

Das Praxiserstgespräch unter psychodynamischen Gesichtspunkten **Dr. med. Herta Wetzig-Würth**

Vorgeschichte:

In Braunschweig lief im Jahr 2001 die Troja-Ausstellung. Sie regte mich an, in mein Sommerurlaubsgepäck die Ilias mitzunehmen, um in Muße und anders als seinerzeit als Kind die Homerischen Verse – 24 Gesänge - in der Vosseschen Übersetzung zu lesen.

Ich nahm aber auch die Notizen für dieses Referat hier mit, und – während ich die überarbeiten wollte – formte sich als erstes – gewissermaßen aus dem Hexameter gefütterten Bauch heraus – eine Klage in Versform, *angelehnt* an den Homerischen Hexameter, und *Sie* müssen jetzt diese Klage über sich ergehen lassen, denn sie hat einen Bezug zu meinem Referat:

- Fünfzig Minuten und mehr für ein Erstgespräch brauche ich meistens
- Und nur zwanzig steh'n zur Verfügung mir hier

Aus dem Bauch heraus sagte ich;
den Bauch betrachten wir ja flapsig ausgedrückt als den Ort der Gefühle, der unbewussten, der vorbewussten Gefühle, der abgewehrten und abwehrenden.

Tiefenpsychologisch verstanden handelt es sich in aller Regel um Gefühle, die nicht gelöste Konflikte umgeben oder auch tiefe und frühe – dem Bewusstsein entzogene – Wunden und Leerstellen.

Die Symptomatik, unter der Patienten leiden und mit der sie sich in der Arzt-Praxis vorstellen kann – sofern keine rein somatische Erkrankung vorliegt – diesem Bereich entspringen – als sogenannte Abkömmlinge des Unbewussten.

Nun, Gefühle hat der Patient und Gefühle hat auch der Arzt, der Therapeut.

Diese einfach formulierte Tatsache enthält gleichermaßen auf Seiten des Arztes die Chance, zu verstehen und auf Seiten des Patienten, verstanden zu werden, wie andererseits aber auch die Möglichkeit, dass alte – meist ungünstige – Beziehungserfahrungen wiederholt werden und eine heilsame Begegnung auf der Beziehungsebene – im Sinne Balints – nicht gelingt.

Sofern keine rein somatische Erkrankung vorliegt, gilt im ganzheitlichen psychosomatischen – d.h. Leib-Seele-Geist umfassenden – Verständnis, dass die Symptome, unter denen Patienten leiden, und mit denen sie sich in der Arzt- oder Psychotherapeuten-Praxis vorstellen – diesem bewusst nicht zur Verfügung stehenden Bereich entspringen – als sogenannte Abkömmlinge des Unbewussten.

So verstanden kann die Symptomatik appellativen Charakter haben, eine gewissermaßen verschlüsselte Botschaft enthalten, einen Hinweis geben auf im „Dunkeln“ vor sich hin „Grummelndes“, oder drastischer ausgedrückt: der Geruch der Leiche im Keller ist noch nicht die Leiche selbst, aber man kann dem Geruch folgen, suchen, vielleicht auffinden und sogar bereinigen. Lacan drückt dies feiner aus, wenn er sagt: „Der Signifikant ist Symbol einer Abwesenheit.“

Symptom also als Hinweis auf etwas, das sich dem direkten und schnellen Erkennen und Zugriff entzieht.

Mit anderen Worten:

Der Patient kommt mit einer vordergründigen Symptomatik in die Praxis. Dahinter oder darunter verbirgt sich u.U. sein eigentliches Anliegen, das die Symptomatik in Gang hält.

Unser Bemühen gilt zwar auch der angebotenen Symptomatik, das eigentliche Bemühen aber gilt dem dahinter oder darunter verborgenen Anliegen.

Um zu verstehen, um zu einer Gesamtdiagnose somatopsychisch – psychosomatisch zu kommen, eine Gesamtdiagnose, die die Persönlichkeit des Patienten mit einschließt, stehen dem Arzt als Instrumente nicht nur Stethoskop und untersuchende Hände zur Verfügung, sondern Empathie, seine Wahrnehmung, das Hören mit dem dritten Ohr.

Zu hören gilt es, was und wie gesprochen wird, und was der Sprechende oder Schweigende *in Wahrheit* ausdrücken will.

Im affektiv aufgeladenen Wechselspiel von Übertragung – Gegenübertragung – Widerstand gilt es wahrzunehmen, auszuhalten, zu ordnen, zu klären und gegebenenfalls zu deuten.

Ein Beispiel

Eine 35 jährige Patientin meldet sich telefonisch an, weil es ihr im Zusammenhang mit einer Trennungsproblematik „schlecht“ gehe. Am Telefon wirkt sie selbstbewusst und zugewandt. Als sie zur verabredeten Sitzung kommt, öffne ich ihr die Tür zum Sprechzimmer und schaue ihr nach, wie sie stakig und steif, etwas plump, zum Sessel stampft.

Wir setzen uns, nachdem die Patientin ihre Schlüssel behutsam, irgendwie „sacht“ auf den Fußboden gelegt hat. „Widersprüchlich“, geht mir durch den Sinn. Und weiter: „Sanft mit den Dingen, hart und steif mit sich selbst?“ Ich *sehe* die Patientin angespannt, mit eingezogenem Kopf, hochgezogenen Schultern und eng zusammengepreßten Oberschenkeln dasitzen, „verknotet“

ist meine Wahrnehmung. Ich eröffne das Gespräch und komme ins Stocken, als ich dem kalt abweisenden Blick der Patientin begegne. Ich *verspüre* eine Enge um die Brust und bemüht sich um einen einladend freundlichen Klang in meiner Stimme.

Ich sage:

„Sie sagten mir am Telephon, daß Sie sich kürzlich von ihrem Mann getrennt haben, und daß Sie diese Situation schlecht verkraften?“

Pat räuspert sich und schweigt.

Ich: *„Das ist offenbar jetzt alles schwerer für Sie, als Sie zunächst gedacht hatten?“*

Pat wieder: *„Hm!“* erneutes Schweigen. Ich spüre verstärkt die Enge, ein „elendes Gefühl“ steigt in mir auf. Ich nehme eine Blockade meiner Denkfähigkeit wahr. Am liebsten würde ich die Patientin schnell wieder loswerden. Langsam verdichtet sich in mir: „Ich muß - ohne mich rühren zu können - etwas aushalten, etwas affektiv Hochbesetztes und unsagbar Verknottetes. Ich löse mich aus dieser Enge, indem ich spreche und *mein* Gefühl, als *das Gefühl der Patientin*, zu übersetzen beginne.

Ich: *„Ich spüre, daß Sie mit einer ziemlich massiv ängstigenden inneren Verstrickung zu mir gekommen sind. Wollen Sie versuchen, mir davon zu erzählen?“*

Pat mit jetzt forschendem Blick: *„Eigentlich bin ich wegen meiner Gelenke gekommen. Mein Arzt kann keine Ursache finden für meine Schmerzen. Es geht mir sehr schlecht, und er meint, daß da auch mein Psychokram eine Rolle spielt.“*

Ich: *„Sie sagen „Psychokram“ und meinen offenbar Ihre Probleme im Zusammenhang mit der Trennung von Ihrem Mann?“*

Pat: *„Ich weiß nicht. Als Sie eben von meiner Verstrickung sprachen, sah ich mich Amok laufen.“*

Ich: *„Amok laufen?“* Nach einer Pause zögernd: *„Todeswünsche?“*

Pat: *„Ja, kurzen Prozeß machen - ohne Ansehen der Person!“* Es folgt ein tiefes Durchatmen.

In der tiefenpsychologischen Anamnese können die Hintergründe für den Impuls, Amok zu laufen, verstanden werden: der Patientin ist in Kindheit und Jugend übel mitgespielt worden. Sie ist schwer traumatisiert.

Soweit das Beispiel – und nun etwas Theorie:

Unter Praxiserstgespräch, oder *Erstinterview* ist ein informatives und diagnostisches Gespräch gemeint. In ihm kann der Patient sich mit seinen

Anliegen, seinem Leiden und seinem Wunsch nach Hilfe artikulieren und auch den Therapeuten etwas kennenlernen.

Und auch der Therapeut kann sich einen ersten Eindruck vom Patienten verschaffen, nämlich von

- seinen aktuellen Symptomen,
- seinen Persönlichkeitszügen,
- seinen zwischenmenschlichen Beziehungsmöglichkeiten.

Und es ist auch ein erster Eindruck möglich, wie Patient und Therapeut mit einander umgehen können. Stichwort: „Passung“.

Im Erstgespräch interessieren uns *erst einmal die aktuellen Konflikte*, aber wir haben *auch ein Ohr für die zugrunde liegenden Konflikte*, die in tiefenpsychologischer Anamnese und später in der Therapie befragt und bearbeitet werden.

Aufschluß gibt oft schon die Frage, was den Patienten gerade *jetzt* veranlasst, den Arzt, den Therapeuten aufzusuchen.

Auf tiefenpsychologischem Hintergrund gilt die Hypothese:

Die jetzige Symptomatik ist deshalb *subjektiv* so schwerwiegend, weil sich ein wesentlicher und schon länger bestehender Konflikt *wiederholt*, *affektiv sehr belastend ist* und gewissermaßen "in dieselbe altbekannte Kerbe haut". Meistens handelt es sich dabei um ältere Konflikte mit frühen wichtigen Bezugspersonen (das sind in unserem Kulturkreis meistens die Eltern).

Diese ungelösten Konflikte kehren jetzt in anderer Gestalt wieder, werden mit anderen Personen aber ähnlichen Beziehungsmustern *reaktualisiert*:

Hier und jetzt kommt zur Darstellung, was damals und dort nicht erledigt werden konnte, nicht gelungen ist.

Schlaglichtartig geht es im *Erstinterview* um 3 Dinge

- 1- **objektive Informationen** (Symptome und konkrete Anlässe für ihr Auftreten),
- 2- **subjektive Informationen** (dabei gilt es zu fragen, welche subjektive Bedeutung der Patient dieser Situation beimißt, insbesondere: ist - und wie ist er affektiv berührt?),
- 3- **szenische Informationen** (wie geht der Patient mit dem Untersucher um und wie mit sich selbst, wiederholt sich szenisch im Umgang mit mir evtl. eine ältere Konstellation?)

Wenn ich dieses im Blickwinkel habe, ist klar, dass ich relativ zurückhaltend sein sollte, Raum und Zeit lassen sollte für heraufkommende Erinnerungen, für unterdrückte und abgewehrte Gefühle.

Zusammenfassend und leitlinienartig verdichtet ist es im *Erstkontakt* sinnvoll, von den

- **aktuellen Symptomen** auszugehen, die der Patient mitteilt, und dann
- nach dem **zeitlichen Beginn** der Symptomatik oder einer Symptomverschlechterung zu fragen und **die damaligen Lebensumstände** zu explorieren.
- Nach weiteren **Informationen zur Persönlichkeit** ergeben sich dann erste Hypothesen zur
- **intrapsychischen Dynamik**: Handelt es sich um eine reale Aktualisierung eines früheren Konfliktes, um die Störung eines bisher leidlich stabilen neurotischen Lebensarrangements oder um eine chronische Symptomatik bei langer Konfliktspannung?

In der tiefenpsychologischen Anamnese erweitern wir dann diese Fragen. Im Blickpunkt stehen dann auch die Primärfamilie und die eigene Entwicklung, besonders unter psycho-sozialen und tiefenpsychologischen Gesichtspunkten unter besonderer Berücksichtigung von Schwellensituationen (Geburt, Stillen, Sauberkeitsentwicklung, Kindergarten, Schule, Lehre, Beruf). Wie wurde der jeweilige Schritt erlebt?

Wir fragen dann auch nach der sexuellen Entwicklung, der jetzigen sozialen Situation, der frühesten Kindheitserinnerung, nach einem Traum aus letzter Zeit, und wir erheben einen vorläufigen psychischen Befund:

Nämlich wie ist der emotionale Kontakt, wie steht es um Differenziertheit, Einsichtsfähigkeit, bevorzugte Abwehr, meine Gegenübertragung?

Aus Erstinterview und Anamnese läßt sich dann die neurosenpsychologische Diagnostik ableiten, die die Grundlage der tiefenpsychologischen Psychotherapie ist. Dann liegt auch hinreichend Material für den Krankenkassenantrag vor.

Einige **Grundprinzipien der Gesprächsführung** im Erstinterview sollen **erwähnt werden**:

Wir sollten *den Patienten* das Gespräch führen lassen, nur behutsam nachfragen; je weniger der Therapeut vorgibt, desto mehr kann sich die Problematik des Patienten verdeutlichen. Wir nennen diesen Punkt

Minimalstrukturierung.

Ein weiteres Prinzip ist die **Schwebende Aufmerksamkeit** des Therapeuten: es gilt, nicht direkt auf die Aussage zu achten, sondern mit gelassener Distanz auch den Kontext der Mitteilungen wahrnehmen, auf das Gefühl zu achten, auf den Tonfall, auf den Zusammenhang des Gesamtgespräches.

Weiterhin sollen ansatzweise **freie Assoziationen** des Patienten **gefördert werden**: Obwohl das erst im Verlauf der Therapie größere Bedeutung bekommt, kann man auch in den Diagnostik-Gesprächen den Patienten ermuntern mitzuteilen, was ihm sonst noch zu einer Mitteilung einfällt, wo er ähnliche Muster im Umgang mit anderen Menschen früher schon einmal erlebte usw.

Wichtig ist weiterhin die Wahrnehmung der **Gegenübertragung**: Der Therapeut soll dabei empathisch wahrnehmen, wie er selbst auf den Patienten und dessen Darstellung reagiert, welche Gedanken ihm kommen und welche Gefühle, z.B. verpönte wie Ungeduld, Ärger, Langeweile usw.

Die Art des Zuhörens ist wichtig: Beim "Hören mit dem dritten Ohr" soll der Therapeut nicht nur auf die reale Mitteilung hören, sondern auch dicht daneben, soll sich schon im Erstinterview fragen:

- Was teilt der Patient **noch** mit? Wenn er z.B. ausführlich darüber berichtet, wie beschäftigt die Mutter mit mehreren Kindern war, daß sie nebenbei Vater noch in dessen Beruf geholfen hat und eine sehr interessierte und aufgeschlossenen Frau war, so heißt das möglicherweise auch, daß sie sich für die Kinder nicht sonderlich interessiert hat, für den Patienten vielleicht zu wenig Zeit hatte usw.
- **Wir achten** besonders auf **Zwischentöne**, auf **Aussparungen**, Ansätze zu affektiver Reaktion und stellen uns die Frage:
- **Worum geht es wirklich?** Was ist hinter den Informationen des Patienten und hinter seinen Affekten eigentlich gemeint? Wenn er von seinen schulischen und beruflichen Erfolgen erzählt, meint er dann nicht, er möchte gelobt werden und Anerkennung bekommen, wovon er früher zu wenig hatte?

Für die **Interventionen** wichtig und ganz konkret gesagt:

Offene Fragen sind hilfreich, also nicht solche, die kurz nur mit Ja oder Nein beantwortet werden: Nicht : "Hat Sie das traurig gemacht?" Sondern: "Was fühlten Sie damals? Was haben Sie damals empfunden?"

Nicht unerwähnt bleiben sollen abschließend einige **Schwierigkeiten und Widerstände**

Die **Minimalstrukturierung** ist eine atypische Gesprächssituation, in der der Patient viel Raum hat und der Therapeut sich zurückhält. Das fördert in der Regel eine Verunsicherung des Patienten, auf die verschiedene Menschen unterschiedlich reagieren. Manche werden unsicher, stocken, wissen nicht recht, was sie sagen sollen. Andere reden hingegen dann mehr, bringen viel "Material", hinter dem der rote Faden verschwindet. Das ist normal und verständlich. Diese Schwierigkeit kann einführend vermindert werden durch behutsame Fragen, z.B. ob es jetzt nicht ganz so leicht sei, im einem ersten Gespräch bereits über seelische Vorgänge zu sprechen.

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich mit folgenden Patienten:

- **"Geschickte" Patienten:** Sie kommen nicht aus eigenem Antrieb sondern wurden von anderen Personen geschickt, von einem Elternteil, einem Ehepartner usw. Oft fehlen dann die eigene Motivation und ein entsprechender Leidensdruck. Das ist manchmal nicht klar. Man kann dann etwa nachfragen: "Hat Ihnen jemand zur Psychotherapie geraten? Was meinen Sie selbst zu diesem Vorschlag?" Manchmal erübrigen sich weitere Gespräche, manchmal kann eine Wende eintreten, wenn der Patient, der anfangs evtl. nur ambivalent war, seine eigene Sicht mitteilen kann und dabei ernst genommen wird.

- **Anspruchsvolle Patienten:** Sie fordern oft gleich im Erstgespräch viel: Viel Zuwendung, Zeitüberschreitung, viele Stunden anfangs, schnelle Heilung usw. Oft handelt es sich um depressive Patienten, manchmal um Süchtige. Die Kommunikation ist meistens gleich anfangs schwierig, der Untersucher fühlt sich belagert und überfordert und reagiert oft abweisend.

- **Vorwurfsvolle Patienten** entwerten den Untersucher schon bald und erklären deutlich, daß ihnen niemand helfen kann. Manchmal hilft zum einen der Hinweis, daß die langjährige Entwicklung nicht in wenigen Stunden aufzuarbeiten ist, und zum andern das Angebot, gemeinsam und dosiert die seelische Entwicklung zu verstehen und Möglichkeiten zur eigenen Zufriedenheit zu suchen. Wer das nicht ertragen

kann, wird selten eine tiefenpsychologische Psychotherapie beginnen und eher mehrere Ärzte konsultieren und medikamentöse Hilfe induzieren.

Schwierig können auch

- **Aufgeklärte Patienten und „Vielredner“** sein: Diese wissen schon alles über Therapie, haben viel gelesen und gehört, stimmen dem Untersucher zu, machen ihm Vorschläge, geben sich offen, sind es aber nicht. Widerstände, z.T. bei narzisstischer Problematik, werden freundlich-aufgeklärt umgangen oder durch Herabsetzung des Therapeuten abgewehrt. Wer schon am Telefon nach einer bestimmten Therapierichtung fragt ("Ich suche einen Therapieplatz mit themenzentrierter Gesprächstherapie nach ...", "mit Hypnose nach Erickson") ist selten wirklich offen und therapiebereit. Patienten, die viele Einzelheiten erzählen und keine Pause aufkommen lassen, wehren oft Unsicherheit und Bedürftigkeit ab. Sie sind eher therapierbar, wenn man das ansprechen kann. Oder durch die Intervention "Sie erzählen mir so viele Einzelheiten. Was möchten Sie mir denn damit **eigentlich** sagen?" kann manchmal eine Zäsur setzen, den Patienten nachdenklich machen und dem Gespräch eine fruchtbare Wende geben.

Schwierig kann es auch sein mit

- **Schweigenden Patienten**, die den Untersucher oft ungeduldig und ärgerlich machen oder ihn zu vielen Fragen veranlassen. Die Hintergründe können unterschiedlich sein: **Scham und Angst**, unangenehme Züge zu offenbaren. Oder es stehen **Wünsche nach Versorgung** dahinter, der Untersucher soll durch Einfühlung schon wissen, was der Patient braucht. Schließlich kann sich hinter Schweigen **Aggression und/oder Trotz** verbergen. Hilfreich ist dann behutsames Nachfragen: "Was geht jetzt in Ihnen vor? Was bedeutet Ihr Schweigen? Ist da etwas Unangenehmes, was Sie nicht sagen mögen?". Schnelle Deutungen vermuteten Ärgers bringen oft wenig, verstärken eher Ärger und Unsicherheit auf beiden Seiten.