

Roderich Hohage

5. Auflage



Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis

Handlungs- und materialbezogenes Arbeiten

Roderich Hohage

Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis

5. Auflage

Für Hannelore

Roderich Hohage

Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis

Behandlungsplanung – Kassenanträge – Supervision

5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

PD Dr. med. Roderich Hohage

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse

Fünf-Bäume-Weg 162

89081 Ulm

roderich.hohage@gmx.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 1996, 1997, 2000, 2004, 2011 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Lektorat: mariscript Lektorat, Marianne Schmidt M.A., Rottenburg

Umschlagabbildung: Munch, Edvard, Model resting, 1913 © The Munch Museum/The Munch

Ellingsen Group/VG Bild-Kunst, Bonn 2010

Gesetzt von Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Datenkonvertierung: Eberl & Koesel Studio, Kempten

Printausgabe: ISBN 978-3-608-40161-5

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26582-8

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Vorwort

Dies ist ein Buch über Richtlinien-Psychotherapie. Seine Verbreitung verdankt es wohl der Tatsache, dass die Schritte, die zu einem Psychotherapie-Antrag führen, sorgfältig didaktisch aufbereitet worden sind, sodass es eine Hilfestellung bei der Abfassung von Anträgen bietet. Eine Neufassung ist notwendig geworden, weil sich im Antragsverfahren einige Veränderungen ergeben haben und weil sich im Laufe der Jahre auch die Probleme verändern, die die Patienten in eine Psychotherapie führen. Das Gutachterverfahren selbst steht nicht mehr so stark im Brennpunkt der Kontroversen, wie dies in früheren Jahren der Fall war; es hat sich – nicht immer zugunsten der Patienten – eine Routine etabliert, die zumindest bei erfahrenen Therapeuten die Last des Antragsverfahrens deutlich reduziert.

Das Anliegen dieses Buches geht aber über den Aspekt der Antragstellung zur Kassenfinanzierung hinaus. Das Werk soll einen Beitrag zur Verankerung und Vertiefung der Richtlinien-Therapie in Deutschland leisten. 45 Jahre nach Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinien hat in Deutschland die Psychotherapie eine Gestalt gewonnen, die durch diese Richtlinien deutlich geprägt worden ist, wobei aus meiner Sicht sowohl Patienten als auch Therapeuten davon profitieren. Dies gilt zumindest für die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis, der dieses Buch gewidmet ist. Die Vorteile dieser Entwicklung fallen aus meiner Sicht weitaus mehr ins Gewicht als die Nachteile, die z. B. in der Bürokratie des Antragsverfahrens liegen.

Die Richtlinien haben sicherlich dazu beigetragen, dass die Gemeinsamkeiten zwischen analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie stärker betont werden als die Unterschiede. Das liegt daran, dass beide Verfahren formal gleichgestellt worden sind und dass die Anträge weitgehend von den gleichen Gutachtern beurteilt werden. Diese Entwicklung ist zu begrüßen: Es gibt ganz offensichtlich einen breiten Bereich von Übereinstimmung sowohl in der Patientenklintel als auch in der Behandlungspraxis. Dieses Buch wendet sich ausdrücklich an Therapeuten beider Verfahren.

Das Hauptaugenmerk in diesem Buch gilt der Arbeit, die im Vorfeld der eigentlichen Therapie stattfindet; hier sollen Hilfestellungen angeboten werden, die später die Antragstellung erleichtern. Gelegentliche Ausflüge in die Theorie lassen sich nicht vermeiden, weil die klinische Arbeit auch von der Theorie her strukturiert wird. Der gedankliche Weg in diesem Buch führt aber möglichst vom Allgemeinen zum Besonderen und damit von „unten“ nach „oben“. In diesem Sinne wird zum Beispiel die hilfreiche therapeutische Beziehung als Sonderfall alltäglicher hilfreicher Beziehungen betrachtet und die analytische

Behandlungstechnik als Sonderfall allgemeinerer therapeutischer Interventionen. Abgrenzungsbemühungen, bei denen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nur als vereinfachte analytische Methode erscheint, dürften für einen Dialog wenig hilfreich sein. Um die Gemeinsamkeiten im diagnostischen und therapeutischen Zugang zu vertiefen, habe ich in der Überarbeitung des Buches stellenweise auf eigene Fallbeispiele zurückgegriffen in der Hoffnung, dass andere Therapeuten von dem Einblick in die gedanklichen Abläufe profitieren können.

Die Begegnung zwischen psychoanalytischer Therapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie findet am häufigsten in der Supervision statt. Psychoanalytiker sind als Supervisoren sowohl in der Ausbildung als auch im Rahmen der Fortbildung, also in der Vertiefung und der Erweiterung bereits erworbener Erkenntnisse, gefragt. Das trifft natürlich vorwiegend für solche Analytiker zu, die sich in der Praxis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie auskennen. Gerade hier gilt aber, dass Supervision bei einem Analytiker nicht reduziert werden kann auf den Export psychoanalytischen Gedankenguts. Stattdessen muss die besondere Situation der jeweiligen therapeutischen Praxis erfasst und respektiert werden. Leider gibt es bislang wenig Literatur zum wichtigen Bereich der Supervision in Ausbildung und Fortbildung in der analytischen und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Veröffentlichungen aus dem Bereich der internationalen Psychoanalyse sind eher eingegrenzt auf die Frage, wie man Analytiker wird; gefragt wird also nach den Grundeinstellungen und den spezifischen Fähigkeiten, die Voraussetzungen für den Beruf des Analytikers sind. Dagegen enthält die überarbeitete Auflage dieses Buches eine umfangreiche Erweiterung um ein Kapitel, das der Praxis der Supervision in der Richtlinien-Psychotherapie gewidmet ist.

Jedes Kapitel dieses Buches ist in sich geschlossen und kann isoliert gelesen werden. Querverweise sorgen dafür, dass Erweiterungen und angrenzende Fragen in anderen Kapiteln aufgefunden werden können.

Dem Schattauer Verlag und Herrn Dr. Wulf Bertram sei weiterhin für die angenehme Zusammenarbeit über viele Jahre hinweg gedankt.

Ulm, im Frühjahr 2011

Roderich Hohage

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Erstgespräch und Arbeitsmodell des Therapeuten	6
2.1	Funktionen des Erstinterviews und Anliegen des Patienten	6
2.2	Diagnostizieren und Verstehen	8
2.3	Das Arbeitsmodell vom Patienten: Gestalt oder Hypothese?	10
2.4	Arbeitsmodell und klinische Theorie	12
2.5	Zugänge zum Material des Patienten: Beobachten, Zuhören, Als-ob-Fantasien	14
2.6	Übertragung, Gegenübertragung und szenisches Verstehen im Erstgespräch	16
2.7	Die Entwicklung des Arbeitsmodells	19
3	Therapiemotivation und Therapieziel	24
3.1	Heilungswünsche und Beseitigung von Störungen	24
3.2	Vom Anliegen des Patienten zum gemeinsamen Therapieziel	28
3.3	Symptomebene und Handlungsebene	39
3.4	Therapieziele und Lebensziele	42
3.5	Therapieziele und soziale Umwelt	46
3.6	Therapieziele bei schwerer körperlicher Erkrankung	50
3.7	Klinische Probleme bei der Zielfestlegung	51
4	Neurosenmodelle und therapeutische Grundpositionen	59
4.1	Neurosenmodelle	59
4.2	Therapeutische Grundpositionen	65
5	Persönlichkeitsstruktur und Strukturniveau	71
5.1	Was ist seelische Struktur?	71
5.2	Strukturell verankerte Persönlichkeitsmerkmale	72
5.3	Strukturniveau und strukturelle Defizite	75
5.4	Die Statik von diagnostischen Manualen und die Psychodynamik der Selbstorganisation	95
6	Im Zentrum der Richtlinien-Psychotherapie: Die Psychodynamik	102
6.1	Psychodynamik zwischen Erklären und Verstehen	103
6.2	Psychodynamik zwischen Struktur und Konflikt	107
6.3	Struktur und aktueller Konflikt im Licht der Selbstorganisation	118
6.4	Bewusster und unbewusster Konflikt	123

7	Behandlungsplan und Diagnose	140
7.1	Zur Problematik von Therapieindikationen	140
7.2	Kriterien zur Indikation und zur Differenzialindikation	142
7.3	Gesprächstechniken in den analytisch begründeten Verfahren	145
7.4	Wahl des therapeutischen Settings	150
7.5	Neurosenpsychologische Diagnose und ICD-Diagnose	155
8	Kassenanträge: Bericht zum Erstantrag	161
8.1	Formale Grundlagen und Entwicklung des Antragsverfahrens	161
8.2	Grundsätzliches zum Bericht an den Gutachter	166
8.3	Spontanangaben des Patienten	168
8.4	Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung	173
8.5	Krankheitsanamnese, psychischer und somatischer Befund	179
8.6	Psychodynamik	185
8.7	Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	187
8.8	Behandlungsplan und Prognose	189
8.9	Umwandlung von Kurzzeittherapien in Langzeittherapien	193
9	Fortführungsanträge und Verfahrenswechsel	196
9.1	Grundsätzliches zum Fortführungsbericht	196
9.2	Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in Abschnitt 1–4 des Berichts zum Erstantrag	199
9.3	Ergänzungen zur Psychodynamik der neurotischen Erkrankung	202
9.4	Therapieverlauf und Prognose	204
9.5	Höchstgrenzen der Psychotherapie im Fortsetzungsbericht und Ergänzungsbericht	208
9.6	Anträge auf einen Wechsel des Therapieverfahrens	214
10	Kurzzeittherapie: Arbeit mit fokalem Charakter oder Probetherapie?	216
10.1	Grundsätzliches zum Einsatz der Kurzzeittherapie	216
10.2	Bericht zur Kurzzeittherapie	222
11	Supervision	231
11.1	Supervision in der psychotherapeutischen Praxis	231
11.2	Grundelemente der Supervision	234
11.3	Supervision auf der Patientenebene	245
11.4	Supervision auf der Beziehungsebene von Patient und Therapeut	253
11.5	Supervision auf der Handlungsebene	261
11.6	Supervision auf der Selbstebene des Therapeuten	271
11.7	Zur Psychoanalyse der Supervisionsbeziehung	274
	Literatur	280
	Sachverzeichnis	288

1 Einleitung

Den Psychotherapie-Richtlinien, die in Deutschland die kassenfinanzierten Psychotherapien prägen, liegt die Forderung zugrunde, dass Menschen mit seelischen Problemen das gleiche Anrecht auf Solidarität und Hilfestellung haben wie Patienten mit körperlichen Erkrankungen. Die Richtlinien haben dabei das Feld der Psychotherapie mit einer normativen Leitidee versehen, die sich bei allen Abweichungen und Überschreitungen bis in die Einzeltherapie hinein auswirkt. Diese Leitidee ist nirgendwo formuliert worden; sie findet sich ganz sicher nicht im Text der Richtlinien, der so trocken und nüchtern ist, dass er von den meisten Therapeuten niemals gelesen wird. Sie findet sich auch nicht im Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (Faber u. Haarstrick 2008), weil es dort um die Übersetzung der juristischen Festlegungen in die Alltagspraxis geht. Die normative Leitidee der Richtlinien lässt sich aus meiner Sicht umschreiben mit dem Stichwort „Begrenzung der individuellen Freiheit durch verantwortliches Handeln“. Damit wird ein Spannungsfeld beschrieben, das durch die individuelle Freiheit einerseits und durch die Verantwortung auf der anderen Seite charakterisiert ist. Das Gleichgewicht zwischen diesen Polen war und ist durch die Gesellschaft einerseits und durch Patient und Therapeut andererseits ständig im Fluss; es stellt sich in Antwort auf innere und äußere Veränderungen immer wieder neu ein.

Individuelle Freiheit können in der jetzt praktizierten Form der Richtlinien-Therapie sowohl Patienten als auch Therapeuten für sich in Anspruch nehmen. Patienten profitieren dabei in entscheidender Weise von der Krankheitsdefinition, die den Richtlinien zugrunde gelegt wird (s. dazu Faber u. Haarstrick 2008, S. 105). Krankheit wird dort nicht von den Symptomen her definiert, sondern als eine Störung des Erlebens und Verhaltens, die aus eigener Kraft nicht behoben werden kann. Damit ist sichergestellt, dass alle jene Entwicklungen und Zustände, die die Freiheit der Entscheidung von innen her einengen oder blockieren, als behandlungsbedürftig angesehen werden. Die Behandlung kann also die entwicklungshemmenden Einflüsse, die eine Entfaltung des kreativen Potenzials und damit eine befriedigende Lebensgestaltung beim Patienten verhindern, in den Fokus nehmen, selbst wenn eine Symptomatik im engeren Sinn nur schwach ausgeprägt ist. Diese Möglichkeiten werden in der psychotherapeutischen Praxis durchaus genutzt.

Therapeuten profitieren von den Richtlinien dadurch, dass sie in ihrer Indikationsstellung, der Festlegung der Rahmenbedingungen und in ihrer Behandlungstechnik nicht festgelegt und nicht kontrolliert werden. Auch dies wird in der gegenwärtigen Praxis konsequent genutzt: Die Bandbreite an individueller

Ausgestaltung der Praxis und der Praxisauslastung ist groß. Es gibt nur wenige Reglementierungen: So legen viele kassenärztliche Vereinigungen inzwischen fest, wie weit ein Vertragstherapeut seinen Praxissitz nach oben auslasten darf und nach unten auslasten muss; diese Einschränkungen sind aber gering.

Wenn individuelle Freiheit im großen Stil in Anspruch genommen wird, wächst die Verführung zum Missbrauch der Freiheit. Die Freiheit des Individuums wird deshalb grundsätzlich begrenzt durch das Prinzip der Verantwortung (Jonas 1979). Auch in der Psychotherapie wird individuelle Freiheit dann missbraucht, wenn sie nicht mehr an verantwortliches Handeln gebunden ist. Patienten missbrauchen ihre Freiheit der Entscheidung, wenn Psychotherapie nicht mehr zu einem Mehr an Verantwortung führt, sondern wenn mithilfe der Therapie der Mangel an Verantwortung entschuldigt oder verschleiert werden soll. Therapeuten missbrauchen ihre Freiheit, wenn bei ihrer Tätigkeit nicht mehr das Wohl des Patienten im Vordergrund steht, sondern wenn überwiegend eigene materielle oder ideelle Interessen verfolgt werden. Die Grenze zwischen der Nutzung der Freiheit und ihrem Missbrauch ist unscharf und stark beeinflusst vom Wertesystem des Patienten und des Therapeuten. Die Psychotherapie-Richtlinien können hier im Einzelfall kein verantwortliches Handeln kontrollieren oder gar garantieren. Die normativen Vorgaben der Richtlinien fördern aber verantwortliches Handeln einerseits durch die Pflicht zur Rechtfertigung des therapeutischen Vorgehens, zum anderen durch die Pflicht zur Begrenzung der Therapie.

Die Rechtfertigungspflicht, die in den Richtlinien verankert wurde, ist nach meiner Kenntnis in kaum einem anderen Land so systematisch ausgebaut worden wie in Deutschland. Natürlich müssen Therapeuten auch in anderen Ländern ihr Vorgehen begründen. In Deutschland gilt diese Begründungspflicht aber bei jedem einzelnen gesetzlich Versicherten, und dies in vorher genau festgelegten Abständen. Globale Rechtfertigungen des therapeutischen Handelns sind leicht zu haben. Hier geht es jedoch um die Rechtfertigung des therapeutischen Vorgehens in jedem Einzelfall. Der für die Therapeuten so lästige Zwang zur Begründung des therapeutischen Aufwandes und des therapeutischen Vorgehens erzeugt ein normatives Bewusstsein, dem sich weder der Patient noch der Therapeut entziehen kann. Selbst dort, wo der Zwang zur Rechtfertigung umgangen oder durch Unehrlichkeit ausgehebelt wird, bleibt diese Norm spürbar: Auch derjenige, der Normen verletzt, nimmt sie zur Kenntnis, indem er sie bewusst und zielgerichtet überschreitet. Die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung wird deshalb nicht nur durch die (oft insuffiziente) Kontrolle des Einzelfalles gesichert, sondern vielmehr dadurch, dass durch die Rechtfertigungspflicht verantwortungsvolles therapeutisches Handeln beständig bei Patienten und Therapeuten neu verankert wird. Ich bin davon überzeugt, dass allein dadurch die Qualität der therapeutischen Versorgung einen hohen Standard erreicht hat. Bei allen Mängeln, die mir als Gutachter auffallen, scheint doch das Bewusstsein verantwortlichen Handelns bei den meisten Antragstellern gut verankert zu sein.

Das zweite wichtige Prinzip der Therapie-Richtlinien ist die systematische Begrenzung des therapeutischen Aufwandes. Auch hier liegt der Missbrauch von individueller Freiheit durch die Therapie sehr nahe: die Gefahr nämlich, dass wenige Patienten sehr viel Therapie für sich in Anspruch nehmen. Das Prinzip der Begrenzung der Leistungen wurde natürlich aus finanziellen Überlegungen heraus eingeführt. In der Praxis aber wird durch die Antragspflicht ein normatives Prinzip verankert, das der Begrenzung einen hohen Stellenwert einräumt. Gegen dieses Prinzip der Begrenzung ist bekanntlich in Deutschland heftig gekämpft worden, vor allem von den psychoanalytischen Fachverbänden. Empirische Untersuchungen (Schmid 1988; Leuzinger-Bohleber et al. 2001) zeigen aber, dass auch bei psychoanalytischen Behandlungen die Begrenzung des Aufwandes eher die Regel als die Ausnahme ist: Die Mehrzahl der Behandlungen findet offensichtlich mit zweistündiger Frequenz statt; eine hochfrequente und lang dauernde Behandlung muss bei chronifizierten und komplexen Pathologien weiterhin möglich sein, sie bedarf allerdings einer sorgfältigen Begründung (Hohage 2008).

Die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien werden in besonderer Weise durch die Zeitbegrenzung strukturiert. Hier besteht gelegentlich die Gefahr, dass die therapeutische Beziehung nicht aufgelöst werden kann, sodass die Therapie sich unbegrenzt und auch unstrukturiert hinzieht.

Natürlich gibt es Alternativen zu den gegenwärtigen Richtlinien und zum mit ihnen verknüpften Antragsverfahren. So wird bei manchen Privatkassen pauschal ein bestimmtes Stundenkontingent pro Jahr erstattet, wenn der Therapeut eine Qualifikation in einem anerkannten Therapieverfahren hat. Wenn diese Regelung in die gesetzliche Krankenversicherung übernommen würde, wäre das eine Begrenzung nach dem „Rasenmäher-Prinzip“: Ganz unabhängig davon, welcher Art die Störung ist und wie viel Aufwand zu ihrer Besserung notwendig ist, würde jede Behandlung in gleicher Weise begrenzt. Jeder Therapeut, der irgendwann in seinem Leben einen psychotherapeutischen Abschluss erreicht hat, könnte damit behandeln, ohne jemals sein therapeutisches Vorgehen überprüfen zu müssen (bei Vertragstherapeuten würde z. B. der Nachweis einer passiven Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen reichen). Dies würde den ohnehin bestehenden Trend zur Behandlung „bequemer“ Patienten wesentlich verstärken. Auch jetzt sind Anträge eher selten, bei denen ernsthafte Schwierigkeiten in der Herstellung einer therapeutischen Beziehung beschrieben werden, obwohl solche Schwierigkeiten ein wesentliches Merkmal der schwer gestörten Patienten sind. Die Mehrzahl der Anträge beschreibt (zu Recht oder nicht) Patienten, die das Angebot einer Therapie begierig aufnehmen und schon deshalb bequem zu behandeln sind.

Die Krankenkassen scheinen Modelle zu begrüßen, nach denen der Umfang der Therapie von der Art der ICD-Diagnose abhängig gemacht wird. Dies würde zu einem Kampf um möglichst „lukrative“ Diagnosen führen; gibt es im Bereich der somatischen Medizin doch jetzt schon „lukrative“ Patienten und solche, die den Etat des Arztes belasten. Der Modellversuch einer Krankenkasse, den thera-

peutischen Aufwand mithilfe von Online-Befragungen der Patienten nach einem bestimmten Algorithmus festzulegen, musste in dieser Form aufgegeben werden.

Anzumerken bleibt allerdings, dass die Schwäche der jetzigen Richtlinien-Therapie in der fehlenden Erfolgskontrolle und vor allem in fehlenden Katamnesen liegt, obwohl gerade die Katamnesen wichtige Aufschlüsse über die Qualität der abgeschlossenen Therapien geben (Leuzinger-Bohleber et al. 2001). Eine routinemäßige Erhebung und Auswertung des Therapieerfolgs scheiterte bislang an den Fragen des Datenschutzes und noch mehr an den Problemen eines „Datenfriedhofs“, wenn unzählige Erfolgserhebungen ausgewertet werden müssten.

Die Zukunft der Psychotherapie-Richtlinien ist ungewiss, zumindest ist in absehbarer Zeit mit Modifikationen zu rechnen. Zu fragen ist aber, ob die normative Leitidee, die zum jetzigen Qualitätsniveau beigetragen hat, lebendig bleiben wird. Die größten Gefahren gehen von gesellschaftlichen Einflüssen aus, die unser Gesundheitssystem insgesamt verändert haben. Neben der oft beklagten Tendenz zur Bürokratisierung ist der Vormarsch einer Technokratie besorgniserregend, zumal dieser vor der Psychotherapie keineswegs haltmacht: Psychotherapeuten laufen Gefahr, zunehmend als Psycho-Techniker oder Sozio-Techniker eingesetzt zu werden, die die störungsanfällige Seele im Auftrag der Gesellschaft „reparieren“.

Die Entwicklung dorthin wird markiert durch den Druck, vorzugsweise störungsspezifische Therapien anzubieten, wobei die Patienten sich zuvor einer entsprechenden Diagnostik unterzogen haben. Leitlinien sollen festlegen, welche Behandlungsmethode die betreffende Störung am effektivsten beseitigt. Die Effektivität der Behandlungsmethode soll dann nach den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin ermittelt werden. Die Tendenz, psychotherapeutische Verfahren unabhängig von der therapeutischen Beziehung zu bewerten, lässt sich kaum aufhalten, obwohl die Kritik an der Gleichsetzung von psychotherapeutischer Methode und medikamentöser Behandlung, die von Stiles und Shapiro (1989) schon früh benannt wurde, unverändert ihre volle Berechtigung hat (Fonagy 2010). Unverändert bleibt darüber hinaus auch die gesundheitspolitische Forderung nach randomisierten Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapien, obwohl es unübersehbare Hinweise dafür gibt, dass naturalistische Studien der Praxis der Psychotherapie und damit ihrer Versorgungsfunktion weitaus mehr entsprechen (Seligman 1995; Parsons u. Silberschatz 1998; Leichsenring 2004). Bislang gibt es kaum ein Zeichen dafür, dass die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin den Besonderheiten der Psychotherapie angepasst und entsprechend modifiziert werden könnten.

Psychotherapeuten, die mit analytischer oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie arbeiten, können sich in diesen gesellschaftlichen Entwicklungen nicht entziehen, da die Zukunft unserer Berufsausübung von den anstehenden gesundheitspolitischen Entscheidungen abhängen wird. Deshalb werden zu Recht die Appelle lauter, dass auch die niedergelassenen Therapeuten sich verstärkt an klinischen Studien beteiligen sollten, die die Effizienz dieser Verfahren

unter den gesellschaftlich geforderten experimentellen Bedingungen nachweisen, oder dass sie sich den geplanten naturalistischen Studien anschließen sollten. Mit der OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2006) wurde ein diagnostisches Instrument entwickelt, das die Besonderheiten analytisch orientierter Verfahren berücksichtigt und eine sehr wichtige Ergänzung der sonst üblichen Untersuchungsmethoden darstellt. Parallel zu den empirischen Untersuchungen aber gilt es, in der täglichen klinischen Arbeit nachzuweisen, dass die von der Gesellschaft gestellten Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker ernst genommen und erfüllt werden.

Der gesellschaftliche Druck, der bei den psychodynamischen Verfahren stärker spürbar ist als bei der Verhaltenstherapie, führt dabei zu zwei gegenläufigen Entwicklungen: Auf der einen Seite wächst bei vielen Therapeuten der Wunsch, sich den Verpflichtungen der gesetzlich geregelten Krankenversorgung zu entziehen und – ganz in Parallele zur Alternativmedizin – Inseln ungestörten Arbeitens jenseits der gesetzlichen Krankenversorgung aufzubauen oder zu erhalten. Damit aber würde der Einfluss der psychoanalytisch orientierten Verfahren auf die Gestaltung der allgemeinen Gesundheitsleistungen aufgegeben und Psychotherapie wäre – analog zur Alternativmedizin – etwas für ausreichend begüterte Patienten. Innerhalb der psychoanalytischen Fachgesellschaften geht es dabei oft um die „Reinhaltung“ der hochgesteckten analytischen Standards. Im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gibt es eine spürbare Tendenz, sich den Verpflichtungen der Richtlinien-Therapie nur oberflächlich zu unterwerfen und dabei eigenständige Verfahren, die als Kassenleistung nicht anerkannt sind, insgeheim anzuwenden. Wenn diese Tendenz sich durchsetzt, würde die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu einer losen Klammer sehr unterschiedlicher Verfahren, die sich in ihrer Anwendung und ihren Ergebnissen der gesellschaftlichen Kontrolle weitgehend entziehen.

Der gegenläufige Trend geht dahin, unter dem Druck der Verhältnisse die Gemeinsamkeit zwischen den sogenannten psychodynamischen Verfahren zu betonen und sich damit der gesellschaftlichen Kontrolle offensiver zu stellen. Dies geschieht zum einen auf der berufspolitischen Ebene, es muss vor allem aber auch im klinisch-therapeutischen Bereich gelten. Hier sollte es nicht schwer fallen, in Abgrenzung zu den verhaltenstherapeutischen Verfahren das Bemühen um den einzelnen Patienten und seine spezifischen Probleme in den Mittelpunkt zu stellen, und davon auszugehen, dass es neben dem bewussten Anliegen Probleme und Konflikte gibt, von denen der Patientin nichts weiß oder aus Angst nicht wissen will. Das Wissen um die unbewussten Problem- und Konfliktbereiche verbindet die psychoanalytisch orientierten Verfahren untereinander und sichert ihre Wirksamkeit bei ganz unterschiedlichen seelischen Störungen.

2 Erstgespräch und Arbeitsmodell des Therapeuten

2.1	Funktionen des Erstinterviews und Anliegen des Patienten	6
2.2	Diagnostizieren und Verstehen	8
2.3	Das Arbeitsmodell vom Patienten: Gestalt oder Hypothese?	10
2.4	Arbeitsmodell und klinische Theorie	12
2.5	Zugänge zum Material des Patienten: Beobachten, Zuhören, Als-ob-Fantasien	14
2.6	Übertragung, Gegenübertragung und szenisches Verstehen im Erstgespräch	16
2.7	Die Entwicklung des Arbeitsmodells	19

2.1 Funktionen des Erstinterviews und Anliegen des Patienten

In einer verbreiteten Definition ist Psychotherapie nichts anderes als „Veränderung durch Beziehung“. Veränderungen durch Beziehung vollziehen sich allerdings täglich und tausendfach auch ohne Therapie. Die therapeutische Veränderung unterscheidet sich von den positiven und negativen Allereinflüssen dadurch, dass diese Veränderungen gezielt angestrebt werden im Rahmen einer professionellen Beziehung. Vor allem aber werden sie gesteuert durch fortlaufende Reflexionsprozesse aufseiten des Therapeuten und aufseiten des Patienten.

Die Bedeutung reflexiver Prozesse in den psychodynamischen Therapien wird häufig unterschätzt. Das Interesse gilt meist den affektiven Regungen des Patienten, deren Spiegelung durch den Therapeuten sowie den emotionalen Antworten des Therapeuten. Dagegen muss festgehalten werden, dass ein tieferes Verständnis für die Affekte des Patienten, das gedankliche Einordnen und nicht zuletzt das Steuern emotionaler Prozesse innerhalb der Therapie nur dann gelingen, wenn der Therapeut die Signale des Patienten ebenso wie seine eigenen affektiven Antworten ständig einer **systematischen Reflexion** unterzieht. Die Kunst des Therapierens

liegt darin, immer wieder neu ein Gleichgewicht herzustellen zwischen dem Akt des Eintauchens in die emotionalen Prozesse und der gleichzeitigen Reflexion, die die Sichtweise des Patienten ergänzt (z. B. durch Einbeziehung unbewusster Vorgänge) und relativiert (z. B. durch Einbeziehung der Realitätskontrolle).

Das Erstgespräch in der Psychotherapie stellt den Therapeuten und seine Fähigkeit zur Reflexion vor besondere Herausforderungen: Wenn Patient und Therapeut sich zum ersten Mal sehen, ist nicht klar, ob der Patient überhaupt psychisch krank im medizinischen Sinne ist oder einfach einen Rat sucht, ob er an der richtigen Stelle ist oder eigentlich ganz woandershin gehört, ob der Erstkontakt in ein „diagnostisches Erstinterview“ einmündet oder ob er eher den Charakter einer Beratung bekommt, ohne dass viel Diagnostik geleistet wird. Die Vielzahl an Entwicklungen, die innerhalb des Erstkontaktes möglich sind und die ganz unterschiedliche Kompetenzen und Fähigkeiten vom Therapeuten fordern, macht das Erstgespräch zu einer Aufgabe, die jedes einzelne Mal neu gemeistert werden muss.

Dabei ergeben sich erhebliche Unterschiede zwischen der Klientel, die ein Therapeut z. B. in einer Instituts- oder Klinikambulanz vorfindet, derjenigen, die im Rahmen eines Konsiliar- und Liaison-Dienstes auftaucht, und der Klientel, die für die Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten typisch ist. Da dieses Buch der Psychotherapie in der Praxis gilt, sollen die Probleme der niedergelassenen Therapeuten sowie die der angehenden Therapeuten im Vordergrund stehen. Gerade deshalb aber sei darauf hingewiesen, dass die Praxis niedergelassener Psychotherapeuten und erst recht die Praxis von Psychoanalytikern oft nur einen sehr begrenzten Ausschnitt von seelischen Störungen erfasst und dass die Ausbildung darin münden sollte, dass auch „untypische“ Patienten in angemessener Weise erfasst und behandelt werden.

Ein angemessener Umgang mit dem Patienten setzt voraus, dass dessen bewusstes oder vorbewusstes Anliegen sehr sorgfältig zur Kenntnis genommen wird. Der oben angesprochene Reflexionsprozess muss zunächst einmal diesem Anliegen gelten. Manchmal meinen wir, wir wüssten schon, was der Patient von uns will und welche Erwartungen er mitbringt. Erst viel später (oder im ungünstigen Fall erst nach dem ergebnislosen Ende der Vorgespräche) wird dann deutlich, dass das Anliegen des Patienten sich mit den Vorstellungen des Therapeuten nicht ausreichend hat zur Deckung bringen lassen. (In Kapitel 3 wird dazu näher Stellung genommen.)

Deshalb sei festgehalten, dass die Erstgespräche¹ ganz unabhängig von der Art der Klientel folgende Ergebnisse haben sollten:

1 Ich verwende in diesem Kapitel den Terminus „Erstgespräch“ im Singular und im Plural, obwohl ich weiß, dass die hier beschriebenen Aufgaben in der Regel nicht in ein oder zwei Gesprächen zu bewältigen sind. Der Begriff steht deshalb für das gesamte Einleitungsverfahren, das auch als „Vorfeld“ von Psychotherapie bezeichnet werden kann (Hohage et al. 1981).

- Der Patient sollte den Eindruck haben, dass sein Anliegen verstanden und ernst genommen worden ist; er sollte Vertrauen in das Interesse des Therapeuten und in dessen Kompetenz gewonnen haben.
- Der Therapeut sollte über das konkrete Anliegen des Patienten hinaus eine Vorstellung über die mit den Nöten des Patienten verknüpften Beziehungen, Fähigkeiten und Einschränkungen haben. Dazu gehört eine Vorstellung über die mit dem Anliegen verbundenen Motive und Ängste. Diese Vorstellungen lassen sich am besten mit dem Konzept eines (vorläufigen) Arbeitsmodells vom Patienten (Greenson 1961) fassen.
- Die Vorstellungen des Therapeuten müssen dem Patienten zumindest so weit zugänglich gemacht werden, dass der Patient eine erweiterte, vielleicht auch eine alternative Sicht seiner Nöte aus dem Gespräch mitnehmen kann.

2.2 Diagnostizieren und Verstehen

Jenseits des bewussten Anliegens des Patienten gilt das Bemühen des Therapeuten der Aufgabe, ausreichend Informationen über den Patienten zu sammeln und in Erkenntnisse umzusetzen.

„Erkenntnis“ hat im Erstgespräch allerdings unterschiedliche Aspekte. Einerseits ist Erkenntnis das Ergebnis einer Diagnostik im medizinischen Sinn; sie fasst unterschiedliche Informationen zusammen und erlaubt deren Zuordnung zu bestimmten Störungskategorien. Sie erlaubt darüber hinaus, Ursachen für eine Erkrankung beziehungsweise für eine Störung anzugeben.

Erkenntnis ist andererseits ein Akt des Verstehens im psychologischen Sinn; er verleiht den Informationen einen subjektiven Sinn. Die Unterscheidung zwischen Diagnostizieren und Verstehen berührt die Dialektik von Erklären und Verstehen (Körner 1985) und damit die Unterscheidung von Gründen und Ursachen für unser Verhalten. Entscheidend für das Spannungsfeld von Diagnostizieren und Verstehen im Erstgespräch ist aber, dass der Therapeut in unterschiedlicher Weise mit dem Patienten umgeht. Dieser Wechsel im Umgang bereitet manchen Therapeuten Unbehagen. Man erfasst das Spannungsfeld am besten, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der Vorgang des Verstehens bedeutet, dass eine Sprache gefunden wird, die beiden Beteiligten gemeinsam ist. Menschen verstehen einander, wenn sie ein Stück gedanklicher Gemeinsamkeit im Umgang mit sich selbst und mit der Außenwelt gefunden haben. Die Gemeinsamkeit muss nicht sprachlich ausgedrückt worden sein, aber sie kann im Grundsatz als gemeinsame Sprache formuliert werden (Davidson 1986). Ein Großteil der Kommunikation im Alltag bis hin zum „Small Talk“ bei gesellschaftlichen Anlässen gilt dem Bemühen, ein kleines Stück Gemeinsamkeit in der Sprache und im Denken herzustellen.

Diagnostizieren und Verstehen bezeichnen aber unterschiedliche Formen von sprachlicher Kommunikation. Im Verstehen benutzen Therapeuten eine Sprache, in der sie *mit dem Patienten* kommunizieren, indem sie die gleichen sprachlichen Muster wie der Patient verwenden, wenn es um den gedanklichen Umgang mit sich selbst und mit der Welt geht. Beim Diagnostizieren benutzt der Therapeut dagegen die sprachlichen Muster, um *über den Patienten* zu kommunizieren, so wie wir alle mit Bekannten über Dritte reden. Die Kommunikation über Bekannte geschieht in einer Dreiecks-Situation, in der der Beurteilte von der Kommunikation ausgeschlossen ist. Im Verstehen sind die Personen der Außenwelt die ausgeschlossenen Dritten, über die gesprochen wird; beim Diagnostizieren ist es der Patient mit seinem Anliegen. Das Unbehagen der Therapeuten, die vom Verstehen zum Diagnostizieren wechseln, entspricht dem Unbehagen im Alltag, wenn wir uns dabei ertappen, dass wir im Konfliktfall nicht mehr *mit* einer nahestehenden Person reden, sondern plötzlich *über* sie reden – es ist wie ein umschriebener Loyalitätskonflikt.

Dieser Konflikt aber ist in der Psychotherapie und speziell im Erstgespräch unvermeidlich. Bei manchen Patienten und in manchen Gesprächssituationen gelingt es nämlich nicht, eine Sprache zu finden, in der der Patient sich wiederfindet; dort erscheint das Anliegen des Patienten, seine Schilderung der Lebensumstände oder sein Verhalten im Erstgespräch so fremdartig, dass er zwar in seinen Besonderheiten von außen beschrieben, nicht aber im psychologischen Sinn verstanden werden kann. Vom Therapeuten ist deshalb zu fordern, dass er seinen Umgang mit dem Patienten dessen Verständigungs- und Verstehensmöglichkeiten anpasst und gar nicht versucht, allen Patienten ein einheitliches Kommunikationsmuster überzustülpen. Generell kann man sagen, dass diagnostische Kategorien und Zuschreibungen umso wichtiger sind, je fremder uns ein Patient in seiner Erscheinung oder seiner Schilderung ist. Da sich andererseits vieles, was auf den ersten Blick als fremdartig oder überraschend erscheint, auf den zweiten Blick doch einem Verständnis öffnet, muss der Therapeut in der Lage sein, doppelgleisig zu denken: einerseits in einer gemeinsamen Sprache *mit* dem Patienten, andererseits in einer Sprache *über* den Patienten, wenn er dessen Fall in einer Supervision bespricht oder wenn er dem Gutachter einen Bericht über den Patienten abliefern.

Das Anliegen des Patienten spielt auch hier eine wesentliche Rolle: Wenn es offensichtlich um die Lösung eines umschriebenen Problems gehen soll, wird der Therapeut einen anderen Zugang wählen als bei der Indikationsstellung zur Langzeittherapie. Er wird z. B. viele diagnostische Fragen zurückstellen im Bemühen, in dem knappen zeitlichen Rahmen ein Verständnis für den Patienten zu entwickeln. Das Verstehen konzentriert sich dann auf die begrenzten Bereiche, die für die Problemlösung relevant sind.

2.3 Das Arbeitsmodell vom Patienten: Gestalt oder Hypothese?

Es ist nicht möglich, mit einer anderen Person in Kontakt zu treten, ohne eine gewisse Vorstellung von ihr zu haben. Selbst am Telefon machen wir uns anhand der Stimme ganz automatisch ein Bild vom anderen, das gelegentlich zur äußeren Erscheinung beim Kennenlernen im Widerspruch steht. Kommunikation oder „Beziehung“ findet also ganz selbstverständlich auf dem Boden eines vorgefassten Bildes statt, das sich beide Beteiligte vom jeweils anderen machen. Während die Vorstellungen vom anderen in der Regel vorbewusst bleiben, gehört es zur systematischen Reflexion des Psychotherapeuten, dass er sich diese seine Vorstellungen bewusst macht, sie systematisiert und ordnet. Damit kann er sicherstellen, dass er selbst nicht allzu unreflektiert in eine therapeutische Beziehung eintritt. Vor allem aber kann er auf diese Weise sicherstellen, dass das Bild vom Patienten nicht im Sinne eines Vorurteils den weiteren Verlauf prägt, sondern dass es sich dem Strom der Information beständig anpasst. Das systematisch reflektierte Bild vom Patienten lässt sich auch mit dem Begriff des „Arbeitsmodells vom Patienten“ (Greenson 1961; Peterfreund 1983) umschreiben.

Von besonderer Bedeutung ist, dass das Arbeitsmodell nicht nur von den Vorstellungen geprägt wird, die sich in der emotionalen Auseinandersetzung mit dem Patienten einstellen, sondern dass es zu wesentlichen Teilen auch von diagnostischen Zuschreibungen geformt wird. Während die Vorstellungswelt in der Alltagskommunikation bei wenigen und einfachen Bildern stehen bleiben kann, sollte sich das Arbeitsmodell des Therapeuten mit zunehmender Reflexion einerseits spezifizieren, andererseits ein höheres Abstraktionsniveau erreichen, so dass das Arbeitsmodell zunehmend zur Basis für die Psychodynamik, für eine Behandlungskonzeption und für die Interventionsstrategie des Therapeuten werden kann.

Damit ist die Frage berührt, auf welche Weise Therapeuten ihr Arbeitsmodell vom Patienten entwickeln und ausbauen und inwieweit die im Arbeitsmodell gesammelten Vorstellungen „falsch“ oder „richtig“ sind.

Zunächst einmal sei auf den **Modellcharakter** der Vorstellungen vom Patienten verwiesen. Modelle sind nicht einfach Abbildungen der Wirklichkeit, sondern haben eine verständnisfördernde und strukturierende Kraft. Diese folgt aber nicht den Gesetzen der naturwissenschaftlichen Logik, sondern eher einer Metaphernsprache (Buchholz 1993). Modelle sind dann überzeugend, wenn sie gute Gestalteigenschaften haben. Auch das Arbeitsmodell des Therapeuten muss ein überzeugendes Bild ergeben, wenn es zum Verständnis neurotischer Störungen herangezogen werden soll.

Das Bild, das sich der Therapeut macht, ist zwar kontextabhängig und vom jeweiligen Blickwinkel bestimmt, es ist dadurch aber keineswegs beliebig. Die Gestaltpsychologie hat in vielen Experimenten herausgefunden, unter welchen

Bedingungen Informationen als Gestalten wahrgenommen werden. Gestalten sind nicht falsch oder richtig, sondern sie sind stark oder schwach. Eine starke Gestalt zwingt mehr oder weniger alle Betrachter zu der gleichen Interpretation der Wahrnehmungen: Es gibt nur wenige widersprüchliche oder nicht einzuordnende Teilinformationen, die das Bild trüben. Schwache Gestalten enthalten zu viele widersprüchliche Informationen, die als Störfaktor wirken, sodass andere Personen, insbesondere der Patient selbst, von dieser Vorstellung nicht überzeugt werden können. Im Erstgespräch spiegelt das Arbeitsmodell den jeweiligen Erkenntnisstand des Therapeuten wider. Deshalb müsste man eigentlich immer von einem vorläufigen Arbeitsmodell sprechen, denn jede neue Wendung im Gespräch verändert die Erkenntnis und damit das Modell.

Das Arbeitsmodell des Therapeuten ist durchaus geprägt von seinen Grundeinstellungen und seinen theoretischen Vorannahmen. Die Schulen-Abhängigkeit der psychodynamischen Verfahren ist deshalb Gegenstand häufiger Kritik. Wenn man allerdings Orlinsky (1994) und seinem „generic model of psychotherapy“ folgt, verliert diese Kritik etwas an Bedeutung. Orlinsky geht davon aus, dass die Wirksamkeit einer Therapie nicht vom Wahrheitsgehalt der theoretischen Vorannahmen abhängt, sondern von der Überzeugungskraft, die Psychotherapeuten gegenüber ihren Patienten entwickeln. Erfolgreiche Therapien setzen überzeugende Therapeuten voraus. Das würde erklären, warum die Erfolgsmaße unterschiedlicher Therapieschulen untereinander so wenig differieren, während die Unterschiede zwischen verschiedenen Therapeuten erheblich sein können (Luborsky et al. 1988). Aus psychoanalytischer Sicht könnte man hinzufügen, dass die Ursachen der Symptome vielfach determiniert sind, sodass ein auslösendes Ereignis viele Bedeutungen gleichzeitig haben kann. Somit können verschiedene Behandlungs- und Deutungsstrategien zu ähnlichen Zielen führen.

Die Überzeugungskraft eines Therapeuten hängt nun aber keineswegs an seinem persönlichen Charisma; sie hängt entscheidend davon ab, ob er Arbeitsmodelle von seinen Patienten entwickeln kann, die eine starke Gestalt haben, oder nicht. Auf der anderen Seite verweist Cavell (1998) darauf, dass die Vorstellungswelt der Therapeuten nicht losgelöst betrachtet werden kann von der äußeren Realität, weil unsere Verständigungsmöglichkeiten darauf basieren, dass wir über die äußere Realität eine gemeinsame Meinung mit anderen Menschen haben. Auch die „Konstruktion“ von *visuellen* Gestalten in der Gestaltpsychologie ist keine Sache der Beliebigkeit, die nur inneren Gesetzmäßigkeiten folgt, sondern sie ist das Ergebnis früherer fortlaufender Auseinandersetzungen der Versuchspersonen mit der äußeren Realität, bei der diejenigen Gestalten favorisiert werden, die den visuellen Erfahrungen des Menschen seit seinem Kleinkindalter entsprechen (Hoffman 2000).

Auch die Vorstellungen des Therapeuten von seinem Patienten sind nicht beliebig konstruiert, sondern sind bestimmt von seiner Verarbeitung früherer klinischer Erfahrungen. Zugleich allerdings sollten die jeweiligen Modelle ihren

Hypothesencharakter behalten. Für den Psychotherapeuten hat die spezifische therapeutische Situation in Hier und Jetzt somit den Charakter einer „Außenrealität“, an der die eigene Vorstellungswelt ausgerichtet werden muss. Alle Erklärungen, die ein Arbeitsmodell anzubieten hat, haben nur so weit Berechtigung, wie sie am Material des Patienten, also seinem Erleben, Verhalten, seinen Erinnerungen und dem Kontext seiner Lebensgeschichte, festgemacht werden können.

2.4 Arbeitsmodell und klinische Theorie

Wie zuvor schon ausgeführt, liegen dem Arbeitsmodell eines Therapeuten unvermeidlich private Überzeugungen und klinische Theorien zugrunde, die sich in der bisherigen Arbeit als brauchbar herausgestellt haben. (Kapitel 4 dieses Buches beschäftigt sich ausführlicher mit den Überzeugungen und ihrer Verbindung zu theoretischen Vorannahmen.) Bei der Suche nach Gründen und Ursachen eines bestimmten Verhaltens gibt es unterschiedliche Zugänge zu einer Erklärung und damit zur Entwicklung eines Arbeitsmodells: Der Therapeut kann Erklärungen für ein spezifisches Verhalten aus einer klinischen Theorie heraus ableiten, dann wählt er einen **deduktiven Ansatz**. Er kann aber auch versuchen, dem Weg des Verstehens weitgehend zu folgen, ohne sich allzu schnell auf einen theoretischen Kontext oder eine theoretische Einordnung einzulassen. Der Bezug zu einer klinischen Theorie wird dann erst sekundär hergestellt, die Theorie eher vom Einzelfall her erschlossen. Das entspricht einem **induktiven Vorgehen** im Erstgespräch.

Der deduktive Ansatz setzt die Kenntnis von klinischen Theorien der einen oder anderen Richtung voraus, ist aber leichter umzusetzen. Je strikter er angewendet wird, desto weniger kann der Einzelfall zu einer Modifikation der Theorie beitragen. Theoretische Ableitungen bergen darüber hinaus die Gefahr, dass die Erklärungen des spezifischen Erlebens und Verhaltens stereotyp werden (s. dazu Kap. 6.2.2). Ungeübte Therapeuten verfügen oft über nicht mehr als ein oder zwei Arbeitsmodelle, die sie notgedrungen auf alle Patienten anwenden.

Natürlich ist das Verhältnis der Theorie zur Praxis komplizierter, als es in dieser Gegenüberstellung erscheint. Die Vorstellungen, die Therapeuten von ihren Patienten entwickeln, sind von Anfang an Ordnungsmuster und Überzeugungen gekoppelt, die aus der persönlichen oder der klinischen Erfahrung stammen, aber an theoretische Begrifflichkeiten gebunden sind. Die impliziten, d.h. den Therapeuten nicht unbedingt bewussten klinischen Theorien verdienen deshalb besondere Aufmerksamkeit. Sandler (1983) bezeichnet die klinische Theorie als ein mehr oder weniger konsistentes System von Vorstellungen, die in sich flexibel sind, sodass sie sich den Gegebenheiten des Patienten und der gegenwärtigen Situation anpassen. Dennoch hat die Unterscheidung zwischen einem dedukti-

ven und einem induktiven Vorgehen im Erstgespräch oder bei der nachträglichen Aufarbeitung ihre Berechtigung: Es macht einen erheblichen Unterschied, ob wir bei der Aufarbeitung das Erstgespräch anhand von Fachbegriffen ordnen oder ob wir Gedanken, Fantasien und Regungen im Kopf haben, die der Patient bei uns ausgelöst hat.

Ob ein induktiver oder ein deduktiver Weg zum Arbeitsmodell gewählt wird, hängt allerdings zu wesentlichen Teilen auch vom Patienten und seiner Störung ab. Je schwieriger es ist, den Patienten aus dessen Beschreibungen heraus zu verstehen und eine vorläufige Erklärung zu finden, desto mehr sind wir Therapeuten gezwungen, in Diagnose und Arbeitsmodell auf die klinischen Theorien zurückzugreifen. Der große Vorteil theoretischer Konstrukte liegt dann darin, dass sie einen kognitiven Rahmen bieten, in den die Problematik des Patienten sich einbetten lässt.

Eine Sonderstellung als Instrument bei schwer verstehbaren Patienten nimmt m.E. die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) ein. Der Arbeitskreis OPD (2006) hat mit den diagnostischen Achsen ein Raster zur Verfügung gestellt, in das sich die Problematik von Erstinterview-Patienten gut einfügen lässt. Die OPD bietet darüber hinaus die Anwendung einer Interviewtechnik, die als semi-strukturiert bezeichnet wird. Natürlich ist auch die Konstruktion der OPD theoriegeleitet; hier hat sich der Arbeitskreis aber um eine möglichst breite Einarbeitung verschiedener theoretischer Positionen bemüht. Die Auftrennung der komplexen Verknüpfungen in fünf diagnostische Achsen (Krankheitsverarbeitung, Beziehung, Konflikt, Struktur, ICD-Diagnose) erlaubt es dem Therapeuten, sich den einzelnen Aspekten der Persönlichkeit und ihrer Störung gezielt zuzuwenden.

Das OPD-Schema hat seine Stärken bei den Patienten, die sich aufgrund ihrer Störung oder ihrer Lebenseinstellung einem psychotherapeutischen Verstehen nur schwer erschließen. Dies macht sich besonders im Rahmen der Konsiliar- und Liaison-Tätigkeit sowie in den Klinikambulanzen bemerkbar. Auf der anderen Seite begrenzt das Schema die individuelle Begegnung zwischen Therapeut und Patient und die Entwicklung eines individuellen Arbeitsmodells, weil die Vorstellungen vom Patienten durch die vorgegebenen Skalierungen auf den Achsen 1–5 vorstrukturiert werden. Statt einer in sich stimmigen Gestalt hat der Therapeut im ungünstigen Fall ein Muster von Einstufungsergebnissen im Kopf. (Zur Kritik an den theoretischen Vorgaben der OPD siehe Kapitel 5.3.1 und 5.4) In der Praxis von niedergelassenen Therapeuten wird das komplette OPD-Interview deshalb wohl nur selten routinemäßig eingesetzt.

2.5 Zugänge zum Material des Patienten: Beobachten, Zuhören, Als-ob-Fantasien

Mit der Benennung eines induktiven Vorgehens, das das theoretische Vorwissen zunächst im Hintergrund belässt, ist der spezifische Zugang zum Patienten aber noch nicht ausreichend beschrieben. Auf welche Weise „findet“ ein Therapeut Erklärungen, die über das Selbstverständnis des Patienten hinausgehen?

Eine erschöpfende Antwort auf diese Frage lässt sich wahrscheinlich nicht geben. Angemerkt sei aber, dass es unterschiedliche Zugänge zum Patienten gibt, die in ihrer Kombination wesentlich zur Ausbildung eines Arbeitsmodells beitragen.

Zum Diagnostizieren gehört eine Form der Zuwendung, die sich mit der Bezeichnung „Beobachten“ am besten charakterisieren lässt. Der Beobachtende hält eine gewisse affektive Distanz zum anderen aufrecht; dabei tritt die eigene Vorstellungswelt des Therapeuten in den Hintergrund. Zur Beobachtung gehört die Tugend des Nicht-Wissens: Statt die fehlenden Elemente einer Erklärung rasch aus der eigenen Vorstellung heraus zu ergänzen, hält der Beobachtende die naheliegende Antwort zurück zugunsten eines genauen Hinschauens. Er verlässt sich möglichst nur auf das, was er sieht und hört. Schlussfolgerungen und Vermutungen sind auf diese Weise als solche sichtbar. Die beobachtende Position gehört deshalb in besonderer Weise zum Element der systematischen Reflexion. Durch das Beobachten werden die sogenannten Wie-Fragen im Erstinterview beantwortet: Wie verhält sich der Patient, wie antwortet er, wie stellt er seine Probleme dar? Je fremder uns ein Patient in seinem Anliegen und seinem Auftreten ist, desto wichtiger werden diese Wie-Fragen. Strukturelle Defizite, die in Kapitel 5.3 behandelt werden, erschließen sich vorwiegend durch das sorgfältige Beobachten des „Wie“.

Zum Prozess des Verstehens gehört dagegen eine Form der Zuwendung, die durch das Wort „Zuhören“ am besten wiedergegeben wird. Beim intensiven Zuhören schließen wir die Augen und verfolgen die Worte des Patienten gleichsam von innen her. Deshalb erlaubt das Zuhören vor allem die Beantwortung von Warum-Fragen; wir können nachverfolgen, aus welchen Gründen heraus der Patient so und nicht anders handelt oder reagiert. Bei der Entwicklung eines Arbeitsmodells vom Patienten, das auch die unbewussten Gründe seines Erlebens und Verhaltens umfasst, ist das Zuhören deshalb von besonderer Wichtigkeit.

Paula Heimann (1969) hat in einer Arbeit über den Erkenntnisprozess des Analytikers den Prozess des Verstehens sehr sorgfältig nachgezeichnet. Ihre Analyse hat in wichtigen Teilen Gültigkeit nicht nur für Psychoanalytiker, sondern für alle Therapeuten, die sich um ein psychodynamisches Verständnis des Patienten bemühen. Heimann kritisiert bei ihrer Analyse des Verstehens in bemerkenswerter Weise sowohl das Konzept der Empathie als auch das Konzept der Identifikation mit dem Patienten. Sie verweist darauf, dass beim Verstehen die beobachtende Distanz nie verloren gehen darf, weil sonst die Gefahr einer „Folie à deux“

entsteht. Bei der Identifikation haben Patient und Therapeut den gleichen gedanklichen Horizont, sodass dem Vorhandenen nichts hinzugefügt wird. Dagegen wird im analytisch-therapeutischen Gespräch die triangulierende Funktion des Therapeuten viel stärker sichtbar. (Im Kapitel 11.2.1 wird die triangulierende Funktion des Therapeuten ausführlicher erläutert.) Statt der Identifikation ist Heimann zufolge die Fähigkeit des Therapeuten gefragt, die Selbstaussagen des Patienten durch Vorstellungen und Bilder anzureichern. Sie spricht von der „imagination“ des Therapeuten, die sich auf die menschliche Fähigkeit gründet, sich ein abwesendes Objekt lebendig vorzustellen. „Wir können uns vorstellen, was und wie ein anderer fühlt und denkt, wie er Angst, Hoffnung, Verzweiflung, Hass, Rache, Liebes- und Mordimpulse empfindet; was für Vorstellungen, Phantasien, Wunschträume und Eindrücke, körperliche Schmerzen usw. er hat und wie er diese mit psychischen Inhalten füllt.“ (Heimann 1969, S. 9)

Das englische Wort „imagination“ lässt sich nicht gut als „Imagination“ übersetzen, zumal dieser Begriff durch andere therapeutische Verfahren besetzt ist. Es handelt sich dabei um einen Vorgang, der am besten als „Als-ob-Fantasie“ gekennzeichnet werden kann. Der Therapeut denkt sich aufgrund eigener Erfahrungen in den Patienten hinein und entwickelt eine Reihe von Fantasien, die zur Affektivität des Patienten und zu seinem sonstigen Umgang mit der Welt passen könnten. Diese Fantasien sind zunächst einmal Eigenprodukte des Therapeuten, die auf seine eigenen Lebenserfahrungen oder auf seine klinischen Erfahrungen mit anderen Patienten zurückgehen. Sie werden aber nicht als persönliche Fantasie verfolgt, sondern werden markiert als Bestandteile, die zum Patienten gehören. Damit stehen die Als-ob-Fantasien in Parallele zum Als-ob-Modus elterlicher Reaktionen auf affektive Äußerungen des Kindes (s. dazu Fonagy et al. 2004): Solange das Kind die elterlichen Reaktionen auf eigene Affekte als spielerischen Umgang begreift, kann es die Affektspiegelung zur Wahrnehmung eigener Affekte einsetzen. Werden sie dagegen als psychische Realität der Mutter genommen, machen die gespiegelten Affekte dem Kind Angst. In Parallele dazu stellt der Therapeut seine in der Stunde auftauchenden Fantasien dem Patienten zur Verfügung. Wenn sie als Als-ob-Fantasie markiert sind, werden sie nicht als biografisches Material des Therapeuten missverstanden, sondern tragen als Spiegelung der Vorstellungswelt zur Selbsterkenntnis des Patienten bei. Die Bedeutung der Als-ob-Fantasien wird im Kapitel 11.3.2 mit den Aufgaben der Supervision verknüpft. Im Zusammenhang mit den Erstgesprächen liegt ihre Bedeutung vor allem darin, dass sie dem Therapeuten helfen, Vorstellungen über den Patienten und sein unbewusstes Erleben zu entwickeln. Je mehr der Therapeut von den unbewussten Reaktionen anderer Patienten verstanden hat, desto mehr kann er dieses Verständnis für die Entwicklung weiterer Als-ob-Fantasien nutzen.

Je weiter allerdings der Therapeut sich im Erstgespräch auf das Material des Patienten einlässt und je mehr er seinen Als-ob-Fantasien Spielraum lässt, desto wichtiger ist das Element der Selbstreflexion mit dem Ziel, den nötigen Abstand zum Patienten wiederherzustellen. Zu dieser Selbstreflexion gehört aus meiner

Sicht zwingend das Protokollieren der Erstgespräche. Nicht zufällig hat Heimann dem beobachtenden Analytiker den protokollierenden Analytiker an die Seite gestellt. Das Protokollieren hat eine weitaus wichtigere Funktion als die einer Gedächtnisstütze. Bedeutsamer ist, dass der Therapeut über das Protokoll eine bewusste Strukturierung des Materials vornimmt. Die Aussagen des Patienten werden nicht einfach zusammengefasst, sondern sie bekommen zwangsläufig eine Struktur, in der das Wesentliche vom Unwesentlichen getrennt wird. Der Therapeut kann nur protokollieren, was er verstanden hat, und damit geht seine Sichtweise vom Patienten in das Protokoll ein. Es wird sichtbar, wie viel von den Daten der Lebensgeschichte, wie viel von den frühen Bezugspersonen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stand und welche Aspekte ausgeblendet blieben. Genauso wichtig sind allerdings die Fragen, an welchen Stellen der Therapeut sich unwohl und unsicher fühlte und welche Mitteilungen an den Patienten er selbst gemacht hat. In diesen Mitteilungen steckt häufig bereits ein bedeutender Teil des vorläufigen Arbeitsmodells vom Patienten.

Es bleibt beim Protokollieren nicht aus, dass die Lücken bei den Informationen, im Verständnis und in den bisherigen Erklärungen sichtbar werden. Deshalb hat das Protokoll wichtige Funktionen für eine selbstkritische Standortbestimmung. Und schließlich sollte im Protokoll auch vermerkt werden, in welcher Weise der Patient auf die Interventionen und die Klärungsversuche des Therapeuten reagiert hat. Die Reaktionen sind wichtige Indikatoren dafür, ob die Vorstellungen vom Patienten „passen“ oder ob sie modifiziert werden müssen.

2.6 Übertragung, Gegenübertragung und szenisches Verstehen im Erstgespräch

Mancher Leser mag sich wundern, dass in diesem Kapitel über das Erstinterview der Einfluss von Übertragung und Gegenübertragung auf die Entwicklung des Arbeitsmodells so wenig behandelt wird. Die Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung sind inzwischen zum Markenzeichen psychoanalytischer Therapien in all ihren Anwendungen geworden (s. dazu Gill 1996); in der einführenden Literatur und in den Lehrbüchern werden sie ausführlich behandelt. Diese Position als Markenzeichen psychoanalytischen Denkens bezeichnet aber auch ein Problem, wenn das Übertragungskonzept im Erstgespräch überbetont wird. Das Übertragungskonzept ist ein Bestandteil der Theorie mit vielen unterschiedlichen Konnotationen. Wenn sich Therapeuten im Rahmen einer Diagnostik überwiegend auf die Manifestationen von Übertragung und Gegenübertragung konzentrieren, dann wählen sie zwangsläufig einen deduktiven, also vorwiegend theoriegeleiteten Zugang zum Patienten. Das Element der Beobachtung und damit der affektiven Distanz zum Patienten wird dann betont. Dabei

besteht die Gefahr, dass das Übertragungskonzept in klischeehafter Vereinfachung eingesetzt wird, verknüpft mit ebenso klischeehafter Benennung von Gegenübertragungsreaktionen. Das Problem verschärft sich, wenn Therapeuten im Bemühen, dem analytischen Anspruch gerecht zu werden, frühzeitig Übertragungsdeutungen im Erstgespräch einsetzen. Sie benennen damit etwas, was sich gerade erst in vorsichtiger Entwicklung befindet, und stören damit die Entwicklung eher, als sie zu fördern. Die empfindlichen Anteile einer Beziehung entwickeln sich im Alltagsleben im Schatten anderer Themen; sie schrumpfen und versiegen, wenn sie ins Licht des Bewusstseins gezerrt werden. Deshalb werden speziell in den Erstgesprächen wichtige Übertragungsanteile zwischen den Beteiligten durchaus produktiv „ausgehandelt“. Sie sollten zumindest nicht unbedacht benannt werden. Das unterscheidet aus meiner Sicht die Vorphase einer Psychotherapie von der eigentlichen therapeutischen Arbeit, bei der sich Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen stetig entwickeln. Wichtig wird das Übertragungskonzept, wenn sich im Verlauf einer Behandlung Konflikte in der therapeutischen Beziehung ergeben (s. dazu Kap. 11.4.2) oder wenn es Probleme bei der Einigung auf ein Therapieziel gibt (s. Kap. 3.7). Im Übrigen haben Wöller und Kruse (2010) wichtige Hinweise gegeben, wie man mit Übertragung und Gegenübertragung auch im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie umgehen kann.

Die Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung sind deshalb Teil der systematischen Selbstreflexion und gehören damit eher in das Protokoll von Erstgesprächen als in die Sitzung selbst. Aus einer reflektierenden Position heraus wird man Übertragungsmanifestationen natürlich in den Vorstellungen entdecken, die der Patient in das Erstgespräch mitbringt, und Gegenübertragungsmanifestationen in den Vorstellungen, die der Therapeut während der ersten Sitzungen über den Patienten entwickelt. Die Als-ob-Fantasien des Therapeuten sind natürlich auch als affektive Antworten auf das unbewusste Übertragungsangebot des Patienten aufzufassen, selbst wenn sie in dieser Funktion nicht aufgehen.

Das **psychoanalytische Erstinterview** ist in Deutschland stark geprägt von den Arbeiten Argelanders (1966, 1970). Bei ihm wird bereits das Erstinterview als „analytische Situation“ aufgefasst. Argelander geht davon aus, dass die Beziehung zwischen Patient und Interviewer von Beginn an geprägt ist von spezifischen Übertragungserwartungen. Argelander benennt dabei drei Quellen der Information im psychoanalytischen Erstinterview:

- die objektive, welche die gesamte erfragbare Biografie und die Krankheitsanamnese sowie die Informationen zur aktuellen Lebensrealität enthält,
- die subjektive, die vor allem das subjektive Erleben des Patienten sowie seine Übertragung enthält,
- die sogenannten szenische Information, bei der ein geschulter Interviewer bzw. ein geschultes Team von Beobachtern aus den initialen Verhaltensangeboten des Patienten Rückschlüsse ziehen kann auf dessen Erwartungen, Ängste und Übertragungsangebote.

Thomä und Kächele (1996) haben sich mit Argelanders Position und ihren Auswirkungen kritisch auseinandergesetzt. Zum einen verweisen sie darauf, dass Argelanders Ansatz überwiegend zugeschnitten ist auf potenzielle Analysepatienten, die über entsprechende Voraussetzungen verfügen. Sie zeigen darüber hinaus, dass die psychoanalytische Aufschlüsselung der jeweiligen Szene (die ja im Kern eine hypothesengeleitete Interpretation ist) zwar eine spannende, hochdifferenzierte Reflexionsleistung ist, dass diese Reflexion aber am überzeugendsten gelingt, wenn sie nach dem Gespräch von einer Runde externer Beobachter geleistet wird. Es bleibe zu fragen, ob nicht Patient und Interviewer mit dieser Aufgabe im Gespräch eher überfordert sind.

Für das szenische Verstehen gelten aus meiner Sicht die Bedenken, die mit dem Übertragungskonzept verbunden sind, in verstärktem Maße: Sie setzen eine besondere Schulung des Beobachters voraus. Dabei hat der Gedanke, dass sich oft schon in der Anfangsszene ein zentrales Konfliktelement des Patienten abbildet, durchaus etwas Faszinierendes. Diesem Reiz steht allerdings die Frage gegenüber, wie viel für das Arbeitsmodell des Therapeuten gewonnen ist, wenn dieser Konfliktanteil früh in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt. Die Anfangsszene enthält viel Konfliktmaterial, das aus tieferen unbewussten Motiven und Ängsten gespeist wird. Diese Konfliktbereiche dürften mit dem vorbewussten Anliegen des Patienten an das Erstgespräch nicht zusammenfallen. Stattdessen werden tiefere Schichten der Selbstorganisation bloßgelegt, die sich in der Körpersprache, im „Wie“ der Zuwendung und in der Art des Selbstschutzes manifestieren. Ähnlich wie beim Übertragungskonzept trägt die nachträgliche Aufarbeitung der Anfangsszene durchaus zur Entwicklung und Vervollständigung des Arbeitsmodells bei. Wenn die unbewusste Szene aber frühzeitig in Deutungen einbezogen wird, muss der Therapeut mit heftigen Schamreaktionen und ggf. mit einer Verstärkung der Abwehr rechnen: Bestätigt er doch die tiefsitzenden Ängste vieler Patienten vor dem „Röntgenblick“ des analytischen Therapeuten, dem nichts verborgen bleibt. Dass Patienten, die bereits mit dem ausdrücklichen Wunsch nach einer Psychoanalyse zum Erstgespräch kommen, von einer Deutung der Anfangsszene im Einzelfall profitieren können, steht dabei außer Frage.

2.7 Die Entwicklung des Arbeitsmodells

Das nachfolgende Beispiel zeigt die Herausarbeitung des Arbeitsmodells an einem konkreten Patientenfall auf.

Beispiel 1

Eine 44-jährige Patientin hatte sich über die Institutsambulanz schriftlich angemeldet und dabei einen ausführlichen Bericht mit vielen biografischen Daten beigelegt. Sie berichtete dort über „Depressionen“ seit mehreren Jahren und über vielfältige „Ängste“, die ihr Leben erheblich beeinträchtigten.

Aus der Biografie ihres Berichtes ging hervor, dass die Patientin als älteres von 2 Kindern (Bruder –5) geboren worden ist. Mit 18 Jahren schloss sie sich gegen den Willen der Eltern einer streng pietistischen Glaubensgemeinschaft an und arbeitete für mehrere Jahre als Krankenschwester im Ausland. Dabei nahm sie ein zölibatäres Leben ganz bewusst in Kauf. Mit 35 Jahren hätten sich so massive Ängste eingestellt, dass sie nicht mehr als Krankenschwester arbeiten konnte. In Kontext einer Psychotherapie habe sie sich von der Glaubensgemeinschaft gelöst und sei wieder in eingeschränktem Rahmen beruflich tätig geworden. Vor 8 Jahren habe sie ihren 3 Jahre älteren Ehemann kennengelernt, der damals frisch verwitwet war und einen damals 5-jährigen Sohn hatte. Die jetzige Ehe sei kinderlos geblieben und „schön“, aber die Patientin trauere ihrer versäumten Lebensentwicklung nach.

Schon beim Lesen dieses Berichtes stellten sich bei mir Vorstellungen über die Problematik dieser Patientin ein. Ich stellte sie mir als stark religiös geprägte und eher triebfeindliche Frau vor, die ihre ungelebte Weiblichkeit in einem verspäteten und deshalb unerfüllbaren Kinderwunsch untergebracht hat. Darüber hinaus kam die Vermutung auf, dass es eine nicht eingestandene Rivalität der Patientin zur verstorbenen Ehefrau des Partners geben dürfte. Diese Konflikte, so vermutete ich, würden in der Angst- und Depressionssymptomatik untergebracht.

Der erste Eindruck von dieser Patientin passte wenig zu meinen Vermutungen. Die Patientin war eine leutselige, durchaus zugewandte Frau, die keineswegs religiös-triebfeindlich wirkte. Sie nahm mich vom Beginn des Gesprächs an stark in Beschlag, indem sie ausführlich noch einmal ihre Lebensgeschichte aufrollte. Von Verbitterung konnte ich bei ihr nichts entdecken. Im Gegenteil – das Anliegen der Patientin bestand darin, dass ich ihren Erklärungsnotstand auflösen sollte: Es gehe ihr doch eigentlich so gut; sie habe so viel Glück gehabt mit ihrer späteren Heirat und dem Sohn, dass es überhaupt keinen Grund gebe, ängstlich und depressiv zu sein.

»**Kommentar** Dass ein Patient bei der Anmeldung schon viele Probleme schildert und Daten zur Lebensgeschichte liefert, ist in der Praxis niedergelassener Therapeuten wohl eher selten. Häufiger allerdings bekommen Therapeuten Zuweisungen von Kollegen, die bereits mit einigen Angaben zur Problematik des Patienten verknüpft sind. Es

ist also nicht so selten, dass der Therapeut schon vor Beginn des Erstgesprächs einige Vorstellungen vom Patienten im Kopf hat. Das ist aus meiner Sicht kein Nachteil; es muss vor Beginn des ersten Gespräches kein Informationsverbot für den Therapeuten geben. Wichtig ist dagegen, dass diese Vorinformationen an der Gesprächssituationen überprüft werden. Im vorliegenden Beispiel zeigte sich schon bei der Begrüßung, dass meine Vorstellungen von der Patientin nicht zutrafen. Deshalb musste das Arbeitsmodell bereits zu diesem frühen Zeitpunkt teilweise korrigiert werden.

Eher ungewöhnlich bei dieser Patientin war, dass sie ihr Anliegen so eindeutig formulieren konnte. Ihre Frage an mich stand also von Beginn an im Raum. Ich hatte keine Probleme, der Patientin bei ihrem Anliegen zu folgen. In diesem Erstgespräch würde es keine großen Probleme mit einer gemeinsamen Sprache geben, sodass die Kommunikation eindeutig *mit der Patientin*, nicht über die Patientin laufen würde. «

Fortsetzung Beispiel 1

Bei dieser Patientin nahm das Erstgespräch einen ungewöhnlichen Verlauf, weil die im Beschwerdebogen so stark betonten Depressionen und Ängste zunächst überhaupt keine Rolle spielten. Ich war so stark mit dem Zuhören und mit der Informationsverarbeitung beschäftigt, dass ich die medizinisch-diagnostische Seite des Erstgesprächs über eine lange Strecke geradezu „vergaß“. Das lag vor allem daran, dass die Patientin mich mit detaillierten Informationen gründlichst versorgte, sodass nur wenig Platz zum Nachdenken blieb. Immerhin stellte ich mit dem beobachtenden Teil meiner selbst erstaunt fest, dass die Patientin entgegen meinen Erwartungen zwar von Depressionen und Ängsten redete, im Gespräch selbst aber weder depressiv noch ängstlich wirkte. Sie war im Gegenteil von einer freundlich-naiven, aber unübersehbaren Dominanz.

Erst im zweiten Teil des Erstgesprächs nahm ich das Heft der Gesprächsführung stärker in die Hand und fragte sehr genau und detailliert nach den Ängsten der Patientin. Erst jetzt also kam der medizinisch-diagnostische Aspekt des Erstgesprächs zum Tragen. Dabei stellte sich heraus, dass es sich bei ihren „Ängsten und Depressionen“ wohl um körperliche Missempfindungen handelte, die relativ eindeutig Konversionscharakter hatten. Die Symptome wurden dann sekundär teils depressiv verarbeitet, zum anderen Teil mündeten sie in phobische Symptome bis hin zur manifesten Agoraphobie.

»**Kommentar** Im weiteren Gesprächsverlauf zeigen sich die Gefahren, die sich einstellen, wenn der Therapeut dem Anliegen des Patienten unter seinem Kontaktangebot allzu unbedacht folgt: Die beobachtende Position ging an einer wichtigen Stelle zeitweise verloren. Ich hatte die Bezeichnungen von „Angst“ und vor allem von „Depression“ phasenweise übernommen, ohne die Symptomatik genau anzuschauen. Dazu hat sicher beigetragen, dass die Patientin in ihrem Auftreten und Reden so gut zu verstehen war. Das Arbeitsmodell bekam aber durch die diagnostische Klärung ein anderes Gesicht: War ich zunächst (mit der Patientin) davon ausgegangen, dass es in einer Therapie viel um Trauerarbeit gehen müsse, rückten jetzt Fragen nach Konflikten, insbeson-

dere nach sexuellen und aggressiven Konfliktkonstellationen, in den Vordergrund. Dies gilt auch, wenn die Patientin ihre Ehe und ihr Familienleben durchweg als „schön“ beschreibt. Könnten in dieser Idealisierung unbewusste Konfliktanteile versteckt sein? «

Fortsetzung Beispiel 1

Beeindruckend war, wie die Patientin ihre Kindheit beschrieb: Der Vater sei vor der Ehe sexuell ein Draufgänger gewesen; nach der Heirat habe er eine völlig unbegründete Eifersucht entwickelt und dabei die Mutter beschimpft und kontrolliert. Dazu sei er cholerisch-jähzornig gewesen und habe die Patientin dann regelrecht verprügelt. Dass die Mutter so früh verstarb, schreibt die Patientin dem (inzwischen verstorbenen) Vater zu.

Anhand dieser Schilderungen versuchte ich mir die Fantasiewelt der Patientin und ihre Beziehung zu beiden Eltern vorzustellen. Zunächst ging ich davon aus, dass sich die Patientin mit der Mutter gegen den Vater verbündet hatte. Dies wurde aber von der Patientin korrigiert: Die Mutter wurde als sehr engstirnig-bigotte Frau beschrieben, die unterwürfig und ängstlich auf Harmonie bedacht war. Sie bot kaum Ansatzpunkte für weibliche Identifikationen. Dagegen konnte ich mir zunehmend besser vorstellen, dass die Patientin ihren Vater gefürchtet, ihn zugleich aber wegen seiner Vitalität auch bewundert hatte. Damit aber bekam die Schilderung der Beziehung zum Ehemann eine andere Bedeutung: Anscheinend war er ausgesprochen sanftmütig und auf Harmonie bedacht! Könnte es sein, dass die Patientin jemanden geheiratet hat, der das Gegenteil zum jähzornigen und gefährlichen Vater ist? Dann wäre die jetzt gefundene Lösung wirklich „schön“. Andererseits bleibt dann unklar, warum die Patientin bei dieser konfliktarmen Lösung zunehmend dekompenziert ist.

»**Kommentar** Zum Arbeitsmodell des Therapeuten gehören Vorstellungen darüber, welche Beziehungsmuster die Kindheit der Patienten bestimmt haben – jenseits von konkreten Ereignissen wie Verlust, Scheidung oder Gewalt in der Familie. Alle diese Ereignisse nehmen Einfluss auf die Entwicklung, aber sie sind noch nicht die Entwicklung des Patienten. Im vorliegenden Fall habe ich von meinen Als-ob-Fantasien Gebrauch gemacht, um mir die Kindheit der Patientin vorzustellen. Die Patientin hat diese Fantasien zunächst zurückgewiesen beziehungsweise korrigiert, die heimliche Bewunderung für den starken und vitalen Vater passte dann aber zu den Erinnerungen und zum Erleben der Patientin. Damit verbunden war allerdings ebenso eine Korrektur der Vorstellungswelt aufseiten der Patientin: Sie hatte sich – anscheinend auch unter dem Einfluss der Vortherapie – vom Vater kategorisch abgegrenzt und sich ausschließlich als Opfer seiner Gewalt gesehen. An dieser Stelle also gab es eine Diskrepanz zwischen den vorbewussten Selbstvorstellungen der Patientin und meinem Arbeitsmodell. Für das korrigierte Arbeitsmodell sprach die Tatsache, dass sich die Frage der aktuellen Partnerwahl gut in die Beziehungsgestaltung der Patientin einordnen ließ. «

Fortsetzung Beispiel 1

Bemerkenswert in diesem Erstgespräch war die Form der Interaktion, die sich von Beginn an gezeigt hatte. Sie war geprägt vom Bemühen der Patientin um Dominanz im Gespräch. Den Gesprächsverlauf hatte die Patientin fest in der Hand; sie neigte zu ausführlichen Schilderungen, die mir die Rolle eines geduldigen Zuhörers zuwiesen. Mir war in der Kommunikation durchaus bewusst, dass die Patientin die Kontrolle über das Gespräch in der Hand behalten wollte, ich scheute mich aber, dieses Kontrollbedürfnis zu benennen. Ich war mir ziemlich sicher, dass die Benennung die Defensivität der Patientin verstärkt hätte, zumal sie ganz offensichtlich stolz auf die Eigenleistung zu sein schien, die sie damit vollbrachte.

Eine noch größere Vorsicht schien mir angebracht zu sein gegenüber einer zweiten Wahrnehmung, die sich bei mir zunächst nur als ein leichtes Kopfschütteln bemerkbar machte, das sich dann bis zum leisen Schmunzeln steigerte. Diese Wahrnehmung meiner Gegenübertragung betraf das Element naiver Übergriffigkeit aufseiten der Patientin. Die Patientin eröffnete das Gespräch mit der Frage: „Und? Haben Sie meinen Fragebogen gelesen, den ich ausgefüllt habe?“ Ich fühlte mich prompt freundlich kontrolliert, als hätte die Patientin gesagt: „Na, haben Sie auch ihre Hausaufgaben anständig erledigt?“ Später dann ebenso naiv-freundlich ihre Frage: „Gell, das wissen Sie schon, was eine Eklampsie ist?“ Diese leicht bevormundende Übergriffigkeit konnte ich zunächst nicht gedanklich zuordnen, aber ich spürte umso mehr: Die Benennung dieser Interaktion hätte die Patientin massiv verunsichert, egal in welchen deutenden Zusammenhang ich sie gekleidet hätte. Ich beschloss, ohne viel darüber nachzudenken, mir diese Art der Interaktion gefallen zu lassen; ich ließ mich im Erstgespräch also gleichsam von der Patientin an die Hand nehmen und folgte mit meinen Als-ob-Fantasien dem Erleben, das sie mir vorzeichnete. Ich war davon überzeugt, dass diese Umgangsform nicht einer spezifischen Begegnung mit mir geschuldet war, sondern ihrem Verhalten in ihrer sozialen Realität durchaus entsprach.

»Kommentar Die hier beschriebene Interaktion enthält meine teils spontanen, teils nachträglichen Beobachtungen zur Übertragung und Gegenübertragung. Im Nachhinein würde mir vielleicht eine Formulierung einfallen, die die Interaktion hätte benennen können, ohne die Patientin zu verstimmen. In der gegebenen Situation wäre ich mir nicht sicher genug gewesen, dass die Deutungen nicht vordringlich dem Ziel gedient hätten, die Dominanz im Gespräch zurückzugewinnen. Bemerkenswert ist natürlich im Nachhinein, wie stark die Anfangsszene etwas von der unbewussten Vaterproblematik der Patientin enthalten hat. Aber auch hier würde ich zögern, die Szene zu deuten, selbst wenn ich sie am Beginn des Gespräches bereits hätte entschlüsseln können.«

Fortsetzung Beispiel 1

Am Ende dieses Erstgesprächs fühlte ich mich in vieler Hinsicht unsicher. Ich hatte die Vorstellung von einer religiös-triebfeindlichen Frau korrigieren müssen und hatte vor allem verstanden, dass die Patientin Angst vor mir und meinen Interventionen hatte. Die Angst vor mir konnte ich einerseits mit einer Vater-Übertragung in Verbindung bringen, aber dazu passte die Dominanz der Patientin mir gegenüber nicht. Verstanden hatte ich zudem, dass die Patientin einen Mann geheiratet hatte, der das Gegenteil von ihrem Vater war. Auf diese Weise konnte sie sich im späten Alter binden, ohne das gleiche Schicksal befürchten zu müssen wie ihre Mutter. In meiner zusammenfassenden Bemerkung am Ende der ersten Stunde hatte ich das aggressionsvermeidende Element in der Partnerwahl betont, hatte aber das Gefühl, damit offene Türen einzurennen. Ungeklärt blieb die Frage, warum die Patientin trotz ihrer geglückten Aggressionskontrolle soviel Angst entwickelt hatte und warum sie bei aller Zufriedenheit so sehr der Vergangenheit nachtrauerte.

Die entscheidende Erkenntnis kam mir erst beim Nachdenken über die erste Stunde: Wenn die Patientin ein Kind war, das eher dem Vater ähnelte, während der Bruder der Mutter ähnelte, und wenn sie einen freundlichen und aggressionsgehemmten Mann geheiratet hatte, drohte sich dann nicht die Konstellation zwischen den Eltern zu wiederholen, wobei lediglich der Ehemann die Rolle der Mutter übernahm? Plötzlich fiel mir eine Bemerkung der Patientin ein, mit der ich im Gespräch überhaupt nichts hatte anfangen können: Sie wolle niemals, dass ihr Ehemann unter ihr so leiden müsse wie die Mutter unter dem Vater. Ihre Dominanz und ihre Übergriffigkeit im Gespräch waren das Ergebnis einer Identifikation mit dem autoritären Vater, dem sie selbst ähnlich war. Im nächsten Gespräch erfuhr ich dann, dass der Vater die Patientin oft als „wilden Gaul“ bezeichnet hatte, der mit Gewalt gezähmt werden müsse. Der „wilde Gaul“ hatte in der Adoleszenz aus Angst vor seiner libidinösen Vitalität die religiöse Ehelosigkeit gewählt und war daran gescheitert; jetzt drohte diese als aggressiv und unweiblich erlebte Vitalität immer wieder, die Patientin zu überschwemmen. Die Mutter hatte keine Anreize zu einer stabilen weiblichen Identität setzen können.

»Kommentar Die beschriebene Entwicklung dokumentiert den Wert der gründlichen Aufarbeitung eines Erstgesprächs, nicht zuletzt unter Einbeziehung des Stundenprotokolls. Auch erfahrene Therapeuten sind mit dem Anspruch überfordert, bereits in der Gesprächssituation selbst alle Implikationen und alle unbewussten Bedeutungen der Berichte und der Interaktionen zu erfassen. Die nachträgliche Bearbeitung des Materials ist deshalb wichtig; sie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der systematischen Reflexion einer therapeutischen Beziehung.«