

1 Die Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts Theorie und Praxis psychoanalytischer Erstgespräche

Lothar Bayer

1.1 Einleitung – zur Geschichte des SFI

Die klinische Arbeit in der Ambulanz des Frankfurter Sigmund-Freud-Instituts weist einige Besonderheiten auf, die nur vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung des Instituts verstanden werden können.

Am 27.4.1960 konnte Alexander Mitscherlich in Frankfurt am Main mit Unterstützung der hessischen Landesregierung und ihres früheren Ministerpräsidenten Georg-August Zinn, sowie des renommierten Instituts für Sozialforschung und des damaligen Leiters Max Horkheimer, das »Institut und Ausbildungszentrum für Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin« eröffnen, das 1964 in »Sigmund-Freud-Institut« (SFI) umbenannt wurde.

Die Gründung des Instituts diente vor allem dazu, die von den Nationalsozialisten als jüdische Wissenschaft verfolgte und vertriebene Freudsche Psychoanalyse in Deutschland zu reetablieren und den verlorengegangenen Anschluss an die Internationale Psychoanalytische Vereinigung wiederherzustellen.

Mit der Institutsgründung wurde zudem an das 1929 gegründete und 1933 von den Nationalsozialisten zerstörte »Frankfurter Psychoanalytische Institut« angeknüpft, dem die Psychoanalytikerin Frieda Fromm-Reichmann und die Psychoanalytiker Erich Fromm, Siegmund H. Fuchs und die beiden Gründer Heinrich Meng und Karl Landauer angehörten. Sie alle mussten unter dem Nazi-Terror fliehen und Deutschland verlassen. Landauer, der ein Schüler Sigmund Freuds und enger Vertrauter Max Horkheimers war, wurde kurz vor Kriegsende im Konzentrationslager Bergen-Belsen ums Leben gebracht.

Für Mitscherlich war die Reetablierung der Freudschen Psychoanalyse im Nachkriegsdeutschland untrennbar mit der Aufarbeitung der deutschen Geschichte und politischer Aufklärung verbunden. In seinem Verständnis hatte die Psychoanalyse mit ihren spezifischen Untersuchungsmethoden und ihrer Entdeckung unbewusster Triebkräfte einen unverzichtbaren Beitrag zur Erforschung destruktiver gesellschaftlicher Prozesse zu bieten. Diesen Beitrag sollte sie in ihre humanwissenschaftlichen Nachbardisziplinen (Soziologie, Anthropologie, Kulturwissenschaften, Friedens- und Konfliktforschung, Pädagogik etc.), aber auch in die Öffentlichkeit und ins politische Handeln einbringen. Aufklärung als Bewusstmachung unbewusster Strukturen erschien ihm als die einzig greifbare Option, um sich gegen die Gefahren einer sich wiederholenden Ausbreitung irrationaler Kräfte, nationalistischen Terrors und der Menschenverachtung zu schützen: »Die Suche nach der Wahrheit über uns selbst, ist das einzig verlässliche Mittel,

um uns gegen die Inhumanitäten zu verteidigen, die uns unter der Decke der Zivilisation drohen« (vgl. Bareuther 1989, S. 286 und S. 300: Ansprachen zur Eröffnung des Instituts am 27. April 1960). Wie kaum ein anderer Psychoanalytiker hat Mitscherlich der Psychoanalyse außerklinische – soziologische, kulturkritische, politische – Aufgaben zugewiesen und als unermüdlicher Publizist psychoanalytische Erkenntnisse in die Öffentlichkeit getragen und zur Diskussion gestellt. Dabei sollte der Anspruch Sigmund Freuds zur Geltung gebracht werden, nach dem die Psychoanalyse nicht nur als fachärztliche Profession, als Therapieverfahren, »sondern wegen ihres Wahrheitsgehalts« (Freud 1933a, S. 169) Anerkennung verdiene. Als Wissenschaft vom Unbewussten, so die Einschätzung ihres Begründers, strebt die Psychoanalyse nicht nur über die engen Grenzen der Psychopathologie hinaus ins allgemein Psychologische, sondern auch über das Individualpsychologische ins Kollektive, zur Erkenntnis der kulturellen Bildungen und ihrer affektiven unbewussten Grundlagen. Mit seiner berühmten Formulierung »Der Gebrauch der Analyse zur Therapie der Neurosen ist nur eine ihrer Anwendungen; vielleicht wird die Zukunft zeigen, daß sie nicht die wichtigste ist« (Freud 1926e, S. 283) betonte Freud den genuin wissenschaftlichen Wert der Psychoanalyse und ihre Bedeutung als Subjekt- und Kulturtheorie sowie als Aufklärungswissenschaft *sui generis*.

Diesen Leitlinien Freuds fühlte sich Mitscherlich verpflichtet. Sie sollten in dem neu gegründeten Institut mit seinen außerklinischen, den sozialpsychologischen und kulturtheoretischen Forschungsschwerpunkten zum Ausdruck kommen und weiterentwickelt werden. In dieser besonderen interdisziplinär-wissenschaftlichen Ausrichtung findet das Sigmund-Freud-Institut seit nunmehr 60 Jahren breite internationale Anerkennung. In ihrer feierlichen Eröffnungsrede anlässlich der Einweihung des Institutsneubaus 1964 bezeichnete Anna Freud das Institut als »a new home for the new psychoanalytic era in Germany« (vgl. Plänklers 2011, S. 86).

Obwohl der Name Alexander Mitscherlichs in der Öffentlichkeit vor allem mit seinen zahlreichen und höchst einflussreichen sozialpsychologischen Studien (»Die Unfähigkeit zu trauern« (1967), »Die Unwirtlichkeit unserer Städte« (1965), »Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft« (1963)) verknüpft ist, blieb für ihn als praktizierendem Arzt und Psychoanalytiker unstrittig, dass das Herzstück des Instituts die klinische Psychoanalyse war (vgl. Plänklers ebd.). Dieser Grundeinstellung entsprach, dass neben den drei Abteilungen des Hauses: klinische Psychoanalyse, Psychologie und Sozialpsychologie von Beginn an eine psychoanalytische Ambulanz eingerichtet wurde, die bis heute unverzichtbares Zentrum der klinischen Tätigkeiten des Sigmund-Freud-Instituts ist. Sie betraf nicht nur die therapeutische Versorgung der Bevölkerung und die klinische Forschung im engeren Sinne, sondern auch die psychoanalytische Ausbildung. Die Ambulanz sollte den Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten, die bis 1995 – bis zur Gründung des neuen Frankfurter Psychoanalytischen Instituts – am SFI ihre Ausbildung absolvierten, die Möglichkeit bieten, unter Supervision erfahrener Psychoanalytiker erste Behandlungserfahrungen zu sammeln und sich die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten der Anamnese- und Befunderhebung, der Diagnose- und Indikationsstellung im direkten Kontakt zum Patienten anzu-



Abb. 1.1: Anna Freud und Herrmann Argelander bei der Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die J.W. Goethe-Universität an Anna Freud, Februar 1982
Mit freundlicher Genehmigung des Sigmund-Freud-Instituts

eigenen. Die Ausbildung am Sigmund-Freud-Institut wurde nach den Richtlinien der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) und der International Psychoanalytic Association (IPA) gestaltet. Alexander Mitscherlich, der 1956 DPV/ IPA-Mitglied (vgl. Plänklers ebd.) wurde, engagierte sich sehr erfolgreich für die internationale Vernetzung des neuen Instituts und konnte führende Psychoanalytiker der IPA (u. a. Michael Balint, Paula Heimann, Béla Grunberger, Jeanne Lampl-de Groot) für Forschungs- und Ausbildungskooperationen gewinnen (vgl. Hoyer 2008).

Seit 2016 übernimmt das Sigmund-Freud-Institut in Zusammenarbeit mit dem FPI wieder Funktionen in der Ausbildung zum Psychoanalytiker.

Mit seiner doppelten Verankerung in der Wissenschaft und in der klinischen Praxis entsprach die Institutsstruktur einer weiteren zentralen Vorgabe Sigmund Freuds, die er 1926 in seinem »Nachwort zur Frage der Laienanalyse« als »Junktum von Heilen und Forschen« formulierte: »In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktum zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt. Nur wenn wir analytische Seelsorge treiben, vertiefen wir unsere eben aufdämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben« (Freud 1927a, S. 293–294). Ganz im Sinne dieses für Freud ebenso unverbrüchlichen, wie ständig durch Aufspaltungen bedrohten Junktums von Forschen und Heilen,

dieser dialektischen Verzahnung von Theorie und Praxis, von Reflexion und Emanzipation ist die klinische Tätigkeit am SFI stets Ausgangspunkt wissenschaftlicher Arbeiten unterschiedlichster Ausrichtung gewesen: Die analytische Arbeit mit den Patienten stellt den nicht zu ersetzenden Erfahrungsbereich dar, durch den die Analytiker ihre Einsichten in das menschliche Seelenleben, in die unbewussten Prozesse erlangen, überprüfen, vertiefen und erweitern. Die analytische Praxis ist so gesehen der »Königsweg zur Kenntnis des Unbewußten« (Freud 1900a, S. 613 und 1927a, S. 291).

Die Forschungsprojekte, die in der Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts ihren Ausgang nahmen und nehmen, sind so zahlreich und vielfältig, dass sie an dieser Stelle nicht annähernd zur Darstellung kommen können. Ich verweise auf die Übersichtsarbeiten von Tomas Plänklers (2011) und Herbert Bareuther (1989). Zwei Forschungslinien mit besonderer Bedeutung für die Aufgaben der Institutsambulanz möchte ich herausstellen:

1. In den 1970er bis 1990er Jahren sind eine Reihe von Studien am SFI entstanden, die die analytischen Prozesse zwischen Analytiker und Patient selbst zum Gegenstand der Forschung gemacht haben. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten von Hermann Argelander, Alfred Lorenzer und Rolf Klüwer, die als klinisch tätige Psychoanalytiker und Wissenschaftler dem Institut angehörten (ebd.) und mit unterschiedlichen Schwerpunkten die Besonderheiten der psychoanalytischen Erkenntnisprozesse, die spezifischen Untersuchungsmethoden und Verstehensoperationen des Analytikers im Rahmen unterschiedlicher analytischer Settings untersucht und teilweise begrifflich neu gefasst und systematisiert haben. Diese Studien haben in den folgenden Jahren und Jahrzehnten erheblichen Einfluss auf die Anwendung der psychoanalytischen Methode in unterschiedlichen klinischen wie außerklinischen (»Tiefenhermeneutische Kulturanalyse«) Gebieten gewonnen. Auf Hermann Argelanders Arbeiten zur Technik der Psychoanalyse im psychoanalytischen Erstinterview werde ich weiter unten näher eingehen.
2. Zum anderen sind zahlreiche Studien zu spezifischen psychischen Störungen und ihrer Behandlung am SFI entstanden. Die Bandbreite dieser Forschungsarbeiten ist ebenfalls beträchtlich und reicht von Mitscherlichs Arbeiten zur Psychodynamik psychosomatischer Erkrankungen über die Erforschung traumatischer Störungen bis hin zu umfangreichen Evaluationsstudien, bspw. einer Studie über die Wirksamkeit der psychoanalytischen Langzeittherapie bei chronisch-depressiven Patienten (LAC-Studie).

Die Vielfalt der vorgelegten Studien (Plänklers 2011, Bareuther 1989) schließt analytisch-klinische Einzelfallstudien, klinisch-theoretische Konzeptforschung und empirische Studien ein, die den einheitswissenschaftlichen Ansprüchen der evidence based medicine (Leuzinger-Bohleber 2011) genügen. Das aktuelle Forschungsprojekt dieser Art ist eine Studie zur Psychodynamischen Therapie von Zwangserkrankungen, die die klinische Abteilung des Sigmund-Freud-Instituts unter Leitung von Heinz Weiß durchführt (► Kap. 6).

1.2 Die Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts

In der psychoanalytischen Sprechstunde der Ambulanz des SFI werden jährlich rund 500 Patienten mit unterschiedlichsten psychischen Störungen behandelt, Voraussetzung ist die Volljährigkeit. Ein Teil der Patienten konsultiert die Ambulanz aus eigener Initiative oder auf Empfehlung von Bekannten, Freunden und Verwandten. Ein anderer Teil kommt auf Überweisung von Haus- und Fachärzten, die konsiliarische Beratung wünschen, oder ihre Patienten in psychotherapeutische bzw. psychoanalytische Behandlungen vermitteln möchten. Einige Patienten haben dezidierte Vorstellungen über die Störung, an der sie leiden, andere nicht (zur Statistik ► Kap. 9). Die Patienten erhalten in der Institutsambulanz psychoanalytische Erstinterviews und bei Bedarf bis zu sechs Folgegespräche, in denen eine erste Diagnose- und Indikationsstellung erfolgt. Sofern am Institut keine Behandlungsmöglichkeit besteht, werden die Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Therapieplatz unterstützt. Dies umfasst bei Bedarf eine aufklärende Beratung über die Unterschiede der Therapieformen mit Blick auf die vorliegende Indikationsstellung. In einigen Fällen, bspw. im Zusammenhang mit klinischen Studien, werden psychotherapeutische/psychoanalytische Behandlungen im Rahmen der Institutsambulanz durchgeführt.

Seit 1979 ermöglicht ein mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abgeschlossener und regelmäßig erneuerter Institutsvertrag, dass die Erstinterviews, die probatorischen Sitzungen sowie die am Institut stattfindenden Behandlungen über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Auf dieser Grundlage sichert die Ambulanz des SFI ihren Status als Versorgungs- und Forschungsambulanz. In besonderen Fällen, wenn keine Krankenversicherung vorliegt, werden probatorische und therapeutische Leistungen von Sozialämtern übernommen oder auch aus Instituts-eigenen Mitteln angeboten, bspw. in der Behandlung von Geflüchteten (► Kap. 7). Die Ambulanz des SFI hat in der gesamten Region einen hohen Bekanntheitsgrad (Kerz-Rühling 2005). Ihre Vernetzung mit niedergelassenen Kollegen, aber auch mit Kliniken wurde in den letzten Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich ausgebaut. Die Nachfrage an die Institutsambulanzleistungen ist permanent hoch und übersteigt bei weitem die Kapazitätsgrenzen. Ohne die Mitarbeit niedergelassener Psychoanalytiker wären die Ambulanzleistungen nicht annähernd zu erbringen.

Die Kontaktaufnahme der Patienten zur Ambulanz des SFI erfolgt über das Ambulanzsekretariat. Vor dem Erstinterview werden sie gebeten, einen Dokumentationsbogen auszufüllen. Dieser umfasst die Erhebung soziodemografischer Daten, der psychotherapeutischen und psychiatrischen Vorbehandlungen, der Medikation etc. Danach erfolgt das 50-minütige Erstinterview. Nach dem Interview erstellt jeder Therapeut einen schriftlichen Bericht über das stattgefundenе Gespräch. Dieser enthält anamnestische Angaben, sowie Angaben zum psychischen Befund, zur Psychodynamik der Erkrankung, zur psychischen Struktur, zur Diagnose, zur Indikationsstellung und zu den, mit den Patienten besprochenen Therapieempfehlungen. Die Diagnose besteht abgekürzt gesagt aus zwei Teilen: einer symptomatisch orientierten ICD-10 Diagnose und einer psychodyna-

misch orientierten Diagnose, die in der Regel Aussagen zum vorrangigen psychischen Konflikt, zu den Abwehrmechanismen, dem Strukturniveau etc. beinhaltet. Der in freier Form abgefasste Bericht des Therapeuten wird seit November 2018 durch einen Fragebogen, den der Therapeut ausfüllt, ergänzt. Er enthält skalierte Einschätzungen zur psychischen Struktur des Patienten, zur Art des Kontakts, zu Übertragung und Gegenübertragung, zur Prognose usw. Der Hintergrund dieser Neueinführung ist der Bedarf an Forschungsdaten zur empirischen Untersuchung bestimmter Fragestellungen bspw. des Einflusses bestimmter Übertragungs- und Gegenübertragungsstrukturen auf die Indikationsstellung (► Kap. 9).

In einer einmal wöchentlich stattfindenden Ambulanzkonferenz, an der die klinisch tätigen Ambulanzmitarbeiter teilnehmen, werden die Patienten der Woche vorgestellt. Ausgewählte Fälle werden eingehender besprochen und hinsichtlich der vorliegenden Psychodynamik, der Diagnose-, der Indikationsstellung und der Vermittlung der Patienten an geeignete Weiterbehandler diskutiert. Die vertiefenden Fallbesprechungen können der Vorbereitung auf weiterführende Gespräche dienen, falls diese erforderlich werden. In der Fallvorstellung gibt der Interviewer den Gesprächsverlauf wieder, d. h. die Spontanangaben des Patienten, die Schilderung seiner Symptomatik sowie seiner Lebens- und Krankengeschichte; zusätzlich vermittelt er der Gruppe einen Eindruck des Kontakts und der Interaktionsszenen, die sich mit dem Patienten konstellierte haben. Die Art und Weise, wie die Übertragungsangebote vom Behandler aufgenommen, innerlich verarbeitet und ggf. in verarbeiteter Form als Deutung dem Patienten (zurück-)vermittelt und bewusst gemacht werden konnten, und welche Konsequenzen daraus fürs weitere Gespräch folgten, sind die Hauptgegenstände der Fallvorstellung. Dass der Gruppe der Konferenzteilnehmer in der anschließenden Falldiskussion eine wesentliche Erkenntnisfunktion zukommt, versteht sich von selbst. Neue Einsichten und Erweiterungen des Fallverständnisses ergeben sich nicht nur durch die unterschiedlichen konzeptuellen (z. B. objektbeziehungstheoretischen, trieb-, selbst-, ichpsychologischen) Perspektiven, mit denen die Gruppenmitglieder auf das vorgestellte Material schauen. Vielmehr zeigt sich, dass sich bestimmte Strukturen des Interviewverlaufs, die ihrerseits mit den Strukturen des Falles zu tun haben, unbewusst in der Dynamik des Gruppenprozesses abbilden und im Idealfall erkannt und in den fallbezogenen Erkenntnisprozess integriert werden können (► Kap. 8). Die Kenntnisse und die langjährigen klinischen Erfahrungen der Ambulanzmitarbeiter im Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen verdichten sich hier zu psychodynamischen Hypothesen zur Fallstruktur, zu diagnostischen und indikatorischen Schlussfolgerungen. Durch die umfangreiche, jahrzehntelang gewachsene Vernetzung, die die Ambulanz des SFI, sowohl mit psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken, als auch mit niedergelassenen Psychoanalytikern, Psychiatern und Psychotherapeuten unterhält, die in regelmäßigen Abständen ihre freien Plätze an die Ambulanz melden, gelingt es in den meisten Fällen, den Patienten geeignete Behandlungsempfehlungen zu geben.

An der Durchführung der Erstgespräche sind die klinisch tätigen, festangestellten Mitarbeiter des Instituts sowie eine Gruppe niedergelassener Psychoana-

lytiker und einige Ausbildungskandidaten beteiligt. Alle Mitarbeiter der Institutsambulanz sind Ärzte und/oder Psychologen, die in der Regel eine Weiterbildung zum Psychoanalytiker nach den Richtlinien der Deutschen und Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung abgeschlossen haben oder gerade absolvieren.



Abb. 1.2: Die ersten Mitarbeiter v.l.n.r.: Prof. Dr. H. Vogel, Fr. Müller-Reitsch, Dr. Munder, Prof. Dr. H. Argelander, Hr. Seifert, Fr. Gentes, Prof. Dr. W. Loch. 1960
Mit freundlicher Genehmigung des Sigmund-Freud-Instituts

1.3 Das Erstinterview

1.3.1 Zur Anwendung der psychoanalytischen Behandlungsmethode in der diagnostischen Praxis

Im Zentrum der Ambulanztätigkeit des SFI steht das sogenannte Erstinterview. Es dient einer ersten Verständigung zwischen Analytiker und Patient hinsichtlich einer möglicherweise vorliegenden seelischen Störung und der Möglichkeit bzw. der Notwendigkeit, diese psychotherapeutisch oder psychoanalytisch zu behandeln. Es eröffnet meist einen initialen Zugang zu den seelischen Konflikten, die hinter den Symptomen und Beschwerden stehen, und gestattet einen ersten Einblick in die vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, in seine Ressourcen, sich auf ein psychoanalytisches Arbeitsbündnis mit dem Ziel, unbewusste Konflikte und Strukturen aufzudecken, einlassen und davon profitieren zu können. Als unser zentrales Untersuchungsinstrument erfüllt das Erstinterview diagnostische, indikatorische und prognostische Funktionen (Eckstaedt 1995, Argelander 1970) und bildet die Grundlage für die Behandlungsempfehlung, die wir in aller Regel dem Patienten geben.

Die Erfahrungen, die die Patienten im Erstinterview machen, haben einen entscheidenden Einfluss darauf, ob sie sich anschließend in eine psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlung begeben werden. Ihre Entscheidung wird maßgeblich davon beeinflusst, ob sie sich im Erstinterview in ausreichendem Maß vom Analytiker verstanden und dadurch gehalten fühlen (Kerz-Rühling 2005).

Das 50-minütige Erstinterview stellt eine situationsangepasste Anwendung des von Sigmund Freud begründeten psychoanalytischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahrens (Argelander 1968) dar und sollte sowohl am Gesprächsauftrag des Patienten (Hohage 1981) als auch an seinen störungs- und persönlichkeitsabhängigen Gegebenheiten und Möglichkeiten ausgerichtet sein. Die Art und Weise, wie wir am SFI dieses Erhebungs- und Erkenntnisinstrument, in Abgrenzung zu anderen diagnostischen Verfahren (tiefenpsychologische Anamnese, Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD II, Kernbergs strukturierem Interview, vgl. Mertens 2015) einsetzen, wie wir seine methodologischen Voraussetzungen, seine Funktionen und Erkenntnisziele verstehen, geht in wesentlichen Zügen auf Hermann Argelander zurück, der als Wissenschaftler und Ambulanzleiter des SFI in den 1970er und 1980er Jahren höchst einflussreiche Studien zur Fundierung eines psychoanalytischen Interviewverfahrens vorgelegt hat.

In diesen Studien ging es ihm vor allem darum, die Freudsche psychoanalytische Methode³ auf die Besonderheiten eines ambulatorischen Erstgesprächs zu übertragen und diese in einer relational-intersubjektivistischen Perspektive weiterzuentwickeln. Ich komme darauf zurück.

Am prägnantesten lassen sich die Eigenarten eines psychoanalytischen Erstgesprächs in Abhebung zu einer psychiatrischen Anamnese- und Erhebungssituation verdeutlichen. Lorenzer sprach angesichts dieser Differenz von der »radikalen Umkehrung des Arzt-Patient Verhältnisses« (Lorenzer 1984a, S. 117). »Hatte sich ehemals der Patient einem vorab festgelegten medizinisch-diagnostischen Schema fügen müssen ..., so kehrt sich nun die diagnostisch-therapeutische Situation um. Der Patient erhält das Recht, in freier Themenwahl sein Leiden selbst darzustellen« (ebd., S. 118). Der Patient soll seinen Einfällen folgen dürfen, egal ob er mit der Aufzählung seiner Symptome, seiner Krankengeschichte, seiner Kindheit, seinen Beziehungskonflikten, mit aktuellen oder weit zurückliegenden Problemen beginnt, ob er frei und spontan spricht oder von einem Notizblatt abliest.

Der sich im klassischen medizinischen Setting als objektiver, außenstehender Beobachter verstehende, sich seinem Gegenstand mit standardisierten Mitteln, festen Schablonen und deskriptiven Klassifikationssystemen nähernde Diagnostiker verwandelt sich im psychoanalytischen Erstgespräch in einen subjektiv und interaktiv »beteiligten« (Argelander 1967, S. 350) Zuhörer, der sich der unge-

3 Mit ihren wesentlichen Bestandteilen: dem Zusammenspiel von »freier Assoziation« und »gleichschwebender Aufmerksamkeit«, der Bearbeitung des »Widerstands« und der »Übertragung/Gegenübertragung«, sowie dem Ziel, Unbewusstes bewusst zu machen (Freud 1904a).

wöhnlichen Situation »überlässt« (Argelander 1970, S. 42). »Der Erstinterviewer kritisiert und urteilt nicht, sondern nimmt alles hin, wie es angeboten wird, und forscht nur nach seinem Sinn« (ebd.).

Diese empathisch-mitschwingende Beteiligung des Psychoanalytikers und seine Prozessverworfenheit werden nicht als störend, sondern als konstitutiv für den Erkenntnisprozess betrachtet.

Die Gestaltungsfreiheit, die der Analytiker bereitstellt, eröffnet nicht nur den Raum für das subjektive Erzählen des Patienten, sondern auch für die Besonderheiten des Interaktionsgeschehens, das sich auf je einmalige Weise herstellt. Es vollzieht sich oft unbewusst und nimmt unterschwellig Einfluss auf die Reaktionen, die Erwartungen, die Empfindungen und die Befindlichkeit der Akteure. Hinter der möglichst unvoreingenommenen, aufnehmenden Haltung des Analytikers steht die erfahrungsgestützte Überzeugung, dass diese zumeist unwillkürlich und unreflektiert ablaufenden interaktiven Prozesse sinnhaft strukturiert sind, dass sie einer unbewussten Sinnstruktur folgen, die sich im weiteren Gesprächsverlauf konturieren und ins Bewusstsein treten wird.

Die Grundhaltung der »gleichschwebenden Aufmerksamkeit«, als Bereitschaft auch auf das vermeintlich Nebensächliche, Nicht-Intendierte (z. B. der Versprecher oder das unwillkürlich auftretende Handlungsmuster) zu achten, gilt als die einzige Möglichkeit, etwas vom Patienten zu verstehen, das über sein Selbstverständnis und sein bewusstes Erleben hinausgeht. Im analytischen Erstgespräch geht es ums Erschließen unbewusster Konflikt- und Sinnstrukturen, um die Erfassung dessen, was der Patient nicht weiß und der Analytiker zunächst ebenso wenig weiß.

1.3.2 Widerstand und Übertragung

Beim Erschließen unbewusster Inhalte und Strukturen ist nicht nur die Deutungskunst (Freud GW V 1904a, 1903) des Analytikers gefragt, wesentlicher ist die sorgsame Erforschung und Bearbeitung des Widerstandes, also derjenigen Kräfte, die in der psychoanalytischen Behandlung der Erkenntnis des Unbewussten entgegenstehen. Verdrängte seelische Inhalte und Prozesse einfach zu erraten wäre, selbst wenn die Möglichkeit bestünde, nicht ratsam. Denn: »Der therapeutische Effekt (des Erratens, d. V.) wird in der Regel zunächst gleich Null sein, die Abschreckung von der Analyse aber eine endgültige« (Freud 1913c, S. 474). Als technische Regel gilt: Verdrängungswiderstände müssen zuerst erkannt und bearbeitet werden, bevor eine Bewusstmachung des Verdrängten sinnvoll werden kann. Der Widerstand soll weder gebrochen noch vorschnell überwunden werden (wie es bspw. in Suggestions- und Hypnosebehandlungen stattfindet). In der psychoanalytischen Behandlung, und dies trifft ohne Einschränkung auch aufs Erstinterview zu, gilt es, den Widerstand des Patienten gezielt zu beachten und zu erforschen. Dies allein ermöglicht dem Analytiker die entscheidenden Einblicke in den psychischen Konflikt des Patienten, in seine Abwehrorganisation und die fallspezifische Dynamik innerer Kräfteverhältnisse, in die er einzugreifen beginnt.

Neben der Arbeit am Widerstand hat Freud eine weitere Besonderheit der analytischen Behandlungsmethode hervorgehoben, die er ›Übertragung‹ nannte. Dieser Begriff beschreibt die Tatsache, dass der Patient die unbewussten, aus der Kindheit stammenden Komplexe wiederholt, statt sie qua Erzählung zu erinnern. D. h., unbewusste Konflikte streben zu einer Inszenierung im Hier und Jetzt der Beziehung zum Analytiker. »Der Analysierte erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er agiere es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt. Zum Beispiel: Der Analysierte erzählt nicht, er erinnere sich, daß er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich in solcher Weise gegen den Arzt« (Freud 1914g, S. 129–130).

Obwohl die Übertragung, wie Freud verschiedentlich deutlich machte, in Bezug auf das Verbalisieren von Erinnerungen als Widerstand erscheint, sind die Übertragungen, die agierten und inszenierten Beziehungs- und Verhaltensmuster eine unschätzbare Gelegenheit, die Elemente des infantilen Konflikts im Hier und Jetzt der analytischen Situation zu erfassen. Die Übertragung ist der Schauplatz, auf dem sich die individuell-einmalige Problematik des Patienten manifestiert, das originäre und konstitutive Feld, auf dem Analytiker und Patient sich der bedeutungsstiftenden Kräfte der unbewussten Wünsche, Phantasien und verinnerlichten Objektbeziehungen konfrontiert sehen: Auf diesem Feld der Übertragungen, der agierten Wiederholungen, findet die analytische Hauptarbeit statt (Freud 1912b).

Auch wenn die Übertragungs- und Beziehungsvorgänge außerhalb des Verbalisierten stattfinden, sind sie sinnhaft strukturierte seelische Gebilde, d. h. Sinn- und Konfliktstrukturen, die als solche zu entziffern sind und Aufschluss über die innere Realität des Patienten, über das Unbewusste geben können. Bei diesen Verstehensoperationen sind einige weitere Besonderheiten zu beachten:

1. Die Vergangenheit, die der Analytiker im Übertragungsgeschehen zu erfassen versucht, setzt ein neuartiges, dialektisches Verständnis der Geschichtlichkeit des Subjekts voraus. Die Vergangenheit wird dabei nicht, wie im chronologischen Zeitverständnis üblich, als eine abgeschlossene, feststehende Form ehemaliger Präsenz gedacht. Die Vergangenheit, auf die der Analytiker abzielt, konstituiert sich in der Gegenwart der analytischen Beziehung – ihre Bedeutung ergibt sich retrograd aus der jeweiligen Gegenwart des Übertragungsgeschehens. Sie entsteht im Zeitmodus ›antizipierter Nachträglichkeit‹ (›die Vergangenheit wird gewesen sein‹, Eickhoff 2005, Weiß 1988, S. 215f.). Im Licht dieser Überlegungen gilt es auch den Freudschen Wiederholungsbegriff (Bayer 1996) auszuliegen: Eine dialektische Interpretation seines Wiederholungsbegriffs zeigt, dass das Übertragungsgeschehen weniger als Reproduktion präexistenter Bedeutungsstrukturen, sondern vielmehr als Neu-Schöpfung angesehen werden muss, die einer ›verfehlten‹ Geschichte nachträglich zur Konstitution verhilft (Lacan 1980)
2. Die Übertragungen und Inszenierungen des Patienten bewirken beim Analytiker eine ganz besondere Form der affektiven Reaktion: die sogenannte Gegen-