einfällen des Patienten zu folgen, wohin dies auch führe; einen Plan und ein Ziel zu haben, wird dagegen irgendwie als Fehler empfunden, als nicht ganz in Ordnung auf jeden Fall.

Diese stillschweigend übernommenen, aber nicht bewußt zugegebenen Haltungen sind einer sauberen und offenen Atmosphäre und damit unserer Theorie der Technik abträglich. Es gibt eine ganze Reihe in Ehren gehaltener, aber nicht ganz wahrer technischer Prinzipien, die wir offenbar aus diesem Grund keiner wirklich kritischen Überprüfung unterziehen mögen.

Unsere Versuche haben gezeigt, daß bestimmte Pläne mit genau umschriebenen Zielen, auf die konsequent hingearbeitet wird, nicht unbedingt zum Schaden der therapeutischen Resultate sein müssen. Im Gegenteil, in einer Reihe von Fällen hat dieses Vorgehen zu ganz akzeptablen Resultaten geführt, die einer kritischen Katamnese standhielten. Jetzt versuchen wir, unsere Techniken und die mit ihrer Hilfe erreichten Resultate so bis ins Einzelne zu beschreiben, daß ihre wechselseitigen Abhängigkeiten studiert und kritisiert werden können. Das kann für uns und damit auch für unsere Patienten nur nützlich sein.

Darüber hinaus habe ich noch zwei weitere Ziele im Sinn. Das eine ist, jenen Kollegen, die (wie wir) enttäuscht sind von der ausschließlichen Anwendung verschiedener Formen von verwässerter Psychoanalyse, wieder Mut zu machen, indem wir ihnen zeigen, daß andere Methoden möglich sind. Das zweite Ziel ist, eine neuerliche Überprüfung unserer eigenen psychoanalytischen Methoden in die Wege zu leiten. Das hieße natürlich, auf die Vorstellung einer standardisierten und deshalb korrekten und sakrosankten Methode verzichten — eine Vorstellung, an die nicht wenige unserer Kollegen fest glauben, zu welcher der einander scharf kritisierenden Gruppen unserer Vereinigung sie auch gehören mögen. Seltsamerweise scheint diese Tatsache, nämlich die Existenz solcher Gruppen, ihren Glauben an die über jeden Zweifel erhabene Richtigkeit der eigenen Methode nicht zu erschüttern.

Zum Schlusse noch eine Bemerkung zur Validierung. Unserer Erfahrung nach müssen für eine glaubwürdige Validierung zwei Bedingungen erfüllt sein: genügend exakte Vorhersagen und lange genug durchgeführte Katamnesen. Da es bei unseren Experimenten die Regel ist, daß ein Patient in der Behandlung desselben Arztes bleibt — wie es bei Fräulein O. der Fall war —, ist immer die Gefahr vorhanden, daß der Arzt den Patienten in der Richtung seiner Vorhersagen beeinflusst. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dieser Gefahr zu begegnen. Eine ist die Hoffnung, daß mit zunehmender Erfahrung unsere Vorhersagen präziser werden. Weder Dr. C. noch die Gruppe konnten z. B. vorhersagen, daß Fräulein O. sich ihrem Bruder gegenüber besser werde behaupten können, noch daß es ihr möglich sein werde, offen über ihren Ärger mit

ihrer Freundin zu sprechen. Diese Klasse von klinischen Beobachtungen behandelten wir im Anfang als interessante Nebenerscheinungen. Neuerdings aber richten wir unsere Aufmerksamkeit mehr und mehr auf die Veränderungen im Verhalten der verschiedenen Familienmitglieder in der Umwelt des Patienten zur Zeit der Behandlung oder Katamnese, und wir versuchen, diese als Folgen der Umstellungen im Patienten selbst zu verstehen. Wenn uns das gelingt, so müssen wir diese Veränderungen und die therapeutischen Fortschritte des Patienten in einem sinnvollen Zusammenhang sehen können, wie es bei Fräulein O. der Fall war. Wir nennen das den inneren Zusammenhang der beobachteten Daten. Das eröffnete unserem Denken eine neue Perspektive in Richtung einer experimentellen, multipersonalen Psychopathologie. Daß wir auf diesem Felde keine Pioniere sind, wissen wir; vor uns haben viele auf Gebieten wie der sogenannten Familienpsychiatrie oder der kommunalen psychischen Hygiene gearbeitet. Wir haben aber das Gefühl, daß in unserem Ansatz große Möglichkeiten liegen, ganz besonders für die Weiterentwicklung unserer Forschung selbst.

(Übersetzung: Johanna Bally, Zürich)