

Quelle: Rattner, Josef (1995) „Das Erstinterview“, in: miteinander leben lernen, Berlin, 20.Jg, 3/1995 [Hefttitel: Diagnostik/Alfred Adler heute], S. 31-37

## Das Erstinterview

Alle Experten der Psychotherapie stimmen darin überein, daß dem Erstinterview als Auftakt einere seelenärztlichen Behandlung eine große Wichtigkeit zukommt. Vom Gelingen des ersten Gespräches hängt es nicht selten ab, ob sich der Patient zu einer analytischen Kur entschließt und ob er Vertrauen zu seinem Analytiker gewinnen kann. Natürlich entscheidet sich das nicht nur in der allerersten Therapiestunde; jede weitere Sitzung fällt auch ins Gewicht. In Frankreich sagte man, eine Nation sei „eine tägliche Volksabstimmung“, für die Psychotherapie gilt ähnlich, daß man das „unaufhörliche Plebiszit“ nicht vermeiden kann. Aber das Erstgespräch stellt immerhin die Weichen für die zukünftige Zusammenarbeit.

Wir geben in der Folge Hinweise für die Gestaltung dieses Erstinterviews. Aber man muß sich klar darüber sein, daß mit „Technik“ allein in einer solchen Kommunikation nicht viel zu machen ist. Gleichwohl gibt man Ratschläge an Ausbildungskandidaten; ob sie sie befolgen können, darüber wird ihre Reife, ihr Wissen und ihr Können entscheiden. Man kann und soll in der Psychotherapie nicht „mogeln“. Man spielt dem Patienten nichts vor, sondern man gibt sich, wie man eben ist.

Dem Erstinterview ist die *Anmeldung* des Analysanden vorausgegangen. Diese erfolgt entweder durch ihn selbst oder durch Angehörige. Hat er sich selbst mit dem Analytiker in Verbindung gesetzt, dann wird eventuell der Telefonanruf schon bestimmte Erwartungen bei bei

den Protagonisten hervorrufen. Beim Austausch einiger Sätze entwirft man ein Bild des Gegenübers, auf das man sich bewußt und unbewußt einstellt.

Wir empfehlen, den Patienten *ruhig, entspannt und möglichst voraussetzungslos* zu empfangen. Das Modell des Erstgesprächs ähnelt dem der medizinischen Konsultation. Man soll nicht nur eine Diagnose stellen, sondern auch mit dem Patienten Beziehung aufnehmen. Das ist allerdings in der Psychotherapie etwas anders als in der Körpermedizin.

Zunächst hat der Patient das Wort. Man erleichtert ihm seine Schilderungen durch die bekannten Fragen: „Wie geht es Ihnen?“; „Wo drückt Sie der Schuh?“; „Was führt Sie zu mir?“

In der Regel beginnt der Analysand mit der Darstellung seiner *Symptome*. Sie sind ja das, worunter er leidet, und sie nehmen in seinem Seelenhaushalt einen hohen Rang ein. Freud sagte sogar, die Symptome seien „das Liebesieben des Patienten“. Damit meinte er, sie seien der Ersatz für real gelebte Liebe. Nun spricht man meistens gern und ausführlich von dem, was man liebt. Manche Analysanden könnten Monate und Jahre von ihrer Symptomatik reden - sie würden des Themas nicht müde.

Man hört zunächst gut zu, stellt aber immer auch Fragen, die zeigen, daß man *innerlich mitgeht und begreift*. Denn die Beschreibungen des Analysanden sind zwar mitunter weitschweifig, aber doch so, daß einem Fachmann viele *Informationslücken* auffallen. Irgendwie denken die Patienten, man müßte „ohnehin schon alles wissen“. Oder sie überspringen wichtige Fakten, weil sie ihnen als bedeutungslos erscheinen. Ohne Hartnäck-

kigkeit sollte man darauf hinarbeiten, daß sorgfältig und im Detail erzählt wird. Stellt man die richtigen Fragen, dann sieht der Analysand sein Leiden und seine Situation deutlicher, als dies sonst der Fall ist. Schon die *gute Befragung* stellt einen therapeutischen Akt dar.

Als Goethe im Jahre 1794 Schiller seine Theorie der „Urpflanze“ erklärte, fiel ihm auf, daß sein Gesprächspartner „mit entschiedener Fassungskraft“ zuhörte. Das war weiter nicht erstaunlich; denn Schiller hatte mächtiges Interesse an einer Beziehung zu Goethe und war ein „gebildeter Kantianer“, dem die „Kunst des Verstehens“ geläufig war. Wir möchten auch jedem Analytiker raten, mit der Zeit die „entschiedene Fassungskraft“ zu entwickeln. Die Patienten spüren, ob man innerlich mit ihnen mitgeht, ob man ihre Situation vor Augen hat und ob man tiefer und weiter blickt als sie selbst. Auch das *Erlebnis dieses Verstandenwerdens* fällt als Therapiefaktor ins Gewicht.

Am liebsten würde der Patient die erste Therapiestunde mit seinem „Leidensbericht“ ausfüllen. Wir sind aber nicht daran interessiert, nur Klagen anzuhören. Darum lenken wir nach einiger Zeit das Gespräch auf andere Bereiche. Wir wollen das „Umfeld der Symptome“ erkunden. Wir deuten vielleicht schon dem Analysanden an, daß jede Symptomatik aus dem *Ganzen der Lebensführung* hervorgeht. Alle Lebensverhältnisse des Analysanden münden in seine Störungen ein und müssen deshalb besprochen werden.

Wenn wir von den Symptomen ablenken und zur gesamten Lebenssituation des Patienten überleiten, erklären wir

dies dem letzteren mit den Worten: „Ich muß und möchte Sie in ihrer *Gesamtpersönlichkeit* kennenlernen. Erst wenn ich mich mehr oder minder ganz an Ihren Platz versetzen kann, werde ich Ihre Leiden begreifen.“

Der Analysand empfindet solche Erläuterungen des Vorgehens als *ausgesprochenhöflich*. Überhaupt möchten wir dringend raten, ihn mit ausgesuchter Höflichkeit zu behandeln. Das fängt schon bei der Begrüßung an. Man kann ihn fragen, ob er das Haus des Analytikers leicht finden konnte. Wenn er sitzt, erkundigt man sich, ob ihn das Licht stört usw. Eine gewisse *Fürsorglichkeit* soll und darf vom Analytiker ausstrahlen. Sie vermittelt ein *Geborgensein*, und das haben die Patienten nötig.

Der Weg führt also *von den Symptomen zu den Charakterproblemen*. Diese studiert man am besten, wenn man die *Lebensgewohnheiten eines Menschen* thematisiert. Wir fragen prinzipiell nach allem und jedem: Arbeitssituation; Stellung zu Gleichgestellten, Vorgesetzten und Untergebenen; Interesse an der Arbeit; Berufsfähigkeiten und ihr Fehlen; Befriedigung an der Arbeit; Liebesbeziehungen; sexuelle Verhältnisse; Freundschaften; Freizeitbeschäftigungen; Wochenendsverhalten; Eßgewohnheiten; Verdauung; Appetit oder Appetitmangel; Alkohol und Drogen; Schlaf; Gesundheitsstörungen; somatische Symptome; Körperpflege und Sport; Beziehungen zu Eltern und Geschwistern; Selbsteinschätzung; Menschenbild; Verhältnis zu Religion und Politik; Lektüre; vorhergehende psychologische Behandlungen; Einstellung zur Tiefenpsychologie und Psychotherapie; Verhältnis zum

Geld; Schulden oder Besitz; was denkt der Patient selbst über den Ursprung seiner Leiden?; hat er einen Ausblick für die Zukunft oder ist er resigniert?

Zu diesen Fragen kommen noch hundert andere hinzu. Wichtig ist vor allem, daß man zunächst in der *Gegenwart des Analysanden* bleibt. Vergangenheitsforschung ist unseres Erachtens vorerst Tabu. Nur wer die aktuelle Situation eines Menschen überblickt, kann sein Gewordensein sinnvoll studieren. Alles ziellose Herumfragen im Gewesenen ist fruchtlos. Denn der Patient lebt im Hier und Heute, und die *aktuelle Not* ist die Quelle seines Leidens. Daß hierbei die ganze Vergangenheit mitspielt, ist selbstverständlich; aber sie muß zuerst zurücktreten.

Mit *Deutungen* ist man im Anfangsgespräch äußerst zurückhaltend; aber man darf immerhin durch winzige Kommentare zeigen, daß man zu verstehen beginnt und am Verstehen überhaupt interessiert ist. So ist es gewiß erlaubt, schon in der ersten Sitzung nach *Träumen* zu fragen. Denn es gibt *Initialträume einer Psychotherapie*; der Patient setzt sich möglicherweise in ihnen mit dem bevorstehenden Besuch beim Therapeuten auseinander; sein *Unbewußtes* bezieht Stellung zum Behandlungsbeginn. Daher kann man solche Träume anhören, aber es wäre verfehlt, sie schon zu deuten. Man sagt ganz offen, daß die meisten Träume, die man vom Patienten erzählt bekommt, erst *im Laufe der Therapie* ihren Sinn enthüllen werden.

Eine weitläufige Befragung im Rahmen einer einzigen Sitzung wird stets etwas oberflächlich bleiben müssen. Wir sagen das dem Analysanden offen und

behalten uns vor, in späteren Therapiestunden auf alles Besprochene im Detail zurückzukommen. Es geht ja nur darum, einen *vorläufigen Status* zu erheben; was wirklich vorliegt, wird ein *monatelanges Studium* erfordern.

Das Gespräch soll munter dahinfließen, d. h. nicht zu langsam und auch nicht zu schnell sein. Stockungen und Langatmigkeiten wirken auf den Patienten beunruhigend. Der Analytiker soll Zögern und innerliches Grübeln des Patienten überbrücken, indem er ihm „Denkhilfe“ leistet. Zu diesem Zwecke darf er selbst kein „Gehemmter“ sein. Der Analysand ist per definitionem ein gehemmter Mensch, dem Kommunikation und Kooperation schwerfällt; hat auch der Therapeut ein Gemüt mit „Hemmungsstrukturen“, dann gibt es einen mühevollen Dialog, der als Auftakt zu einer *hoffnungsfrohen Zusammenarbeit* nicht sehr verheißungsvoll wirkt.

*Humor* beim Analytiker ist eine kostbare Eigenschaft, aber sie darf nur sparsam in Funktion treten. Die meisten Patienten sind davon überzeugt, daß sie ein „tragisches Leiden“ haben, über das man weder lächeln noch lachen darf. Schon eine humoristische Bemerkung kann am falschen Platz wie eine *Kränkung* wirken. Es ist unglaublich, wie *empfindlich* neurotische Patienten sind und sein können. Der kleinste Kommentar, der anders ausfällt als sie es wünschen, wird in eine „Beleidigung“ umfunktioniert. Daher soll man in der Regel emstbleiben; wenn schon Humor, dann nur ein *Ingrediens*, von sehr viel *Güte und Wärme* überstrahlt.

Nur ca. drei Viertel des Erstgesprächs verwenden wir dazu, den Patienten er-

zählen zu lassen und ihn zu befragen; der Rest der Sitzung ist den **Behandlungsvereinbarungen** und der „Vorschau auf die kommenden Dinge“ gewidmet.

Da der Patient möglicherweise noch nie eine analytische Behandlung absolviert hat, ist es wichtig, ihn über deren **Spielregeln** zu informieren.

Wir schlagen in der Regel vor, daß ca. **zehn Probesitzungen** durchgeführt werden sollen, bei denen zu erkunden ist, ob Analytiker und Analysand nutzbringend Zusammenarbeiten können. Derlei ist nach einer Stunde noch nicht vorauszusagen. Gewiß gibt es einen „ersten Eindruck“, der wertvoll ist; aber die nächsten Zusammenkünfte können Schwierigkeiten der Kooperation enthüllen, an die man „nicht im Traume gedacht hat“.

Man weist darauf hin, daß eine analytische Therapie ein über Jahre hinweg dauerndes Gespräch ist, das vor allem unter dem Gebot **wechselseitiger Wahrhaftigkeit und Offenheit** steht. Der Patient kann und darf in jeder Sitzung seine Gedanken, Gefühle, Schwierigkeiten usw. schildern; der Analytiker hört ihm zu, stellt Verstehensfragen und gibt auch seine Kommentare, sofern er etwas Wesentliches begriffen hat. Das Ganze ist in gewisser Weise eine subtile Form von **Selbsterkenntnis**, die dem Analysanden zuteilwird. Er lernt die **Dynamik seines Unbewußten** verstehen; er durchschaut das Gewebe seiner zwischenmenschlichen Beziehungen, seiner Fehlhaltungen und falschen Einstellungsweisen. Daraus resultiert mehr Souveränität und Sicherheit in der Lebensführung. Nicht nur die Wahrheit (wie die Bibel sagt), sondern auch die Selbst- und Menschenkenntnis macht frei.

Der Analysand erfährt, daß er die Auffassungen des Analytikers nicht einfach übernehmen muß. Er darf Fragen stellen, korrigieren und kritisieren. Aber er soll nicht leichtfertig über die Ansichten seines Seelenarztes hinweggehen. Bevor er widerspricht, soll er sich die Sache durch den Kopf gehen lassen. Therapie ist kein Ort des „Herumstreitens“, sondern eine **Stätte der Wahrheitsfindung**. Oft spricht der Therapeut etwas an, das zu akzeptieren für den Patienten schmerzlich ist - es kann sich um „Verdrängtes“ handeln. Allzu schnelles Abweisen einer Deutung z. B. kann ein Zeichen dafür sein, daß ein wichtiger „Komplex“ berührt wurde.

Ist eine Interpretation für den Analysanden befremdlich, dann muß er sie ja nicht annehmen; er kann sagen, daß er darüber nachdenken will. Auch steht es ihm frei, weiter nachzufragen, wie der Therapeut auf diese oder jene Idee kommt. Man ist immer bereit, die Gründe für seine Mutmaßungen bekanntzugeben.

Auch erläutern wir dem Patienten, daß nach der Auffassung der Tiefenpsychologie die meisten Lebens- und Beziehungsschwierigkeiten zumindest zweierlei Ursprünge haben; die eine Ursache davon liegt im „Hier und Jetzt“, die andere aber reicht unter Umständen bis in die frühe Kindheit zurück. Jeder Mensch ist in allen Belangen auch **das Kind, das er einmal gewesen ist**. Erziehungs- und Lebensschicksale verflüchtigen sich nicht; sie haben ihren Niederschlag in der **Charakterstruktur** und beeinflussen so das Liebes-, Arbeits- und Gemeinschaftsleben des erwachsenen Menschen. Immer noch stoßen wir auf Unglauben,

wenn wir das einem Analysanden erklären. Viele glauben noch an die „Macht der Vererbung“, die für den Tiefenpsychologen eher fraglich ist. Sicher gibt es „Konstitutionsfaktoren“, aber diese geraten unter den Einfluß von Erziehung und Selbsterziehung. Es hat wenig Sinn, eine Neurose durch *imaginäre Konstitutionsanomalien* entstanden zu glauben. Derlei könnte man ja auch nicht verändern. Als Tiefenpsychologe sucht man *lebensgeschichtliche Verursachungen* der Fehleinstellungen, die man meistens korrigieren kann. Wäre man nur „konstitutionsgläubig“, dann hätte man es nicht weit zur Resignation.

Die Kindheit, der innere und äußere Werdegang des Analysanden ist ein sehr zentrales Thema der Selbsterforschung des letzteren in der Therapie. Dabei kommt eine gewisse Dialektik zustande: Die herausgearbeitete Gegenwartssituation gibt einen Schlüssel zur „Ausgrabung“ der vergessenen Kindheitstragödien; das verstandene Kinderseelenleben (das oft Jahrzehnte zurückliegt) gibt einen Leitfaden dafür, was in der aktuellen Situation an Fehlhaltungen in Frage kommt. Das Verstehen eines Menschen ist immer eine große und schwierige Aufgabe. Patient und Therapeut müssen viel Geduld und geistige Wachsamkeit aufbringen. Psychotherapie ist *ein langer Weg* zur Heilung seelischer Störungen, aber es ist der kürzeste und wirksamste, den wir derzeit kennen. Auch das soll dem Analysanden mitgeteilt werden.

Sofern es sich um einen Kassenpatienten handelt, müssen keine finanziellen Fragen erörtert werden. Wenn aber der Patient ein Selbstzahler ist oder zum

Kassenhonorar noch einen Zusatz zahlt, ist die *Frage des Geldes* nicht zu umgehen. Sie soll sachlich und freimütig besprochen werden. In unserem Fall sind die Honorarzahlungen der Analysanden nach ihrem Einkommen und Besitzstand abgestuft; das bedeutet, daß man indiskrete Fragen nach den Geldverhältnissen stellt. Wir scheuen davor nicht zurück, wahren aber den Takt, der bei solchen delikaten Themen unumgänglich ist. Den jeweiligen Honorarsatz sprechen, wir klar und unumwunden aus. Erbittet der Patient Erleichterungen, dann kommen wir ihm meistens entgegen. Wir haben arme Patienten auch schon *beinahe gratis* behandelt; aber einen geringen Betrag muß jeder zahlen, damit er nicht der Illusion verfällt, eine Gratistherapie sei auch nichts wert!

Stunden, die nicht rechtzeitig abgemeldet werden (in der Regel 24 Stunden vor dem Therapietermin), müssen meistens bezahlt werden. Wir selbst sind hierin für eine *konziliante* Praxis; nur *unentschuldigtes* Fernbleiben führt bei uns zur Honorarforderung. Ist die Entschuldigung kurz vor dem vereinbarten Termin eingetroffen, dann haben wir eine „freie Stunde“ für uns, die wir gut zu nützen wissen. Der Patient kann sich sein Honorar für andere Sitzungen sparen.

Besonders eindrücklich sagen wir dem Patienten voraus, daß die Behandlung von sehr *unterschiedlichen Gefühlsregungen* begleitet sein wird. Man beginnt oft mit Enthusiasmus; in dieser Phase hebt man allenfalls den Analytiker in den Himmel und hält ihn für einen mustergültigen, vorbildlichen und idealen Menschen. Das kann lange Zeit so gehen,

aber eines Tages wird eventuell ein radikaler Umschwung erfolgen. Im Zuge der sogenannten „negativen Übertragung“ projiziert man alle unglückseligen Erfahrungen mit Eltern und Autoritäten auf den seelenärztlichen Mentor, der nun zum „Ausbund der Menschheit“ werden kann. Der Analysand soll derartige Unmutsgedühle nicht für sich behalten, sondern sie ansprechen. Er muß dem Analytiker die Chance geben, sich zu verteidigen und zu rehabilitieren. Eine gut durchgearbeitete negative Übertragung kann zu einem *Schrittmacher der Heilung* werden.

Überhaupt darf man schon sehr früh andeuten, daß eine Psychotherapie mitunter durch *Krisen* hindurchführt. Der Patient muß sich ja mit Schwächen und Unzulänglichkeiten konfrontieren; und das ist für niemand angenehm. Er wird gemeinhin seinen Seelenarzt dafür verantwortlich machen, daß er durch seine Interventionen in so manche Malaise hineingerät. Wer Unlust empfindet, sucht meistens einen „Schuldigen“ in unmittelbarer Nähe: das ist dann in der Therapie der Analytiker. Wichtig ist nur, daß der Analysand trotz Auf- und Abschwüngen an der Therapiebeziehung festhält; dann kann ihm geholfen werden.

Wir sagen dem Patienten: „*Die Hauptarbeit der Therapie* wird leider auf Sie selbst fallen!“ Dem Therapeuten kommt die Rolle eines „teilhabenden Beobachters“ (H. S. Sullivan) zu; er versucht, die seelische Situation seines Gegenübers möglichst objektiv zu erfassen und zu verbalisieren. Aber er kann keine Leistungen für den Analysanden übernehmen. So kann er keine Erinnerungsarbeit für ihn leisten; er kann auch für ihn keine

Entwicklungsprozesse einleiten, Ängste überwinden, Gewohnheiten abbauen, neue Werte anstreben usw. Sich zu ändern und sich zu entfalten *ist Knochenarbeit*. Wer es je getan hat, weiß, daß er dabei sehr „ins Schwitzen“ kam.

Der Patient macht sich mitunter *illusionäre Hoffnungen* über die Möglichkeiten einer Psychotherapie. Diese bringt einiges zustande, aber sie kann keine Wunder bewirken. Gewisse Grenzen sind gesetzt durch die Intelligenz und Vitalität des Analysanden, aber auch durch seine Vorgeschichte, sein soziales und kulturelles Training. Den „alten Adam“ ablegen und ein ganz „neuer Adam“ werden: das ist ein Traum, der sich kaum erfüllen wird. Aus Eichelrn können keine Aprikosen werden. Wir können dem Patienten nur Zusagen, daß er durch eine gut bewältigte Charakteranalyse das Beste aus sich wird herausholen können; und das ist doch eigentlich genug.

Am Ende der ersten Sitzung fragen wir den Analysanden, wie er sich bei uns und im Gespräch gefühlt hat. Das ist wichtig, weil man unter Umständen *frühe Mißverständnisse* ausräumen kann. Auch sind bereits *Anfangswiderstände* zu klären. Die Regel gilt: Je kranker der Patient ist, um so früher beginnt er mit Widerständen und Wahrnehmungsverfälschungen. Bei Borderline-Fällen und Psychosen ist schon das Erstinterview durch mächtige *Abwehrmechanismen* beeinträchtigt. Solche Patienten können einem schon ankreiden, daß man sie dies und das gefragt hat und sie nicht einfach erzählen ließ; oder sie bemängeln irgendetwas an der Kleidung des Analytikers, an seiner Körperhaltung, an Gruß und Abschied usw.

Wir nannten weiter oben die medizinische Konsultation das Modell für die psychotherapeutische Erstbesprechung. Ganz zufrieden sind wir mit dieser Analogie nicht. Sie trifft nur einen Teil des Tatbestandes.

Das psychologische Erstinterview hat auch ein wenig vom „Antrittsbesuch bei einem Lehrer“, dem man sich für längere Zeit als „Schüler“ anvertrauen will. Und wenn man es sogar mit etwas großsprecherischen Worten ausdrücken will, kann man sagen: Es ist die Kontaktaufnahme mit einem „Weisen“, der einen über Sinn **und Inhalt des Menschenlebens** aufklären will.

C. G. Jung hat nicht zu Unrecht darauf hingewiesen, daß in der Menschenseele der Traum und Archetyp vom „alten Weisen“ enthalten ist, d. h. das Bedürfnis nach einer **Seelenführung**, die weit über die medizinische Betreuung hinausweist. Wenn der Analysand das Glück hat, einen annähernd weisen Therapeuten zu finden, dann konstatiert sich ein Therapiegeschehen, das nicht nur Beseitigung von Symptomen und Anpassung an das Normalleben beinhaltet. Ein wahrer „Seelenführer“ führt auch zur tieferen Erkenntnis der „Gesetze des Lebens“ hin. Er heilt die erkrankte Vernunft, bzw. er schafft Vernunft, wo diese durch die Ungunst der Entwicklungsverhältnisse gar nicht zum Tragen kam.

Die Begegnung mit einem guten und erfahrenen Analytiker kann zu einem **umwälzenden Erlebnis** und zu **einer weitreichenden Erfahrung** werden. Oft spürt der Patient schon in der ersten Stunde ungefähr das geistige und menschliche Format des Seelenarztes, mit dem er zusammenarbeiten wird. Die Wertschät-

zung und Bewunderung, die er für seinen Therapeuten empfindet, wird nicht selten eine Brücke zu einem neuen Lebensglauben, der von Mut und Hoffnung inspiriert ist.

Der Leser unserer obigen Ausführungen wird vielleicht darüber erstaunt sein, daß wir im „Erstinterview“ ein ziemlich umfangreiches Pensum abzuhandeln scheinen. Eine Sitzung von ca. fünfzig Minuten ist schnell zu Ende; kann man da überhaupt so viele Themen ansprechen oder im Auge behalten? Man kann es wohl kaum; darum haben wir nichts dagegen einzuwenden, wenn das „Einführungsgespräch“ auf zwei bis drei Sitzungen ausgedehnt wird. Es hat sich der Begriff „Erstinterview“ eingebürgert; aber das muß nicht heißen, daß beim ersten Zusammentreffen der beiden Protagonisten im Schnellzugtempo alle genannten Fragen „abgehakt“ werden sollen.

Die **Ruhe und Besonnenheit**, die als Grundstimmung in einer Psychotherapie walten sollen, müssen schon im Erstgespräch erkennbar und erfüllbar sein.