

G. Allert, R. W. Dahlbender, H. Thomä und H. Kächele

Behandlungstechnische und ethische Aspekte von Tonbandaufnahmen in der Psychotherapie

Zusammenfassung Obwohl Tonbandaufzeichnungen in der psychotherapeutischen Forschung und Praxis seit gut 60 Jahren eingesetzt werden, begegnen ihnen viele Psychotherapeuten und Psychoanalytiker bis heute mit Skepsis. Ausgehend von grundlegenden Überlegungen der Bedeutung des Tonbandes als „Drittem im Bunde“, werden an Hand von eindrucklichen praktischen Beispielen die behandlungstechnischen Implikationen von Tonbandaufzeichnungen und Transkripten ausführlich dargestellt und diskutiert. Zentrale ethische Aspekte werden hinsichtlich der unterschiedlichen Bedeutungskontexte reflektiert: 1. im Blick auf die dyadische Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut, 2. in psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungssituationen, insbesondere der Supervision, und 3. in psychotherapeutischer Forschung und Lehre. Als Fazit bleibt festzuhalten, dass Tonbandaufzeichnungen und deren anonymisierte Verschriftung uns in besonderer Weise ermöglichen, implizite Wahrnehmungsraster und erkenntnissteuernde Denkmodelle des Patienten, wie aber auch des Psychotherapeuten zu erkennen und zu untersuchen.

Schlüsselwörter: Tonbandaufzeichnungen – Transkripte, Behandlungstechnik – Ethik, Psychotherapie – Psychoanalyse: Aus- und Weiterbildung, Forschung, Praxis.

Technical and ethical aspects of tape-recordings in psychotherapy

Abstract Tape-recording is used in psychotherapeutic research and practice since about 60 years, but still many psychotherapists and psychoanalysts are very sceptic about this technique. Based on fundamental reflections about the meaning of tapes as the “third in alliance” the article demonstrates and discusses technical implications of audio-recordings and transcripts by using impressive clinical examples. Important ethical aspects of the different contexts of meaning are discussed: 1. regarding the dyadic relationship between patient and psychotherapist; 2. in psychotherapeutic training, especially in supervision and 3. in psychotherapeutic research and theory.

We conclude, that audio-recordings and anonymous transcripts enable us in a particular way to analyse and to investigate implicit axioms and referential frames of mind of the patient and of the psychotherapist.

Keywords: Tape-recording – transcripts, psychotherapeutic technique – ethics, psychotherapy – psychoanalysis: teaching and training, research, practice.

Enregistrements sonores en psychothérapie: aspects liés à la technique de traitement et à l'éthique

Résumé Ce fut probablement Earl Zinn, un psychanalyste de peu de renom, qui fut le premier thérapeute à utiliser (en 1938) un dictaphone pour enregistrer des séances. Concernant le développement de la discipline, les efforts systématiques entrepris par Carl Rogers ont eu plus d'influence; en 1942 il publia un premier article, important sur le plan méthodique, traitant de l'utilisation d'enregistrements. Dans ce sens, la thérapie centrée sur la personne fut la première méthode à établir un lien fécond entre formation et recherche.

Aujourd'hui, les enregistrements sonores sont l'un des aspects du contexte psychothérapeutique qui ont été examinés par de nombreuses études cliniques et empiriques. Notre expérience nous a montré que le

patient comme le psychothérapeute se font très vite à l'idée que des tiers pourraient prendre connaissance de leurs entretiens. Le magnétophone devient alors part du cadre qui – comme tous les éléments extérieurs de la situation psychanalytique – peut à tout moment exercer une influence dynamique et qui, donc, doit devenir objet de l'approche clinique.

Nous pensons qu'il peut s'avérer utile que dans le cadre du traitement, les patients soient mis au courant du sens de l'enregistrement, à savoir que le thérapeute est disposé à conférer avec des collègues. Il reste que nombre de thérapeutes ont encore tendance à utiliser un ton très critique, destructif même, ce qui explique pourquoi la majorité d'entre eux hésitent à

utiliser cet instrument – alors que plus que tout autre, il permet d'examiner le travail thérapeutique de manière critique et donc de l'améliorer.

En ce qui concerne les membres de notre profession, ils pourraient certainement tirer profit de travaux de recherche dans lesquels on aura examiné de manière précise (sur la base des bandes et de leur transcription) ce que les psychothérapeutes font et disent durant les séances et quelles sont les théories qui fondent leurs actes. Être confronté à son propre comportement thérapeutique peut contrer de manière positive des tendances à une sorte de présomption narcissique. Kubie (1958) donne un exemple typique du processus d'apprentissage déclenché par l'écoute d'un enregistrement dans le cadre d'une séance de supervision en psychiatrie. On repense alors aux fameuses paroles de Nietzsche : dans la lutte que mènent entre eux orgueil, action et mémoire, les voix fixées par l'enregistrement résonnent de manière telle que la vanité en est ébranlée et ne réussit plus à triompher de la mémoire.

Des extraits détaillés de différentes psychanalyses mettent en évidence les problèmes associés à la technique de traitement et leurs implications ; ils sont commentés à un niveau proche de la pratique. Nous nous contentons de citer les commentaires du thérapeute chargé de traiter la patiente Irma X. Il résume ses réactions comme suit :

« Avec le temps, le magnétophone et l'analyste – le couple imaginaire (de parents) – cessèrent d'être source de peur et devinrent évidence. En cours de traitement la patiente entrepris plusieurs tentatives pour briser les liens indissolubles entre analyste et magnétophone, pour leur retirer leur pouvoir et pour établir une plus grande symétrie entre elle et le thérapeute. Une fois, vers le début de la thérapie, elle demanda sur un ton de bravade si elle pouvait emporter le magnétophone chez elle, pour écouter l'enregistrement. Une autre fois elle se demanda à haute voix ce qui se passerait si elle insistait pour qu'on cesse d'enregistrer. L'analyste traita le magnétophone comme tous les autres paramètres du traitement. Il s'efforça continuellement de faciliter l'établissement d'un espace psychique dans lequel le magnétophone concret trouverait sa place. A ce niveau la patiente ne lui créa pas trop de problèmes et suivit la plupart du temps de bonne grâce. Ceci implique que l'espace analytique n'en fut pas menacé. Au contraire : certains processus de transfert en furent catalysés comme à travers un verre ardent. »

Einleitung

Vermutlich war es Earl Zinn, ein weithin unbekannt gebliebener Psychoanalytiker, der als erster Therapeut 1938 mit einem Diktaphon Aufzeichnungen von Sitzungen machte (vgl. Shakow, 1960). Bedeutsamer für die Entwicklung des Faches waren jedoch die systematischen Bemühungen Carl Rogers, der 1942 neben dem ersten Lehrbuch „Counseling and Psychotherapy“ den methodisch wichtigen Artikel: „The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic tech-

Les exemples cliniques montrent de manière impressionnante à quel point les enregistrements sonores peuvent influencer sur les peurs et les attentes des patients, mais aussi sur l'échelle des valeurs de l'analyste et sur ses propres attentes. Celui-ci est alors plus ouvert à un niveau personnel et manifeste une plus grande sensibilité ; il est aussi mieux disposé à exprimer ces éléments dans le cadre du discours thérapeutique et à y réfléchir dans le contexte de la situation de transfert et de contre-transfert. D'autre part, des questions d'ordre éthique se posent alors à un niveau fondamental, concernant la relation thérapeutique d'un côté, mais aussi les points auxquels traitement, formation du thérapeute, enseignement et recherche se fécondent mutuellement.

C'est pourquoi la dernière partie de l'ouvrage présente une réflexion sur les aspects éthiques qui jouent un rôle central à différents niveaux : 1) celui de la relation dyadique liant patient et psychothérapeute ; 2) celui de la formation et de la formation permanente, de la supervision en particulier et 3) celui de la recherche et de l'enseignement en psychothérapie.

En guise de conclusion nous nous permettons de constater que les premières démarches entreprises par des pionniers il y a déjà plus de cinquante ans ont montré que l'utilisation d'enregistrements sonores apporte un gain important au niveau de la pratique comme à celui de la recherche. Si elle est pratiquée de manière responsable et avec la sensibilité requise, elle permet de fournir plus grande transparence au discours analytique et à la pratique clinique. Elle fournit en outre une possibilité de discerner les énoncés du thérapeute de manière plus complète et moins marquée de préjugés, ce qui permet à celui-ci d'examiner de plus près et de progressivement mieux comprendre les schémas de perception et les modèles épistémologiques qui, implicitement, le guident. Ceci ne devrait pourtant pas nous faire oublier que ni la bande magnétique ni sa transcription ne permettent de saisir toutes les dimensions du dialogue thérapeutique : fantasmes, hypothèses psychodynamiques, systèmes de valeurs, communication et schémas non-verbaux d'interaction ne sont pas enregistrés, alors même qu'ils contribuent beaucoup à l'évolution du processus thérapeutique. Seule l'analyse réflexive du vécu direct de la relation thérapeutique permet d'en tirer des éléments fructueux.

niques“ veröffentlichte. Damit etablierte die Klientenzentrierte Therapie als erste Psychotherapie-Methode das fruchtbare Junktim von Ausbildung und Forschung.

Heute gehören Tonbandaufzeichnungen zu jenen psychotherapeutischen Randbedingungen, die in zahlreichen klinischen wie auch empirischen Studien untersucht wurden (s. Cohen und Cohen, 1961; Ruberg, 1981; Kächele et al., 1988). Die grundlegenden Erörterungen zu Tonbandaufzeichnungen im 2. Band des Ulmer Lehrbuches werden hier aufgegriffen und ergänzt (vgl. Thomä und Kächele, 1985/1988).

Unsere diesbezüglichen Ergebnisse sprechen dafür, dass die Bedeutung dieser Einflussgröße – wie dies auch für andere Randbedingungen gilt – in ihrer jeweiligen Ausprägung erkannt und in therapeutisch fruchtbarer Weise bearbeitet werden kann. Oft werden bestimmte Probleme sogar rascher aktualisiert, so dass die Projektion von Bedeutungsinhalten auf das Tonband zum Ausgangspunkt hilfreicher therapeutischer Entwicklungen werden kann. Dennoch gibt es in der psychotherapeutischen Profession heute noch nachhaltige und weitreichende Vorbehalte gegen Tonbandaufnahmen.

Das Tonband als Dritter im Bunde

Erfahrungsgemäß gewöhnen sich beide Beteiligten an die Vorstellung, dass sich möglicherweise Dritte mit ihrem Gespräch befassen. Die Tonbandaufnahme wird dann Teil des stillen Hintergrunds, der – wie alle Äußerlichkeiten der psychoanalytischen Situation – jederzeit dynamisch wirksam werden kann und dann auch zum Gegenstand der klinischen Arbeit werden muss. Auch das im Hintergrund laufende Gerät sowie das unauffällige und doch sichtbare Mikrofon erinnern durch ihre faktische Präsenz daran, dass der Patient wie auch der Therapeut nicht allein auf der Welt sind. Es ist gut zu wissen, dass die therapeutische Dyade in einem triadischen Kontext konzeptionalisiert werden muss. Die Maxime, verhalte Dich immer so, dass ein Dritter dabei sein könnte, gilt sowohl für Patient wie für Therapeut. Das Tonband ist eine Konkretisierung dieser grundlegenden behandlungstechnischen Maxime. Es stellt nichts grundsätzlich Neues dar, denn die Möglichkeit, dass der Patient jederzeit über therapeutische Abläufe mit Dritten spricht, sollte auch beim Therapeuten mitlaufender Kontext sein. Die ausgiebige Literatur über Missbrauch durch Therapeuten spricht leider eine andere Sprache (vgl. Bachmann und Böker, 1994). Ob der Einsatz von „technischen Dritten“, wie Tonband- oder Videoaufzeichnung, hier eine Verbesserung schaffen könnte, wollen wir der Beurteilung des Lesers überlassen.

Die notwendige Diskussion über Anonymisierung und Chiffrierung führt zu zentralen therapeutischen Aufgaben (Sternberg et al., 1958). Sie werden zum Thema gemeinsamen Nachdenkens, auch wenn die zugesicherte Vertraulichkeit und die Tilgung aller genannter Namen basale Voraussetzungen für die Einführung dieses Hilfsmittels sind. Dieser Schutz gilt freilich nur für den Patienten. Trotz Tilgung des Namens des behandelnden Therapeuten in Tonbandtranskripten spricht sich in der Berufsgemeinschaft herum, wer diese oder jene im Detail wiedergegebene Behandlung durchgeführt hat. Der persönliche Sprachstil und das analytische Denken und Handeln sind in den Dialogen, die wir veröffentlicht haben, für Fachkollegen erkennbar. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist der in den USA viel diskutierte Analysefall von Mrs. C, deren Analytiker allen Therapieforschern wohl bekannt ist und dessen Name trotzdem nicht öffentlich erwähnt wird.

Es kann unseres Erachtens durchaus nützlich sein, wenn Patienten in den Therapien den Zweck der Ton-

bandaufnahme erfahren, nämlich dass der Therapeut bereit ist, sich mit seinen Kollegen zu beraten. Es gibt allerdings oft unter Therapeuten einen überkritischen, destruktiven Diskussionsstil, der es nur zu verständlich macht, dass die Majorität noch zögert, sich dieses Hilfsmittels zu bedienen. Dies, obwohl es wie kein anderes, durch kritische Reflexion das therapeutische Handeln verbessern könnte.

Selbstverständlich hat ein Therapeut nicht nur ein Recht auf persönliche Freiheit, sondern auch darauf, sich innerhalb des Wertesystems der Berufsgemeinschaft seinen professionellen Raum nach eigenem Ermessen zu gestalten. Wahrscheinlich erleichtert es eine Mischung verschiedener Charaktereigenschaften, die sich mit wissenschaftlicher Neugierde und Fortschrittsglauben paaren müssen, sich weitgehend ungeschützter professioneller Selbstenthüllung auszusetzen (vgl. Meyer, 1962). Wir haben jedenfalls aus der Not eine Tugend gemacht, und wir schreiben der Einführung von Tonbandaufnahmen sogar eine kurative Funktion in mehrfacher Hinsicht zu. Der einzelne Therapeut muss damit eine Bewährungsprobe seiner narzisstischen Regulationskompetenz bestehen und sollte dafür auch Anerkennung finden. Die Berufsgemeinschaft muss bei wissenschaftlichen Diskussionen nicht mehr ausschließlich von den Erzählungen des Therapeuten über den klinischen Behandlungsverlauf leben, sondern kann von authentischen Dialogen ausgehen. Dies dürfte indirekt auch dem jeweiligen Patienten zugute kommen.

Es liegt im Zuge der Zeit, dass manche Patienten sogar ihr eigenes Tonbandgerät mitbringen. Mit solchen Überraschungen zu rechnen ist ratsam. Da es zweifelsohne nützlich sein kann, wenn sich ein Patient erneut mit dem therapeutischen Dialog befasst, ist dieses Interesse besonders ernst zunehmen, auch wenn eine solche Aktion von der unbewussten Absicht motiviert sein sollte, im Falle eines Kunstfehlerprozesses gut gewappnet zu sein.

Ein *depressiver Berufsmusiker, Paul Y* (die Namensgebung verweist auf Thomä und Kächele, 1988), ist seit über einem Jahr bei einem nicht offiziell anerkannten Psychotherapeuten ohne nennenswerten Erfolg behandelt worden. Er wendet sich auf Empfehlung an die psychotherapeutische Ambulanz, nicht ohne erhebliche innere Ambivalenzen, ob ihm denn hier wirklich geholfen werden könnte. Er bringt zur dritten Stunde ein Cassettengerät mit. Die Zustimmung des Therapeuten quasi voraussetzend, befestigt er das Mikrofon an der Couchdecke und legt sich hin. Es sei für ihn eine große Hilfe, sich die Stunden nochmals anhören zu können. Er erinnere nach den Stunden immer nur wenige Einzelheiten. Der mit solchen Aktionen vertraute Therapeut blieb gelassen und denkt, die Zeit wird kommen, wenn er zusammen mit dem Patienten untersuchen können wird, wie es um dessen Gedächtnis bestellt ist. Dann wird sich zeigen, ob auch andere psychodynamische Möglichkeiten dieser Interaktion thematisierbar werden.

Ein anderer Patient, *Heinrich Y*, bringt ebenfalls nach wenigen Stunden ein Gerät mit, das er umständlich auf einem Stuhl neben der Couch plazierte. Seine Erklärung

ist, er wolle seiner Freundin einen Eindruck von unserer Arbeit vermitteln. Bald entdecken wir jedoch, dass das mitlaufende Tonband einen negativen Einfluss auf seine Mitteilungen ausübt: manches will und kann er nicht verlautbaren, besonders kritische Gefühle bezüglich seiner Freundin, z. B. hinsichtlich ihrer von ihm unerwünschten Schwangerschaft, die Teil der auslösenden Situation war. Mit dieser Einsicht beendet er seine Aufnahme. Die mit ihm getroffene Verabredung, zu wissenschaftlichen Zwecken die Behandlung aufnehmen zu dürfen, wird davon nicht tangiert.

Für die psychotherapeutische Berufsgemeinschaft dürfte es jedenfalls keineswegs von Schaden sein, wenn anhand von Originalaufnahmen und darauf basierenden Transkripten genauer untersucht wird, was Psychotherapeuten in Sitzungen tun und sagen und von welchen Theorien sie sich bei ihrem therapeutischen Handeln leiten lassen. Mit dem eigenen therapeutischen Verhalten konfrontiert zu werden, könnte eine heilsame Wirkung auf narzisstische Überheblichkeiten haben. Ein bezeichnendes Beispiel für den aufklärenden Prozess einer gemeinsam angehörten Tonbandaufnahme in einer psychiatrischen Supervision gibt Kubie 1958. Hier wurde in besonderer Weise das bekannte Wort Nietzsches demonstriert: Im Kampf zwischen Stolz, Tat und Gedächtnis bringen sich die auf dem Tonband festgehaltenen Stimmen so in Erinnerung, dass es der Stolz schwer hat, unerbittlich zu bleiben und über das Gedächtnis zu triumphieren.

Beim gegenwärtigen Erkenntnisstand über den Einfluss von Tonbandaufnahmen auf die psychotherapeutische Situation kann insgesamt durchaus ein positives Resümee gezogen werden. Dabei ist selbstverständlich stets neu zu reflektieren, dass jeweils beide Beteiligten davon betroffen sind, dass Dritte sich mit ihnen befassen, und dass ihre Spontaneität und Freiheit von diesem mitlaufenden Wissen berührt und moduliert wird.

Dies soll mit den beiden folgenden ausführlichen klinischen Beispielen weiter erörtert werden.

Zum subjektiven Erleben des Tonbandes

Frau Trude X suchte wegen einer depressiven Symptomatik im Rahmen einer Partnerproblematik nach psychotherapeutischer Hilfe. Patientin und Therapeut vereinbarten eine hochfrequente Analyse mit 4 Wochenstunden. Wie auch anderen Patienten, erläuterte der Therapeut der Patientin den Sinn und Zweck der Tonbandaufnahmen ungefähr mit folgenden Worten:

Ich möchte Sie bitten, sich mit der Tonbandprotokollierung der gesamten Therapie einverstanden zu erklären, und zwar aus verschiedenen Gründen. Zum einen bietet mir dies die Möglichkeit, mich von Zeit zu Zeit, oder in bestimmten Situationen, mit Kollegen über den Verlauf ihrer Behandlung zu beraten. Ich glaube, dass dies auch für Sie von Vorteil sein kann. Der andere Grund betrifft die Forschung, die wir hier an der Universität betreiben. Wir möchten gerne mehr über die Prozesse in einer Therapie lernen, die Patienten helfen, sich in dem von ihnen gewünschten Sinn zu verändern. Hierzu können Tonbandaufnahmen sehr hilfreich sein. Solange Sie aber bei mir in Behandlung sind, werde ich keinerlei Forschungen mit den Tonbändern durchführen. Ich weiß natürlich, dass es den

meisten Menschen nicht leicht fällt über sich zu sprechen, wenn ein Tonband mitläuft. Wann immer Sie bemerken, dass es Ihnen besonders schwer – oder auch besonders leicht fällt –, sollten wir in der Analyse ausführlich darüber sprechen, um die Gründe dafür möglichst gut zu verstehen.

Am Ende ihrer ca. 360-stündigen Psychoanalyse bat der Therapeut sie, ihm mitzuteilen, wie sie das Tonband während ihrer Analyse erlebt hatte und wie sie es im Nachhinein bewertet, dass ein Tonband mitgelaufen ist. Sie tat dies in schriftlicher Form:

In den ersten Wochen, bevor die Entscheidung fiel, wer die Therapie durchführen wird, war der Cassettenrecorder als „Dritter“ sehr störend für mich. Ich habe zwar zugestimmt, hatte dann aber ständig Angst, dass die Bänder allen Therapeuten vorgespielt werden und dass einer dann *freiwillig* sagt: „Die Frau nehme ich!“ Ich kam mir sehr ausgeliefert vor und hatte Angst, dass ich weitergereicht werde. Als die Sicherheit da war, dass ich „meinen“ Therapeuten hatte, habe ich das Band eine Zeit lang vergessen.

Frau Trude X nimmt hier Bezug auf eine Mitteilung des Therapeuten im Erstinterview. Dieser hatte ihr zu Beginn der Erstinterviewgespräche mitgeteilt, dass es im Gespräch zunächst darum gehe, zu verstehen, worunter sie leide, bevor eine Entscheidung über eine etwaige Therapie bzw. einen Therapeuten getroffen werde. Nach eingehender Information hatte sie der Tonbandaufnahme zugestimmt. Trotzdem sie daher eigentlich wissen konnte, dass ihre Befürchtungen nicht zutreffen, hatte sie doch große Ängste, eventuell bei „ihrem“ Therapeuten keine Therapie zu bekommen. Offensichtlich hegte sie (unabhängig, oder trotz, vielleicht sogar wegen des Tonbandes) bereits während des Erstinterviews intensive ödipale Bindungswünsche, die sich ihr durch das Tonband, das sich als störender Dritter zwischen sie und den Therapeuten schob, schamvoll offenbarten. Die von ihr wahrgenommene strukturelle Asymmetrie der Interviewsituation drehte sie in ihrer Fantasie um: Ihr (männlicher) Therapeut sollte sich freiwillig zu ihr bekennen, statt sie weiterzuerreichen. Im ödipalen Triumph konnte sie dann den störenden Dritten eine Weile vergessen.

Als ich dann aber in diese Phase kam, in der ich eine starke Abhängigkeit spürte, habe ich den Cassettenrecorder wieder als Kontrollinstrument wahrgenommen. Ich wollte alles richtig machen, fleißig sein, beweisen, dass ich die beste Patientin bin. Sie hatten ja mit den Bändern immer die Möglichkeit, mich zu kontrollieren.

In dieser klinisch sehr bedeutsamen und breit durchgearbeiteten Phase der intensivierten ödipalen Annäherung, spitzte das Tonband das Erleben der Patientin zu. In der Übertragung rivalisierte sie heftig mit anderen Therapiegeschwistern um die väterliche Gunst. Sie erlebte das Tonband als unbestechliches Kontrollinstrument des Therapeuten, dem sie sich bedingungslos unterwerfen musste. So hatte sie nie Wünsche geäußert, in irgendeiner Form an der Verfügungsgewalt über das Bandmaterial zu partizipieren und z. B. das Tonband einmal selber abzuhören. In ihrer Vorstellung war es fest mit dem Therapeuten verbunden, gleichsam zu einer seiner Eigenschaften geworden.

Danach kam wieder eine lange Zeit, wo es mir völlig egal war. Richtig schwierig wurde es jedoch für mich, als ich

erotische Wünsche und Fantasien Ihnen gegenüber hatte. Da habe ich mich doch oft noch stärker geschämt, als ich es zugegeben habe. Ich hatte manchmal die Vorstellung, dass wenn „Andere“ dies hören, dass sie sich dann krumm und buckelig lachen. Diese Vorstellung ist mir aber erst jetzt bewusst geworden. Ich habe mir vorher nie bewusst darüber Gedanken gemacht. Ich habe einfach akzeptiert, dass es notwendig ist, dass ein Band mitläuft. Ich war auch sehr „vernünftig“, denn Sie hatten durch das Band immer einen Zeugen. Im Grunde wäre ich gerne mit Ihnen alleine gewesen! Ja, heute finde ich es direkt schade, dass ich mit Ihnen eigentlich nie alleine war!

Die Patientin macht zunächst deutlich, dass dem Tonband nicht zu jeder Zeit in der Therapie eine besondere Bedeutung zukam. Mit dem Aufkeimen schambesetzter, erotischer Übertragungswünsche änderte sich dies eklatant. In dieser affektiv hochaufgeladenen Therapiephase repräsentiert das Tonband Verschiedenes: Zum einen eröffnet es voyeuristische Fantasien, in denen die Patientin fürchtet, wegen ihrer erotischen Wünsche an den Therapeuten verlacht und verspottet zu werden. Es ist aber auch mit einer moralischen Instanz verknüpft, welche die möglicherweise ausufernden Wünsche der Patientin auf ein vernünftiges Maß begrenzen. Mit bedauerndem Unterton stellt die Patientin im Nachhinein schließlich den durch die Präsenz des Tonbandes bedingten Verlust von Privatheit und fantasiierter Intimität fest.

In einem weiteren Beispiel wollen wir die Subtilität der interaktiven Dimension der Tonbandaufzeichnung aufweisen.

Patientin Irma X: Es handelt sich um eine Patientin, die nach einer abermals gescheiterten Partnerbeziehung mit einer depressiven Symptomatik in die Therapie kam. Erst sehr viel später eröffnete sie dem männlichen Therapeuten das ganze Ausmaß ihrer damaligen Verzweiflung: „Wenn die Therapie nicht hilft, kann ich mich ja immer noch umbringen!“ Nach über 250 Stunden einer hochfrequenten Psychoanalyse offenbarte sie einen sexuellen Missbrauch durch den häufig gewalttätigen Vater, der sich mit aktiver mütterlicher Unterstützung über die gesamte Pubertät erstreckte und von der Patientin schließlich mit einem Selbstmordversuch beendet wurde.

Das Tonband war in der Analyse mal mehr mal weniger präsent, teils von der Patientin thematisiert, teils vom Therapeuten. Nach mehr als 1000 Stunden bat der Therapeut die Patientin für diesen Beitrag ausdrücklich um ihre schriftliche Stellungnahme, wie sie die Tonbandaufnahmen während ihrer bisherigen Analyse erlebt hatte:

Ich weiß nicht so richtig, wie ich beginnen soll – am Anfang natürlich wo sonst. Das bedeutet zurück bis zu dem Augenblick, als ich mich dafür oder dagegen entscheiden musste. Aber eigentlich war da keine Entscheidung zu treffen – denn genau genommen wollte ich kein Tonband haben (und das wusste ich). Nur ‚nein‘ sagen konnte ich damals noch nicht; außerdem dachte ich, dass nur die Wünsche anderer Menschen eine Rolle spielen und meine nicht.

Hier lässt die Patientin uns bereits einen Teil ihrer neurotischen Beziehungsdynamik erahnen und zugleich problematisiert sie, dass ihrer formalen Zustimmung zur Tonbandaufnahme innere Hemmungen entgegenstanden, die sie am Therapiebeginn noch nicht

überwinden konnte: Sie konnte nicht „nein“ sagen, weil sie eigenen Wünschen zu diesem Zeitpunkt, ähnlich wie ihren eigenen Körper, „abgeschaltet“ hatte. Vor diesem Hintergrund konnte sie sich damals nicht gegen die Therapeutenwünsche behaupten. Froh, diesen therapeutischen Fortschritt zum Zeitpunkt der Niederschrift ihrer Gedanken endlich geschafft zu haben, fällt ihr innerer Kampf mit dem Tonband vielleicht doch etwas breiter aus, als ihre Ambivalenzen gegenüber dem Tonband dies im Übertragungsprozess deutlich machten.

Was hat das Tonband mit mir gemacht, wie hat es auf mich gewirkt? Es hat mich wütend gemacht und es war deprimierend – manchmal jedenfalls, wenn ich darüber nachgedacht habe, dass ich eine Niederlage erlitten habe, ohne überhaupt zu versuchen, meinen Wunsch zu realisieren. Es hat meine Unsicherheit, mein Unbehagen (die ja sowieso ziemlich stark vorhanden waren) sehr vergrößert. Mir war jede Sekunde bewusst, dass nicht nur Sie zuhören, sondern auch das Tonband. Sie und dieses Gerät waren eins; falsch, sie waren zu zweit und ich war allein. Und es hat Ihre Macht über mich vergrößert – es hat mich Ihnen noch mehr ausgeliefert als ich es sowieso schon war – dadurch, dass Sie sich das, was ich gesagt habe, so oft anhören konnten, wie Sie wollten; nichts konnte Ihnen entgehen. Sie hatten absolute Kontrolle über mich. Ich habe lange Zeit sehr gut darüber nachgedacht, was ich sage, wie ich es sage – ob ich es überhaupt sage (manches ließ ich auch wegen des Bandes zunächst einmal weg, nicht immer nur deswegen, weil es so schwer war, darüber zu reden). Meine Wortwahl war für das Band bestimmt; es war zumindest sehr oft so und nicht anders formuliert – nur keine Gefühle deutlich werden lassen, weder im Tonfall noch in Worten. Aber nicht nur das hat mich beschäftigt – es gab einige Dinge, die ich mich fragte: z. B. was geschieht mit diesen Bändern, wer – außer Ihnen – kann oder wird sie sich anhören? Wie gehen Sie damit um, verwahren sie sie sicher, oder liegen sie sorglos irgendwo herum? Fragen, die ich nicht stellte, weil sie mir die Anwesenheit des Tonbandes noch bewusster gemacht hätten.

In der von der Patientin möglichst geleugneten Anwesenheit des Tonbandes, das sich in ihrem Erleben fest mit dem Therapeuten zu einem Paar verband, kulminieren Niederlage und Sieg, Ohnmacht und Übermacht, Auflehnung und Kontrolle sowie Misstrauen und Vertrauen: Allesamt noch ungebrochen, klar geschieden zwischen ihr und dem Analytiker.

Ich habe das Tonband gehasst und gefürchtet bzw. nicht das Tonband als solches, sondern das, was es mit mir gemacht hat – nämlich das Gefühl von hilflosem Ausgeliefertsein verstärkt. Ich habe versucht, das zu verdrängen, indem ich so getan habe, als wäre es überhaupt nicht da (manchmal hat es funktioniert). Ab und zu gab es aber auch einen anderen Aspekt – wenn der Apparat gestreikt hat, sich einfach ausschaltete war das eine gute, herrliche Möglichkeit, mich davon aus dem Konzept bringen zu lassen und den Faden zu verlieren.

Hier beschreibt die Patientin, wie sie lange Zeit meist erfolglos versucht hat, das Tonband einfach zu ignorieren, um ihrem Gefühl des Ausgeliefertseins zu entgehen und ihren Hass zu vermeiden. Nur ab und an gab ihr das Streiken des Gerätes die Gelegenheit zum Triumph über den Analytiker. Vergnüglich nutzte sie jede Gelegenheit, sich dem kontrollierenden Zugriff ihres Therapeuten zu entziehen.

Inzwischen habe ich wirklich völlig vergessen, dass ein Band mitläuft – ich bin genauso unbefangen, als wäre es überhaupt nicht da – außer, wenn es mal nicht funktioniert und wir uns (oder ich mich) über die Tücken der Technik amüsieren. Aber bis dahin war ein weiter und schwieriger Weg. Ein Weg voller Unsicherheit, innerer Ablehnung, dem Gefühl, terrorisiert zu werden, fremdbestimmt, hilflos ausgeliefert zu sein – es zu hassen, weil es diese Gefühle wiederbelebte. Ganz allmählich fing ich an, nicht mehr innerlich dagegen zu rebellieren und ich kontrollierte nicht mehr jedes Wort und jede Gefühlsregung – ich begann, es nicht mehr nur mit dem Verstand zu akzeptieren. Bis hin zu einer unbefangenen Selbstverständlichkeit und schließlich zum Vergessen, weil es keine Rolle mehr spielt. Vielleicht ging dieser Weg irgendwie parallel mit der Entwicklung vom Misstrauen gegen Sie hin zum Vertrauen und dem Gefühl von Sicherheit.

Mit der Zeit verloren Tonband und Analytiker, das imaginäre (Eltern-) Paar, ihren Schrecken und wurden zu einer Selbstverständlichkeit. Seitens der Patientin gab es im bisherigen Behandlungsverlauf verschiedene Provokationen, das unzertrennliche Paar: Analytiker und Tonband aufzusprengen, es zu entmachten und mehr Symmetrie zwischen ihr und dem Therapeuten herzustellen. Einmal, zu einem früheren Zeitpunkt, fragte die Patientin provokativ, ob sie denn wohl das Tonband mit nach Hause nehmen könne, um es sich anzuhören. Ein anderes Mal theoretisierte sie über die Möglichkeit, was wohl geschehen würde, wenn sie darauf bestünde, dass das Tonband ausgeschaltet würde. Der Analytiker handhabte das Tonband genauso wie andere Parameter in der Behandlung auch. Er bemühte sich stets, einen psychischen Raum aufzuspannen, in dem auch das konkret anwesende Tonband Platz finden konnte. Die Patientin machte es ihm an dieser Stelle nicht sonderlich schwer und folgte ihm hierin meistens bereitwillig. Dies heißt jedoch auch, dass das Tonband den inneren Raum der Analyse nicht zu bedrohen vermochte. Im Gegenteil: manche Übertragungsprozesse wurden dadurch wie mit einem Brennglas auf den Punkt gebracht.

Unklar in dieser Analyse ist bislang der vom Therapeuten immer wieder ins Spiel gebrachte Punkt, dass das Tonband die Patientin auch schützt, weil es als unbestechlicher Zeuge anwesend ist. Mag sein, dass dies in früheren Zeiten der Analyse doch eine gewisse, vielleicht sogar eine größere Rolle spielte und von der Patientin in der Übertragung unbewusst als eine Art Schutz vor dem übergriffigen Vater erlebt wurde. In späteren Zeiten scheint dieses Argument für die Patientin jedoch keine große Rolle mehr gespielt zu haben. Mit dem Fortschreiten der Analyse wurde es zunehmend unbedeutender, oftmals gar lächerlich. Vielleicht würde sich dies wieder ändern, wenn der Grad der Vertrautheit noch zunehmen sollte. Möglicherweise ist das Argument aber auch eine Hilfskonstruktion des Therapeuten, eine Art therapeutisches Hilfs-Über-Ich, das ihn seinerseits vor erotischer Überhitzung schützt.

Ethische Aspekte

Ethische Fragen sind in der psychotherapeutischen Praxis und Forschung bisher eher wenig bedacht worden, möglicherweise weil implizit angenommen wird, dass

die Sensibilität des Therapeuten die ethische Reflexion mit einschließt. Eine Ausnahme ist die grundlegende Arbeit von Strotzka, die wesentliche Aspekte einer psychoanalytischen Alltagsethik thematisiert (Strotzka, 1983; vgl. auch Beckmann und Reiter, 1995).

Die klinischen Beispiele zeigen in eindrucksvoller Weise, wie intensiv Tonbandaufzeichnungen die Ängste und Erwartungen von Patienten, aber auch die inneren Wertvorstellungen und Erwartungen des Analytikers beeinflussen können. Neben einer großen persönlichen Bereitschaft und ausgeprägten Sensibilität, dies im therapeutischen Diskurs immer wieder aufzugreifen und hinsichtlich des aktuellen Beziehungs- und Übertragungsgeschehens zu reflektieren, stellen sich damit auch grundlegende ethische Fragen. Dies sowohl hinsichtlich des individuellen Behandlungsverhältnisses, wie auch im Hinblick auf das zentrale Junktim zwischen Krankenbehandlung, eigener Ausbildung, Lehre und Forschung.

Ethische Aspekte der therapeutischen Beziehung

Im Blick auf die dyadische Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut ist in ethischer Hinsicht vor allem die Maxime des größtmöglichen Respekts der Autonomie des anderen zu bedenken (zu den Grundprinzipien medizinischer Ethik vgl. einführend Beauchamp und Childress, 1989).

In ethischer Hinsicht geht es in der therapeutischen Interaktion sehr um den gegenseitigen „respect of autonomy“. Dabei ist ausführlich zu diskutieren, dass die Autonomie des Patienten durch die Asymmetrie der therapeutischen Beziehung prinzipiell bedroht ist. Daher kommt dem „Aushandlungsprozess“ der Zustimmung zur Tonbandaufnahme besondere Bedeutung zu. Der Prozesscharakter der Einwilligung ist hier besonders zu beachten (vergleichbar zu einem operationalen Modell von „informed consent“ in anderen Bereichen der Medizin; s. hierzu Wear, 1993).

Die einmal vereinbarte Zustimmung muss immer wieder aktualisiert werden, nicht zuletzt deshalb, weil gar nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Patient am Anfang bereits umfassend beurteilen kann, worauf er sich einlässt, was dies für den therapeutischen Prozess bedeuten kann etc. Die in unserem Fallbeispiel anklingende Tatsache, dass Frau Irma X aufgrund ihrer komplexen Pathologie sich eher schwer abgrenzen kann, ist dabei nicht als grundsätzliche Minderung ihrer Einwilligungskompetenz zu sehen. Sie erfordert vielmehr besondere Sensibilität seitens des Therapeuten, die möglicherweise schon spürbaren, seitens des Patienten aber noch nicht formulierbaren Einwände und Vorbehalte, gegebenenfalls seinerseits aufzugreifen.

Derartige Aushandlungsprozesse schließen ein, dass der dezidierte Willen des Patienten, beispielsweise am Ende einer Therapie die vollständige Therapie zu löschen, realisiert werden muss, auch wenn dies den Eigeninteressen des Therapeuten oder Forschers nachhaltig entgegensteht. Praktischerweise empfehlen wir daher die Forschungsinteressen erst zu beginnen, wenn der klinische Behandlungsfall abgeschlossen ist.

Ethische Aspekte der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung

Der professionelle Handlungskontext des Therapeuten liegt in aufgezeichneten Therapien viel direkter und offener zu Tage, als dies in der gegenwärtigen klinischen Standardpraxis der Fall ist, wo er meist implizit bleibt. Besondere Bedeutung bekommt dies für die Supervision.

Verglichen zur ausschließlich persönlichen Verwendung der Bänder erweitert sich mit Supervision bzw. Einbeziehung der verschrifteten Dialoge in Aus- und Weiterbildungskontexte der Kreis der Beteiligten. Damit steigen auch die festgelegten Regeln der Anonymisierung der Bänder und Texte, z. B. durch Entfernen sämtlicher Namen bei der Transkripterstellung (s. Mergenthaler, 1986). Entsprechend der Art und des Umfangs, mit denen eventuelle Dritte an dem transkribierten und anonymisierten Material partizipieren, haben wir uns in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Ulm zu eigen gemacht, auch die diesbezügliche Einwilligungserklärung der Patienten zu differenzieren. Neben der persönlichen Verwendung des aufgezeichneten Materials ist die Einwilligung für Aus- und Fortbildungszwecke, wie auch für Forschungsvorhaben einzeln aufgelistet. Der Patient hat so, neben der selbstverständlichen Möglichkeit, überhaupt nicht einzuwilligen, auch die Gelegenheit, seine Einwilligung eventuell auf bestimmte Bereiche zu beschränken.

Ethische Aspekte psychotherapeutischer Forschung und Lehre

Unter dieser Perspektive verschärfen sich die ethischen Konflikte um wissenschaftliche Interessen (z. B. der Erstellung von Verbatimprotokollen zur Analyse und Publikation von Therapieverläufen). Hier geht es verstärkt um ethische Konflikte zwischen den wissenschaftlichen Interessen Vieler, bzw. der Allgemeinheit, und dem auf das einzelne Individuum bezogenen Prinzip der „non-maleficence“, d. h. jedenfalls darauf zu achten, dass damit dem individuellen Patienten kein Schaden zugefügt wird. In einem institutionellen, z. B. universitären Behandlungskontext, entscheidet sich dies u. a. an folgenden Fragen:

1. Kann der Patient „nein“ sagen, ohne Gefahr zu laufen, keinen Behandlungsplatz zu bekommen?
2. Kann er seine einmal gegebene Einwilligung jederzeit, auch zu einem sehr späten Zeitpunkt widerrufen oder eventuell spezifizieren, d. h. einschränken oder auch ausdehnen?
3. Wer verfügt über die Ton- bzw. Videobänder, und wem gehören sie?
4. Inwieweit werden spätere Publikationsabsichten bereits von Anfang an benannt, bzw. dann spezifiziert, sobald ein konkretes Publikationsvorhaben absehbar ist.

Fazit

Im Hinblick auf die ersten Schritte der Pioniere vor inzwischen mehr als 50 Jahren ist festzuhalten, dass

der Einsatz von Tonbandaufzeichnungen sowohl für die therapeutische Praxis wie für die psychotherapeutische Forschung einen wesentlichen Gewinn bedeutet. Verantwortungsvoll und sensibel eingesetzt, erhöht er die Transparenz des analytischen Diskurses und der klinischen Praxis. Zudem ermöglicht er einen umfassenderen und vorurteilsfreieren Blick gerade auch auf die Äußerungen des Therapeuten: Er erlaubt uns, implizite Wahrnehmungsraster und erkenntnissteuernde Denkmodelle des Therapeuten zu untersuchen und sukzessive besser zu verstehen (vgl. Meyer, 1988).

Wir möchten abschließend nicht versäumen festzustellen, dass weder das Tonband noch der transkribierte Text sämtliche Dimensionen des therapeutischen Dialoges erfassen können: Fantasien, psychodynamische Hypothesen, mitlaufende Werthorizonte, non-verbale Mitteilungen und Interaktionsmuster, die den therapeutischen Prozess wesentlich mitsteuern, bleiben unhörbar. Sie bedürfen der reflexiven, analytischen Aufarbeitung des unmittelbaren Beziehungserlebens, um fruchtbar gemacht werden zu können.

Literatur

- Bachmann KM, Böker W (Hrsg) (1994) Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Beauchamp TL, Childress JF (1989) Principles of biomedical ethics, 3rd edn. Oxford University Press, New York Oxford
- Beckmann D, Reiter L (Hrsg) (1995) Der Psychotherapeut im Spannungsfeld von Praxis, Forschung und sozialer Verantwortung. Hans Strotzka zum Gedenken. Psychosozial 18/62: H IV
- Cohen R, Cohen M (1961) Research in psychotherapy: a preliminary report. *Psychiatry* 24: 46–61
- Kächele H, Thomä H, Ruberg W, Grünzig HJ (1988) Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 179–194
- Kubie LS (1958) Research into the process of supervision in psychoanalysis. *Psychoanal Q* 27: 226–236
- Mergenthaler E (1986) Die Ulmer Textbank. Springer-PSZ-Drucke, Berlin
- Meyer AE (1962) Der psychoanalytische Dialog: seine methodischen Determinanten und seine grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen. *Med Welt* 47: 2439–2445
- Meyer AE (1988) What makes psychoanalysts tick? A model and the method of audio-recorded retroreports. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 273–290
- Rogers CR (1942) *Counseling and psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston
- Rogers CR (1942) The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *Am J Orthopsychiatry* 12: 429–434
- Ruberg W (1981) Untersuchung sprachlicher Reaktionen von Patienten auf Tonbandaufnahmen psychoanalytischer Behandlungen. Diss Dr rer biol hum, Universität Ulm
- Sartre JP (1969) Der Narr mit dem Tonband. *Neues Forum* 16: 705–725
- Shakow D (1960) The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. *Psychoanal Q* 29: 82–97

Sternberg RS, Chapman J, Shakow D (1958) Psychotherapy research and the problem of privacy. *Psychiatry* 21: 195–203

Strotzka H (1983) *Fairness, Verantwortung, Fantasie – eine psychoanalytische Alltagsethik*. Deuticke, Wien

Thomä H, Kächele H (1985/1988) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 1: Grundlagen; Bd 2: Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Wear S (1993) *Informed consent. Patient autonomy and physician beneficence within clinical medicine*. Kluwer, Dordrecht

Korrespondenz: Dr. med. Gebhard Allert, Universitätsklinikum Ulm, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Am Hochsträß 8, D-89081 Ulm, Bundesrepublik Deutschland, Fax +49 (0) 731 50-25695, E-mail: allert@sip.medizin.uni-ulm.de

Gebhard Allert, geboren 1955, Studium der Humanmedizin und Theologie in Tübingen, Bonn, Liege und Heidelberg; Promotion im Bereich der klinischen Psychosomatik in Heidelberg, Assistenz-, später Oberarzt an der Abteilung Psychotherapie und psychosomatische Medizin der Universität Ulm, der ich weiterhin mit Forschungs- und Lehrauftrag verbunden bin; seit 1999 Niederlassung in eigener Praxis. Mitglied des Arbeitskreises Ethik in der Medizin an der Universität Ulm und an der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen. Arbeitsgebiete: Medizinische Ethik – Ethik in Psychotherapie und Psychoanalyse, Forschungsethik; Unterrichts- und Ausbildungsfragen in Psychotherapie und Psychosomatik.

Reiner W. Dahlbender, Dr. med., geb. 1954, Studium der Humanmedizin und Soziologie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Leiter der Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Ulm. Arbeitsschwerpunkte: Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik, Psychoonkologie, operationalisierte psychodynamische Psychodiagnostik, Übertragungsforschung, psychotherapeutische Prozessforschung, Therapiedokumentation.

Horst Kächele, geboren 1944, Studium der Medizin in Marburg, Leeds (England) und München. Psychotherapeutische und psychoanalytische Ausbildung an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm. Habilitation 1976. C3-Professur 1977 und Leiter der Sektion psychoanalytische Methodik an der Universität Ulm, dazu Leiter der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart seit 1988. C4 Professur und Lehrstuhl für Psychotherapie an der Universität Ulm 1990; seit 1998 ärztlicher Direktor der Abteilung Psychotherapie und psychosomatische Medizin an der Universität Ulm. Ca. 280 Publikationen zu Prozess- und Ergebnisforschung, Ko-Autor mit H. Thomä des „Lehrbuchs der psychoanalytischen Therapie“.

Helmut Thomä, geboren 1922. Professor emeritus, ärztlicher Direktor der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm von 1967–1989. Wissenschaftliches Arbeitsfeld: Anorexia nervosa und psychoanalytische Verlaufsforschung. Senior Autor des „Lehrbuchs der psychoanalytischen Therapie“, Springer Verlag, Berlin, 1985 und 1988.